



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

JOSÉ AMILTON MATOS CAVALCANTE JÚNIOR  
VANESSA ALMEIDA CAMPOS

EVOLUÇÃO DO BLUES PUERPERAL PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO  
INTEGRATIVA

CAJAZEIRAS – PB

2015

JOSÉ AMILTON MATOS CAVALCANTE JÚNIOR  
VANESSA ALMEIDA CAMPOS

EVOLUÇÃO DO BLUES PUERPERAL PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO  
INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Disciplina TCC, do Curso de Graduação em Medicina Centro de Formação de Professores, como requisito de conclusão do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG Campus Cajazeiras, sob a orientação da Profa. Fabíola Jundurian Bolanhos (UACV/CFP/UFCG).

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730  
Cajazeiras - Paraíba

C376e Cavalcante Júnior, José Amilton Matos

Evolução do blues puerperal para a depressão pós-parto: revisão integrativa. / José Amilton Matos Cavalcante Júnior, Vanessa Almeida Campos. Cajazeiras, 2015.

33f.

Bibliografia.

Orientador (a): Fabíola Jundurian Bolanhos.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

Júnior, José Amilton Matos Cavalcante; Campos, Vanessa Almeida. **Evolução do Blues Puerperal para a Depressão Pós-parto: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, 2015

## RESUMO

O blues puerperal é classicamente definido como transtorno de humor no puerpério de caráter brando e transitório, com início nos primeiros dias pós-parto e persistindo até 10 dias após. Este transtorno apresenta recorrência em até 85% das puérperas, dependendo dos critérios estabelecidos, e o quadro pode confundir os profissionais de saúde em relação ao diagnóstico de depressão pós-parto. A depressão pós-parto, por sua vez, apresenta sintomas graves, com início tardio (2 a 4 semanas pós-parto), exigindo diagnóstico precoce e conduta ativa.

O presente trabalho se trata de uma revisão integrativa acerca das características do blues puerperal e da depressão pós-parto com foco na avaliação de uma possível evolução do blues puerperal para a depressão pós-parto, tomando como base a PUBMED, a LILACS e a SciELO, em uma amostragem de artigos dos últimos 20 anos e acesso livre, que possam orientar os profissionais de saúde com relação ao diagnóstico e conduta.

Alguns fatores de risco para o blues puerperal parecem estar implicados, como esgotamento emocional, medo durante a gestação, fadiga por privação do sono, ansiedade e preocupações com a imagem corporal. Já a Depressão pós-parto apresenta como fatores de risco a presença de blues puerperal, a depressão pós-parto em gestação anterior, a depressão em pré-natal, presença de estressores na gravidez e/ou no pós-parto e falta de apoio social. Uma vez presente algum fator de risco para depressão pós-parto, está recomendada a utilização de escalas de depressão, como a "Edinburgh Postnatal Depression Scale" ou a "Escala de Depressão Pós-Parto de Triagem", como forma de orientar o diagnóstico precoce.

O blues puerperal não necessita de tratamento medicamentoso, enquanto que, na depressão pós-parto, o tratamento se divide em não medicamentoso (psicoterapia) e medicamentoso (uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina ou antidepressivos tricíclicos).

Os tratamentos hormonais e os tratamentos de melhoria do sono se mostram como terapias ainda a serem estudadas com resultados promissores e poderão ser úteis dentro de uma perspectiva futura.

**Palavras-chave:** Blues. Puerperal. Depressão. Pós-parto. Literatura de Revisão

Júnior, José Amilton Matos Cavalcante; Campos, Vanessa Almeida. **Evolução do Blues Puerperal para a Depressão Pós-parto: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, 2015

### **ABSTRACT**

The maternity blues is generally regarded as a brief and fleeting disturbance of mood in newly delivered mothers that normally appears in the first few days after delivery and generally abates by ten days. This disturbance can be a recurrent finding in 85% of mothers, according to the diagnostic criteria established, and its clinical features could be confused with those related in perinatal depression by the professional groups. Postpartum depression is shown around later (2 to 4 weeks after childbirth), and it requires early diagnosis and management.

This article is an integrative review about the clinical features of maternity blues and postpartum depression, focused on the evaluation of a possible evolution of postpartum blues to postpartum depression. The data employed in this paper were collected in PUBMED, LILACS e SciELO, at the last 20 years, available for free, and it has the proposal to discuss some of these questions and guide health professionals regarding diagnosis and management.

Some of the risk factors pointed out to maternity blues are despondency, fatigue, anxiety and increased concern over their own (“narcissistic loss”) and the infant’s health. Postpartum depression presents, as risk factors, the postpartum blues, previous history of depression, perinatal depression in another pregnancy, the presence of stressors during pregnancy or postpartum, particularly where psychosocial and physical support is lacking. When there is any risk factor to depression, is recommended some self-rating scales originally designed to measure depressive symptoms, like "Edinburgh Postnatal Depression Scale", as a way to guide the early diagnosis.

The postpartum blues does not require pharmacological intervention, while in postpartum depression, treatment is divided into non-pharmacological (psychotherapy) and antidepressant medication (selective serotonin reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants). Hormonal therapies and treatments for insomnia have been studied with promising results and may be useful in the future.

**Keywords:** Blues. Puerperal. Depression. Postpartum. Literature review

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	06
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	08
2.1 PUERPÉRIO.....	08
2.2 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	09
2.3 TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCCIADOS A PUERPÉRIO.....	10
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	14
4.1 BASES DE DADOS ACESSADAS E OS ARTIGOS SELECIONADOS.....	14
4.2 ESPECIFICAÇÕES DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	15
4.3 EVIDÊNCIAS ACERCA DA EVOLUÇÃO DO BLUES PUERPÉRIAL PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	17
4.4 SÍNTESE DO CONHECIMENTO SOBRE A EVOLUÇÃO DO BLUES PUERPÉRIAL À DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS.....	30

## 1 INTRODUÇÃO

O puerpério é definido como o período pós-parto em que o organismo da mulher retorna ao estado em que se encontrava antes da gravidez, passando por modificações psíquicas e físicas. Ele se inicia aproximadamente uma ou duas horas após o delivramento da placenta, mas seu término é bastante impreciso, dependendo, muitas vezes, da lactação (FEBRASGO, 2010).

O puerpério é considerado um dos períodos em que a mulher apresenta maior vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psiquiátricos, sendo estas patologias mais frequentes no pós-parto do que em outros momentos da vida (FEBRASGO, 2010).

A *American Psychiatric Association* (APA) também aponta que existe uma relação entre os transtornos do humor e o período puerperal, divididos em três diagnósticos básicos, já bem consagrados na literatura: blues puerperal, depressão pós-parto e psicose puerperal (LOUZÃ NETO, 2007).

O blues puerperal é uma forma leve dos quadros depressivos (LOUZÃ NETO, 2007), com início dos sintomas no primeiro dia de puerpério, atingindo o seu pico por volta do quinto dia (LOUZÃ NETO, 2007). Lacerda (2009) mencionou o blues como uma “alteração de humor não patológica[...] que se resolve dentro de 2 a 3 semanas do parto”. Também Cunningham et al. (2009) afirma que o blues puerperal “é um estado transitório de relatividade emocional aumentada [...] em aproximadamente 1 semana após o parto”. Fatores como esgotamento emocional, medo vivenciado durante gestação, fadiga por privação do sono, ansiedade e preocupações com a imagem corporal, parecem estar implicados (CUNNINGHAM AT AL, 2009). Outros sintomas, como instabilidade de humor, choro fácil, tristeza e ansiedade, também estão presentes (LACERDA, 2009). Cunningham et al. (2009) também descrevem que o humor predominante é a felicidade, porém, além dos sintomas citados, são recorrentes a instabilidade emocional, a concentração deficiente e a irritabilidade. Não é consenso entre os autores citados o período de aparecimento dos sintomas, tampouco o tempo de duração, porém podemos precisar o surgimento durante a primeira semana pós-parto, e a duração de algumas horas a alguns dias, chegando, em alguns casos, a durar 10 dias após o início do transtorno.

A depressão pós-parto, por sua vez, representa um estado de depressão maior ou mesmo uma evolução da persistência do blues (CUNNINGHAM et al., 2009). “Sintomas como isolamento social, ataques de ansiedade, choro fácil, perda de interesse na vida,

insegurança excessiva, pensamentos obsessivos inapropriados, irritabilidade, fadiga e sentimento de culpa ou inutilidade” estão presentes (CUNNINGHAM et al., 2009).

Quanto ao tempo de duração, sabe-se que pode persistir até um ano após o parto, porém é mais comum a remissão no período que vai de 3 a 6 meses (LOUZÃ NETO, 2007).

Epidemiologicamente, o blues puerperal apresenta incidência de 50 a 85% entre as puérperas, a depender dos critérios diagnósticos utilizados. Já a depressão pós-parto varia entre 10 a 15% das puérperas (LOUZÃ NETO, 2007), podendo chegar até 35%, em populações específicas. No Brasil, estudos revelaram variação entre 12 a 19,1% (LACERDA, 2009). A psicose puerperal “é rara e grave” (0,1% das puérperas) (LACERDA, 2009).

Diante do exposto, parece ainda controverso não apenas o conhecimento a respeito de alguns dos transtornos de humor no pós-parto mas também os limites para o diagnóstico diferencial entre eles e, principalmente, a evolução do transtorno do blues puerperal para a depressão pós-parto. Como bem descreve Cunningham et al. (2009), a depressão pós-parto representa um estado de depressão maior ou mesmo uma evolução da persistência do blues. Também segundo Louzã Neto (2007), muitas vezes seu diagnóstico passa despercebido pelos profissionais de saúde, uma vez que, segundo Lacerda (2009), o blues puerperal apresenta sintomas depressivos com menor intensidade e repercussão que os da depressão pós-parto. Também parece ser importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao diagnóstico e mais ainda saberem quando e como intervir frente a tal evolução.

A psicose puerperal, caracterizada como um transtorno mental com quadro agudo grave, surge entre 2 a 3 semanas após o parto, podendo durar vários meses (LOUZÃ NETO, 2007). Segundo Lacerda (2009), pode apresentar alucinações visuais e auditivas, delírios relacionados à morte do bebê, agitações psicomotoras, sintomas maniformes e risco de suicídio e infanticídio.

## **Objetivos**

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o Blues Puerperal e a Depressão Pós-parto, para melhor avaliar uma possível evolução entre essas duas entidades e, assim, facilitar a tomada de decisão dos profissionais de saúde, utilizando, para isso, o conhecimento produzido e publicado na PUBMED, na LILACS e na SciELO, nos últimos 20 anos, com disponibilidade livre e linguagem acessível.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Puerpério

O puerpério, como já mencionado, definido por Febrasgo (2010), corresponde ao período pós-parto em que o organismo feminino passa por mudanças fisiológicas e psicológicas, objetivando retornar ao estado em que se encontrava antes da gravidez, tendo início uma a duas horas após o delivramento da placenta.

Ainda segundo Febrasgo (2010), podemos dividir o puerpério em três fases. A primeira fase, chamada puerpério imediato, vai do 1º ao 10º dia, em que predominam as alterações anatômicas e catabólicas, como a involução de órgãos hipertrofiados, a cicatrização das lacerações e a eliminação de lóquios. A segunda, puerpério tardio, estende-se do 10º ao 45º dia, sendo considerada uma fase de transição. Nesse período, ocorrem manifestações regenerativas em menor velocidade, tendo início a influência da lactação sobre o organismo materno. Já a terceira fase, dita puerpério remoto, é influenciada pela amamentação, indo além do 45º dia pós-parto até o retorno da ovulação e da função reprodutiva da mãe (que pode durar cerca de 6 a 8 semanas, em mães que não amamentam, até mais de 12 meses, em lactentes exclusivas).

O puerpério é considerado um dos períodos em que a mulher apresenta maior vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psiquiátricos, sendo estas patologias mais frequentes no pós-parto do que em outros momentos da vida. Neste período de transição para a maternidade, é comum alterações do estado psicológico da mulher, como labilidade emocional e quadros de apatia, pois ela precisa adaptar-se a diversas mudanças biológicas e sociais. Além do rearranjo hormonal e da privação de sono, nessa fase, a mulher assume um novo papel social, tornando-se responsável pelo crescimento e desenvolvimento de outro indivíduo. O estresse relacionado aos cuidados com o bebê, a dificuldade para manutenção da identidade feminina e da autoestima, as transformações corporais, a reorganização da sexualidade da mulher e as mudanças na configuração familiar são fatores que contribuem para a oscilação do humor no puerpério (Cantilino et al.,2010).

É fundamental oferecer atenção especial às puérperas, devido a sua maior labilidade emocional nesse período. Deve-se estimular a deambulação e a amamentação exclusiva, observar a consistência dos lóquios e a involução do útero nos primeiros dias. É importante também levar em consideração as alterações de humor, sem banalizar as queixas e as dúvidas maternas, buscando identificar precocemente quadros de psicose ou depressão. Para isso, devem-se valorizar as transformações psíquicas, considerando-se também o ambiente em que

a mulher está inserida, a relação com a família e com o parceiro, sua história social e suas novas experiências emocionais vivenciadas nesse período (SÃO PAULO. Secretaria da Saúde, 2010).

## **2.2 Medicina baseada em evidências (MBE)**

Inicialmente, a medicina era baseada apenas em teorias fisiopatológicas, utilizando experimentos clínicos não sistematizados e dando prioridade às intuições e experiências individuais de profissionais com maiores títulos acadêmicos, sem provas científicas rigorosas (ATALLAH, 1998).

A medicina baseada em evidências (MBE) é definida como o “uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores evidências científicas correntemente disponíveis para tomar decisões relativas ao cuidado de pacientes individuais” (SACKETT et al., 1996).

A prática da MBE se inicia com a formulação de uma pergunta de interesse do pesquisador. A pergunta consiste em quatro componentes próprios, que sempre deverão estar presentes: situação clínica (qual a doença), intervenção (qual o tratamento), grupo-controle e desfecho clínico. Na prática baseada em evidências, existe uma classificação que retrata a qualidade das evidências apresentadas na pesquisa. O nível I de evidências é representado pelas revisões sistemáticas com ou sem metanálises. No nível II, estão os grandes ensaios clínicos (megatrials), com mais de 1.000 pacientes. Ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes representam o nível III. Estudos de coorte, que não possuem o processo de randomização, representam o nível IV de evidências e estudos caso-controle, o nível V. O nível VI é representado por séries de casos, e o nível VII, por relatos de caso. Opiniões de especialistas, pesquisas in vitro e estudos com animais fazem parte do nível VIII de evidências (EL DIB, 2007).

As revisões de literatura são utilizadas para sintetizar e integrar informações sobre determinado assunto para auxiliar as decisões clínicas e permitir explicar as contradições e avaliar as diferenças achadas em estudos individuais. Logo, a prática da MBE se refere à associação de experiências clínicas individuais com as expectativas e desejos dos pacientes e com evidências clínicas externas, obtidas, por exemplo, em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas (ATALLAH, 1998).

Ela utiliza as melhores provas científicas disponíveis, com o objetivo de aplicar seus resultados em questões da prática clínica, ajudando na tomada de decisões para a gestão em

saúde e qualificação do atendimento, economizando tempo e reduzindo gastos (EL DIB, 2007).

### **2.3 Transtornos mentais associados ao puerpério.**

O Blues puerperal, como já foi dito, é considerado “a forma mais leve dos quadros depressivos” (LOUZÃ NETO, 2007). Segundo Louzã Neto (2007), “seus sintomas se iniciam nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingindo o seu pico ao redor do quinto dia”.

Já Lacerda (2009, p75, grifo do autor) considera o blues como uma “alteração de humor não patológico[...]que se resolve dentro de 2 a 3 semanas do parto”. Outra definição é mostrada por Cunningham et al. (2009), afirmando que o blues puerperal “é um estado transitório de relatividade emocional aumentada, experimentado por 50% das mulheres em aproximadamente 1 semana após o parto”. É, portanto, consenso na literatura a definição do blues puerperal como sendo um transtorno de humor em período puerperal de caráter brando e transitório. Não é consenso, entre os autores citados, o período de aparecimento dos sintomas nem o tempo de duração, porém podemos precisar o surgimento na primeira semana pós-parto e duração de algumas horas a poucos dias, chegando, em alguns casos, a durar até 10 dias após o início do transtorno.

A fisiopatologia do blues está implicada nas alterações hormonais do parto, embora haja conflito nos diversos estudos realizados com o tema (LACERDA, 2009). Sabemos, entretanto, que, ainda segundo Lacerda (2009), “As drásticas alterações hormonais do parto foram particularmente implicadas no blues puerperal, embora os estudos tenham resultado conflitantes. Além do estrogênio e da progesterona, outros fatores bioquímicos investigados incluem os hormônios tireoidianos, cortisol, testosterona e hormônio de liberação de corticotrofina. Entretanto, nenhum fator isolado foi evidenciado como fator causal (Lacerda 2009) ”.

Dentre os fatores de risco relacionados ao blues puerperal, Cunningham et al. (2009) cita que:

“Provavelmente se deve a certos fatores como esgotamento emocional depois da excitação e do medo vivenciado durante a gravidez e o parto; desconfortos comuns no puerpério imediato; fadiga por privação do sono; ansiedade quanto a capacidade de cuidar adequadamente do bebê; preocupações relacionadas com a imagem corporal.”

Outro dado importante são as alterações do blues puerperal, que, segundo Lacerda (2009), caracterizam-se por “instabilidade de humor, choro fácil, tristeza e ansiedade, ou seja, sintomas depressivos com menor intensidade”. Cunningham et al. (2009) também descreve que “o humor predominante é a felicidade, mas elas ficam mais emocionalmente instáveis, com insônia, crise de choro, depressão, ansiedade, concentração deficiente, irritabilidade e instabilidade afetiva”.

A depressão pós-parto, como mencionado anteriormente, representa um estado de depressão maior, ou mesmo uma evolução da persistência do blues (CUNNINGHAM et al., 2009). O tempo de duração pode persistir até um ano após o parto, porém mais comumente tem remissão no período que vai de 3 a 6 meses (LOUZÃ NETO, 2007).

Embora a incidência de depressão pós-parto tenha predominância considerável, muitas vezes seu diagnóstico passa despercebido pelos profissionais de saúde (LOUZÃ NETO, 2007), uma vez que o blues puerperal “apresenta sintomas depressivos com menor intensidade e repercussão que os da depressão pós-parto” (LACERDA, 2009, grifo do autor). Segundo Lacerda (2009), estão ainda incluídos sintomas como:

“Isolamento social, ataques de ansiedade, choro fácil, perda de interesse na vida, insegurança excessiva, pensamentos obsessivos inapropriados, irritabilidade, fadiga, sentimento de culpa e inutilidade, sobretudo por sentir-se incapaz de cuidar do bebê, medo de machucar o bebê e relutância em amamentá-lo, desligamento emocional do bebê e de outros membros da família.”

Além disso, Lacerda (2009) também aponta queixas somáticas, “como dor na incisão cirúrgica, cefaleia e dor lombar, além de ideias de autoagressão e plano suicida”.

A fisiopatologia da depressão pós-parto, assim como as demais vias da depressão, está relacionada não apenas com as mudanças hormonais pertinentes ao puerpério e presença de fatores de risco, como acontece com o blues puerperal, mas com a confluência de suscetibilidade genética e de estressores de vida (LACERDA 2009).

Quanto aos fatores de risco, segundo Lacerda (2009), constatamos: história pessoal e familiar de depressão pós-gestacional ou não, blues puerperal e estressores crônicos concomitantes, expectativas pré-natais frustradas no pós-natal, falta de apoio social, vulnerabilidades, relacionamentos problemáticos e pobreza.

Por fim, a psicose puerperal apresenta quadro agudizado no puerpério, entre 2 a 3 semanas após o parto, constituído por um quadro clínico grave, com duração de vários meses, e com risco de suicídio e infanticídio (LOUZÃ NETO, 2007). Segundo Lacerda (2009),

“caracteriza-se por alucinações visuais e auditivas, delírios relacionados à morte do bebê, agitações psicomotoras e sintomas maniformes”. O tratamento requer hospitalização imediata e sua prevenção deve ser realizada precocemente.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO**

A Revisão de Literatura Integrativa, como bem descreve Souza et al. (2010), “é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado”. Neste sentido, podemos perceber que tal método torna-se valioso, frente a temas com escassez de estudos ou em processo de estudo, como no caso dos transtornos de humor. A própria equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos...) pode confundir os sinais e sintomas do blues e da depressão com o padrão natural do estado emocional da paciente, e esse quadro clínico pode até mesmo passar despercebido pela equipe. Ainda segundo Souza et al. (2010), a revisão integrativa possibilita “um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos”.

Desta forma, a revisão integrativa torna possível adequar toda a informação estudada de forma objetiva e direcionada para a conduta clínica, e, particularmente, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) também pode beneficiar-se da integralização do conhecimento revisado.

Outro dado importante para este trabalho é que a revisão integrativa nos possibilita, além da aplicabilidade de diversos estudos, direcionar o conhecimento sobre um tema que deveria fazer parte da análise clínica de rotina, visto que alguns casos podem apresentar uma incidência epidemiológica muito alta, como o blues puerperal, que pode atingir de 50 a 85% das puérperas.

Uma vez identificado o tema de estudo, tomamos o seguinte questionamento como norteador dos objetivos deste artigo: Quais os conhecimentos científicos disponíveis que nos permitam caracterizar o blues puerperal e a depressão pós-parto e, assim, avaliar uma possível evolução do blues puerperal para desenvolvimento da depressão pós-parto, facilitando para os profissionais de saúde o reconhecimento e, conseqüentemente, a tomada de decisão?

Para o correto seguimento da revisão integrativa, foram utilizados os protocolos de pesquisa de revisão integrativa de Souza et al. (2010) e Mendes et al (2008), com as adaptações abaixo descritas para cumprimento do objetivo deste trabalho.

Tomamos como amostras o resultado de pesquisa nos bancos de dados da LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), e na base de dados internacional PUBMED (Medical Published – servisse of the U.S. National Library of Medicine).

Foram selecionados, como critérios de inclusão da amostra, artigos com disponibilidade de acesso universal, ou seja, que apresentem resumo e texto completo disponibilizado livremente (Free Full Text). Foram considerados, na amostra, artigos em inglês, espanhol e português. Também selecionamos, da amostra, artigos dos últimos 20 anos, em uma tentativa de ter uma ampla abordagem da evolução do conhecimento produzido sobre o tema.

Uma vez que cada sistema de pesquisa tem suas particularidades, a busca foi adaptada para a linguagem de cada sistema e foram selecionados filtros para cumprir os critérios de inclusão acima mencionados. A busca no PUBMED foi feita usando as palavras-chaves: “Blues”, “Postpartum”, “depression”. Afim de refinar a pesquisa, foram acrescentados os filtros: “free full text”, “20 years”, languages (english, spanish, portuguese). Ainda acrescentamos o filtro “humans”. No LILACS e no SciELO, foram utilizados os descritores “blues”, “depressão” e “puerperal”, e acrescentados os filtros “texto completo”, “ano de publicação entre 1994 e 2004”, idioma “português, inglês e espanhol”.

Como critérios de exclusão, serão desconsiderados os artigos cujos resultados de pesquisa possam ter sido influenciados pela política do país estudado ou que parte da amostra tenha sido desprezada desconsiderando realidades socioculturais da população estudada.

Na análise e categorização do estudo foi realizada com a utilização de um instrumento validado no estudo Ursi (2005) e adaptado às condições dessa revisão integrativa (Anexo 1). Este instrumento nada mais é que um fichamento dos artigos da amostra feito com a finalidade de cumprir as exigências da fase de categorização, que segundo Souza et al. (2010), “análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo”. Os itens desse instrumento avaliam os seguintes aspectos: identificação do artigo original, instituição sede do

estudo, tipo de publicação, características metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico, possibilitando, dessa forma, um estudo individual dos artigos.

Para análise e mapeamento dos artigos e posterior referência para síntese dos mesmos, foi montado um quadro (Quadro A) com a identificação do estudo, do autor e do periódico em que foram publicados, direcionando e objetivando, assim, a revisão integrativa.

Por fim, tais artigos foram analisados descritivamente à luz das evidências científicas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 As Bases de Dados e os artigos selecionados**

Na PUBMED, logo na primeira busca usando os descritores citados, foram encontrados 209 artigos. Afim de refinar a pesquisa, foram acrescentados os filtros “free full text”, “20 years” e “languages” (‘english’, ‘spanish’, ‘portuguese’), totalizando, assim, 7 artigos. Caso seja acrescentado ainda o filtro “humans”, é excluído da amostra o artigo intitulado “The unique challenges of managing depression in mid-lifewomen”, permanecendo apenas 6 artigos ao final.

No LILACS, foram encontrados 9 artigos usando os descritores “blues”, “depressão” e “puerperal”. Adicionando os filtros “texto completo”, “ano de publicação entre 1994 e 2004”, idioma “português, inglês e espanhol”, restaram apenas 2 artigos.

No SciELO, após a busca usando os descritores “blues”, “depressão” e “puerperal”, foram encontrados apenas 2 artigos. A utilização dos filtros não alterou a amostra na SciELO.

É importante observar que um dos artigos que aparece na amostragem da pesquisa no buscador SciELO faz parte da amostragem na PUBMED, e o outro, na LILACS. Dessa forma, permanecemos com 8 artigos da amostra total dos resultados (6 do PUBMED e 2 da LILACS).

Afim de estabelecermos a identificação dos artigos da amostra e verificarmos sua adequação aos critérios de inclusão do estudo, foi procedido a leitura dos resumos dos 8 artigos finais. Após a leitura minuciosa desses 8 artigos, e, novamente verificados os critérios de inclusão, foram excluídos da amostra mais 2 artigos, a seguir justificado, permanecendo um total de 6 artigos (4 artigos do PUBMED, 1 artigo PUBMED/SciELO e 1 artigo da LILACS/SciELO).

Aqueles dois artigos foram posteriormente excluídos da amostra ao serem lidos completamente. Conforme mencionado anteriormente, pelos critérios de exclusão, não seriam aceitos estudos que foram influenciados por questões políticas, que podem ser passageiras no mundo globalizado em que vivemos, ou aqueles que não se fizessem presentes na realidade sociocultural do país onde a pesquisa foi realizada.

O artigo intitulado “Identifying women at risk of post natal depression: prospective longitudinal study” foi realizado a partir de um estudo longitudinal exclusivo para mulheres chinesas. Neste artigo, o autor reconhece, no corpo do texto, que realidades culturais e políticas influenciaram os achados dos fatores de risco, como no caso do “aborto terapêutico”, politicamente permitido no país em questão, e do “sexo do recém-nascido”, que se revelam fatores de risco para depressão pós-parto.

Já o artigo intitulado “Prevalencia y factores asociados a depresión pos parto em mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004” foi realizado com o intuito de estimar a taxa de prevalência de depressão pós-parto na região metropolitana de Lima, no Peru. Entretanto, esse estudo foi realizado após exclusão da população analfabeta da população estudada. Isso afeta drasticamente uma estimativa real de prevalência de depressão pós-parto, em um país em que, até 2005, apresentava até 9,6% da população acima de 15 anos com analfabetismo (INEI - PERÚ: COMPENDIO ESTADÍSTICO, 2012), configurando, portanto, influência de uma questão social e política. Além disso, tal artigo ignora a possibilidade de o analfabetismo, por si só, ser um fator de risco para algum transtorno de humor ou mesmo influenciar diretamente a prevalência de transtornos de humor em uma dada população pesquisada.

## **4.2 Especificações dos artigos Selecionados**

Para auxiliar a análise e a síntese dos artigos, foi montado um quadro (Quadro A), que revela uma amostragem dos artigos selecionados, contendo a identificação do estudo, do autor e do periódico. Foi realizado, conforme anteriormente mencionado, fichamento com o instrumento Ursi (2005), objetivando especificação dos artigos selecionados e qualidade dos estudos dentro da fase de categorização.

Foram selecionadas amostras dos artigos dos últimos 20 anos, destacando-se 1994, 2005, 2007 e 2009, com um artigo por ano, e 2010, com dois artigos.

**Quadro A** - Amostragem dos Estudos selecionados com Identificação do Estudo, Autor e Periódico.

<b>Identificação do Estudo</b>	<b>Autor</b>	<b>Periódico</b>
1. Transtornos psiquiátricos no pós-parto / Postpartum psychiatric disorders	Amaury, Cantilino; Carla Fonseca, Zambaldi; Everton Botelho, Sougey; Joel, Rennó Jr..	Revista de psiquiatria clínica; 37(6); 288-294; (2010)
2. Postpartum major depression.	Hirst KP, Moutier CY.	American Family Physician. (2010) Oct 15;82(8):926-33. Review.
3. [Puerperal pathology].	Bezares B, Sanz O, Jiménez I.	Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009;32Suppl 1:169-75. Spanish.
4. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations.	Scrands DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT.	The Scientific World Journal. 2007 Oct22;7:1670-82. Review.
5. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review.	Ross LE, Murray BJ, Steiner M.	Journal of Psychiatry & Neuroscience. 2005 Jul;30(4):247-56. Review.
6. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II.	Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D.	British Medical Journal. 1994 Apr 9;308(6934):949-53.

Fonte: dos autores.

Em relação ao país onde o estudo foi realizado, destacam-se Estados Unidos, Inglaterra, Espanha, Brasil e Canadá, com predominância da língua inglesa. A disseminação de informações, devido, principalmente, à globalização e ao uso da internet, é cada vez mais multilíngue. O inglês representa, nesse contexto, uma língua de fronteira, devido, principalmente, a sua predominância em relação ao número de falantes e de circunstâncias de

uso. Observa-se que o Inglês Global é utilizado mundialmente, proporcionando importante troca de informações e difusão do conhecimento (LOPES, 2008).

O método utilizado em 5 dos 6 artigos analisados foi o de revisão de literatura, realizado por médicos (MD) e doutores em medicina (PhD) em universidades e centros de pesquisa. Foi realizado também um estudo de coorte prospectivo, publicado no *British Medical Journal*.

Os periódicos que publicaram os artigos foram: *British Medical Journal*, *American Family Physician*, *Revista de Psiquiatria Clínica*, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *The Scientific World Journal*, destacando-se as áreas de neuropsiquiatria e de ginecologia e obstetrícia.

#### **4.3 Evidências acerca da evolução do Blues Puerperal para Depressão Pós-parto nos Artigos Selecionados**

Direcionando nossos estudos em relação à questão norteadora “Quais os conhecimentos científicos disponíveis que nos permitam caracterizar o blues puerperal e a depressão pós-parto e, assim, avaliar uma possível evolução do blues puerperal para desenvolvimento da depressão pós-parto, facilitando para os profissionais de saúde o reconhecimento e, conseqüentemente, a tomada de decisão?”, temos, como ponto de partida, a ênfase no fato de que, na maioria dos artigos selecionados, o blues pode evoluir com a depressão pós-parto (ARTIGOS 1, 2, 4, 5,6), com exceção de um artigo, Bezares et al. (2009), que não menciona tal possibilidade, porém sugere que o blues possa se prolongar.

Todos os artigos selecionados são unânimes em afirmar que o blues é definido como um transtorno de humor com quadro mais leve e transitório, que pode começar nos primeiros dias após o parto (dois a três dias, segundo a maioria dos artigos) e durar até dez dias depois, caracterizado por labilidade humoral, choro fácil, irritabilidade, ansiedade, entre outros sinais e sintomas. (ARTIGOS 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Por sua vez, a depressão pós-parto é caracterizada por sintomas depressivos graves, de início entre a segunda e a quarta semanas após o parto, podendo persistir por meses até um ano após o parto (ARTIGOS 1, 3 e 4). Os sintomas incluem anedonia, disforia, desesperança, inutilidade, ansiedade, incapacidade de dormir, falta de concentração, distúrbios do apetite, culpa e pensamentos suicidas (ARTIGOS 1, 2 e 4). Com relação a este último sintoma, parece

ser um pensamento com ideação suicida passiva, definido como um desejo de morrer, mas nenhum plano para cometer tal ato (ARTIGO 2).

Alguns fatores de risco para depressão pós-parto são apontados nos diversos estudos e cumprem um papel importante para a triagem, destacando-se a ocorrência de depressão pré-natal e a ocorrência do blues puerperal (ocorre em até 85%) (ARTIGOS 1, 2, 4, 5 e 6). Dois artigos acrescentam ainda os seguintes fatores de risco: depressão maior pós-parto em uma gravidez anterior, história pessoal de depressão antes da gravidez, eventos estressantes durante a gravidez e/ou pós-parto e falta de apoio social (ARTIGOS 2 e 4).

Os estudos de Scrandis et al. (2007) e os de Hirst e Moutier (2010) apresentam contradições quanto a alguns fatores de risco: este aponta uma história familiar de depressão maior pós-parto como um fator de risco, enquanto aquele afirma que os estudos apresentam resultados irregulares. Scrandis et al. (2007) apontam a “baixa renda” como fator de risco, enquanto Hirst e Moutier (2010) afirmam que os estudos não apresentaram resultados consistentes em relação a renda familiar. Hirst e Moutier (2010) referem ainda a possibilidade de diabetes gestacional e de multiparidade serem fatores de risco e afirmam que complicações obstétricas não apresentaram resultados satisfatórios. Scrandis et al. (2007) também indicam como fator de risco “mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual” ou com transtorno alimentar.

Os estudos destacam ainda a necessidade de triagem e de diagnóstico precoce da depressão pós-parto (ARTIGOS 3 e 4), importantes para evitar insucessos no tratamento ou transtornos para a própria paciente e para seus familiares (ARTIGO 4).

Quanto aos instrumentos de triagem destacamos a chamada Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Anexo 2), realizada com base no relato do próprio paciente, que tem sido descrita como um instrumento largamente encontrado nas pesquisas de depressão pós-parto e tem-se mostrado valiosa como instrumento de seleção e de rastreio (ARTIGOS 1, 2 e 4). Quando a paciente apresenta pontuação acima de 12 na EPDS, sintomas que causam moderada a grave disfunção social, relato de ideação suicida ou sintomas com mais de 10 dias de evolução, o diagnóstico de depressão pós-parto deve ser considerado (ARTIGO 2). É importante ressaltar que, segundo Hirst e Moutier (2010), mesmo em pacientes sem história de depressão pós-parto, uma pontuação acima de 12 pontos na EPDS apresenta sensibilidade de 86% e especificidade de 78%.

Ainda assim, outros instrumentos têm sido criados para aprimorar a sensibilidade da triagem, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Triagem (PDSS). Esta, por sua vez, é composta por 35 itens de auto relato, que basicamente trazem parâmetros e peculiaridades para avaliar sete sintomas em uma escala de 1 a 5 pontos. Estes sintomas incluem culpa/vergonha, alterações de humor, falta de concentração, ansiedade, sono/distúrbios alimentares, perda de autoestima e ideação suicida (ARTIGO 4).

No que diz respeito ao diagnóstico estabelecido de depressão pós-parto, apenas três artigos sugerem critérios objetivos. Estes artigos fazem referência ao critério diagnóstico de depressão pós-parto do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição: Texto Revisado (TR DSM-IV), que não faz distinção entre depressão pós-parto e transtorno depressivo maior, mas fornece um especificador de início para a depressão pós-parto, definido como início dentro de duas a quatro semanas após o parto. (ARTIGOS 2, 4 e 5). Porém, apesar desta referência, todos fazem ressalvas quanto ao diagnóstico. Hirst e Moutier (2010) afirmam que deve haver a presença clássica de cinco sintomas e que o diagnóstico deve ser fortemente considerado quando a puérpera atinge acima de 12 pontos na Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), apresenta sintomas que causam moderada a grave disfunção social, relata qualquer ideação suicida, ou apresenta sintomas por mais de 10 dias de evolução. Estes mesmos autores consideram ser muito provável a evolução de um blues puerperal para uma depressão pós-parto quando a intensidade e a gravidade do humor deprimido aumentam, em vez de diminuir durante o período propício ao blues. Já Ross et al. (2005) enfatizam que existem relatos na literatura sobre episódios de depressão pós-parto comuns até 2 anos após o parto, o que contrasta em parte com a afirmação de Hirst e Moutier (2010) de que o período de ocorrência de depressão pós-parto pode estender-se até 12 meses.

A etiologia dos transtornos de humor durante o puerpério ainda não é bastante clara. Estudos apontam que algumas mulheres podem ser mais sensíveis a alterações hormonais durante o ciclo menstrual, especificamente em eventos como menopausa, gravidez e puerpério (ARTIGO 2). Em especial, na transição para o puerpério, a mulher sofre várias alterações biológicas, psicológicas e sociais (ARTIGOS 1 e 5). Mudanças hormonais estão bastante relacionadas ao blues. A maior intensidade dos sintomas ocorre por volta do quarto ou quinto dia após o parto, coincidindo com o período de maior instabilidade hormonal, como queda nas concentrações séricas hormonais, principalmente de progesterona, mas também de estrógeno e de cortisol, além de aumento dos níveis de prolactina (ARTIGO 6).

Além dos achados de concentrações hormonais sérica, Harris et al. (1994) aponta a existência de uma associação entre o blues puerperal e alterações da concentração de progesterona livre, a exemplo da mensuração de progesterona salivar. Esta reflete com precisão as concentrações plasmáticas do hormônio livre, mesmo sob condições alteradas da saliva. Harris et al. (1994) também tem sugerido que as concentrações dos hormônios esteroides no líquido cefalorraquidiano são intimamente correlacionadas com as concentrações plasmáticas de hormônio não ligado, de modo que as concentrações salivares são susceptíveis de refletir com precisão as concentrações no líquido cefalorraquidiano.

A alta concentração de progesterona e de seus metabólitos (principalmente alloprenanolone), durante a gravidez, apresenta propriedades sedativas e ansiolíticas (ARTIGO 4, 5 e 6). Após o parto, há uma queda nos níveis de progesterona endógena, levando ao aparecimento dos sintomas de transtorno de humor e demais sintomas como a insônia (ARTIGO 5).

Dois artigos sugerem que quedas bruscas nos níveis dos hormônios gonadais, no puerpério, estão relacionadas com esse período de grande vulnerabilidade feminina para o surgimento dos transtornos psiquiátricos (ARTIGOS 1 e 5). Além disso, também há alterações no eixo hipotálamo-hipofisário e nos níveis de ocitocina. (ARTIGO 1)

Os estudos relacionados a outros hormônios que atuam nos sistemas de neurotransmissão, como cortisol, ocitocina, prolactina e hormônios tireoidianos, ainda são inconclusivos. (ARTIGO 1).

Os transtornos de humor apresentam alterações na qualidade do sono, sendo que a depressão apresenta maior quantidade de queixas relacionadas à insônia (ARTIGOS 2 e 5).

Uma série de estudos, apontados por Ross, Murray, Steiner (2005), tem tentado revelar a macroarquitetura do sono através de inquéritos de auto relato e identificou uma maior incidência de sonolência e insônia em puérperas em relação a mulheres não gestantes. Apesar de haver estudos que contradizem estas conclusões, as recentes pesquisas polissonográficas identificaram uma série de alterações que são características do sono de má qualidade na gravidez e no pós-parto (ARTIGO 5).

Provavelmente, como já foi mencionado, a própria queda da concentração de progesterona endógena e de seus metabólitos (principalmente alloprenanolone), presente em altos níveis durante a gravidez, causa uma diminuição do efeito sedativo e ansiolítico no pós-

parto (ARTIGOS 4, 5 e 6). Outro dado importante é que os efeitos, relatados por gestantes, sobre o sono REM têm sido variáveis, provavelmente por causa de dificuldades metodológicas dos estudos. Não há estudos que quantificam sonolência com medidas objetivas (ARTIGO 5).

Ross et al. (2005) afirmam, entretanto, que mais estudos polissonográficos longitudinais são necessários para confirmar a hipótese de que alterações na qualidade do sono possam estar diretamente relacionadas com a manifestação da depressão pós-parto.

Em relação à tomada de decisão frente à possibilidade de uma evolução do blues para a depressão pós-parto, observamos unanimidade entre os artigos de que o blues puerperal não necessita de tratamento medicamentoso. Quanto à DPP, o tratamento pode ser dividido em não medicamentoso e medicamentoso (ARTIGOS 2 e 4).

O tratamento não medicamentoso está basicamente representado pela psicoterapia (ARTIGOS 1, 2 e 4). A psicoterapia, tanto individual como em grupo, tem-se mostrado efetiva (ARTIGOS 2 e 4). Vale ressaltar que tanto Hirst e Moutier (2010) quanto Scrandis et al. (2007) enfatizaram as modalidades de terapia interpessoal e de terapia cognitivo-comportamental, considerando ambas efetivas e sem vantagens uma sobre a outra, sendo elas realizadas individualmente ou em grupo. Cantilino et al. (2010) faz menção apenas da psicoterapia cognitivo-comportamental como tendo eficácia semelhante à terapia medicamentosa, porém sem benefícios se utilizadas como terapias combinadas. Bezares et al. (2009) e Hirst e Moutier (2010) ainda enfatizam que haveria benefício com a psicoterapia, quer seja realizada de forma profilática, quer seja realizada de forma combinada com a terapia medicamentosa.

Quatro artigos apontam que o blues puerperal não necessita de tratamento medicamentoso, Entretanto recomendam a terapia medicamentosa como tratamento para a depressão pós-parto (ARTIGOS 1, 2, 3 e 4). Cantilino et al. (2010) cita que a terapia medicamentosa é a primeira linha do tratamento. Os medicamentos mais usados são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e os antidepressivos tricíclicos (ARTIGOS 1, 2 e 4), não havendo nenhuma evidência de que uma classe é mais efetiva que a outra (ARTIGO 2), porém os inibidores seletivos da recaptção da serotonina têm-se destacado, na prática, como a base do tratamento para depressão pós-parto moderada a grave, por causa de seu perfil de efeitos adversos favoráveis e de sua relativa segurança em comparação com os antidepressivos tricíclicos (ARTIGO 2). Os medicamentos Sertralina (ARTIGOS 1, 2 e 4) e

Nortriptilina (ARTIGOS 2, 3 e 4) têm-se destacado nos estudos de tratamento. Hirst e Moutier (2010) mencionam que há estudos com uso de Sertralina oferecida imediatamente após o parto, apresentando melhor prognóstico em relação à diminuição da recorrência de depressão maior pós-parto. Scrandis et al. (2007), por sua vez, apontou que inibidores de receptores da serotonina utilizados durante o terceiro trimestre levaram à síndrome de abstinência em alguns casos. Com relação a estes últimos estudos que utilizam o tratamento medicamentoso, é importante destacar que a maioria destes medicamentos é excretada no leite materno e existem poucos estudos que possam avaliar corretamente as consequências para o recém-nascido, visto que tais estudos passariam por questões éticas ainda a serem discutidas (ARTIGOS 1, 2 e 4). Deve-se sempre ponderar os riscos e os benefícios que cada medicamento pode trazer, analisando uma terapia individualizada para cada paciente, levando-se em consideração a história da paciente com os medicamentos (ARTIGOS 2, 3 e 4).

Além da psicoterapia e do uso de antidepressivos (Inibidores seletivos da receptação da serotonina), a terapia com estrogênio vem sendo estudada como forma de tratamento adjuvante para depressão pós-parto (ARTIGO 2). O uso de  $17\beta$ -estradiol sublingual, por exemplo, tem-se mostrado bastante efetivo em mulheres com baixas concentrações de estradiol sérico, na primeira semana após o parto (ARTIGO 4).

Existem estudos que também sugerem o uso de progesterona para o tratamento da depressão pós-parto, devido a seus efeitos ansiolíticos e hipnóticos (ARTIGO 4 e 6). Entretanto ainda são necessários mais estudos nessa área.

Terapias que visam a melhoria do sono e do ritmo circadiano como forma de terapia adjuvante para a depressão pós-parto (luz-terapia, estimulação magnética e privação do sono) estão ainda em fase de estudo, já apresentando resultados promissores (ARTIGO 5).

Tanto a hormonioterapia como as terapias para melhoria do sono podem, portanto, representar uma opção terapêutica dentro de uma perspectiva futura.

#### **4.4 Síntese do conhecimento sobre a evolução do Blues puerperal à Depressão Pós-parto**

A evolução do blues puerperal para a depressão pós-parto está evidenciada na literatura e nos estudos selecionados. Os artigos selecionados são unânimes em afirmar que o blues representa um transtorno de humor leve e transitório, desde os primeiros dias pós-parto,

persistindo até dez dias, enquanto que a depressão pós-parto apresenta sintomas graves, com início tardio (2 a 4 semanas pós-parto) (Unanime entre os artigos citados).

É comentada, na literatura, a importância do diagnóstico precoce da depressão pós-parto. Para isso, deve-se levar em consideração, além do tempo de início dos sintomas, a gravidade dos sintomas e os fatores de risco associados (ARTIGOS 2, 3 e 4). Alguns artigos mencionam o critério diagnóstico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição: Texto Revisado (TR DSM-IV), que não faz distinção entre depressão pós-parto (DPP) e transtorno depressivo maior, apenas determina o tempo de início da DPP. Desta forma, todos os artigos que fazem essa menção apresentam ressalvas quanto a este critério diagnóstico, mencionando outros critérios além do tempo de início do quadro para que o diagnóstico seja mais precoce (ARTIGOS 2, 4 e 5).

Os principais fatores de risco bem descritos nos artigos são: a ocorrência de depressão pré-natal, a própria ocorrência de blues puerperal (até 85%), a depressão maior pós-parto em uma gravidez anterior, a história pessoal de depressão antes da gravidez, a existência de eventos estressantes durante a gravidez e/ou a carência de apoio social durante a gestação ou puerpério (ARTIGOS 1, 2, 4, 5 e 6).

Uma vez que o paciente apresente fatores de risco, está recomendada, nos estudos selecionados, a utilização de escalas de depressão como a "Edinburgh Postnatal Depression Scale" ou a "Escala de Depressão Pós-Parto de Triagem" (ARTIGOS 1, 2 e 4).

Novos estudos apontam relação dos transtornos de humor com as alterações hormonais próprias do puerpério. A queda da concentração de progesterona endógena e de seus metabólitos, presentes em altos níveis durante a gravidez, causa uma diminuição do efeito sedativo e ansiolítico no pós-parto (ARTIGOS 1, 4, 5 e 6).

Muitas pesquisas comprovam a associação entre a fisiologia do sono e os transtornos de humor, principalmente os estudos polissonográficos mais recentes, porém ainda são necessários novos estudos para melhor avaliação da relação entre os transtornos de humor pós-parto e os transtornos de sono (ARTIGOS 2 e 5).

Tomando por base a MBE, é necessária a tomada de decisão com relação à conduta clínica (tratamento) dos pacientes em cada caso. É unânime na literatura que o blues puerperal não necessita de tratamento medicamentoso, enquanto que, na depressão pós-parto, o tratamento se divide em não medicamentoso (psicoterapia) e medicamentoso (uso de

inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou antidepressivos tricíclicos, sem evidência de que uma classe é mais efetiva que a outra) (ARTIGOS 1, 2, 3 e 4).

A partir de novas pesquisas elucidativas quanto ao mecanismo hormonal associado aos transtornos de humor no puerpério, o tratamento hormonal vem se mostrando como uma perspectiva futura para tratamento dos transtornos de humor no pós-parto (ARTIGOS 4 e 6).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto na literatura como nos estudos aqui selecionados, o blues puerperal é recorrente em até 85% das puérperas, e seu quadro, muitas vezes, pode ser confundido com o diagnóstico de depressão pós-parto pelos profissionais de saúde.

O presente estudo torna-se relevante, uma vez que pode permitir aos profissionais de saúde uma visão dos estudos nos últimos 20 anos que tenham disponibilidade livre e linguagem acessível. Além disso, pode permitir ao médico compreender e atuar (decisão da conduta clínica), conforme análise da MBE, de forma consciente, frente à evolução de dois transtornos de humor que, apesar de suas peculiaridades, se assemelham tanto pela fisiopatologia, quanto pelos seus sinais e sintomas. Esse estudo apresenta ainda as diferenças das condutas clínicas dos dois transtornos, para que se fique evidente o enfoque da Medicina Baseada em Evidências (MBE).

A revisão integrativa, neste caso, possibilita uma ampla abordagem metodológica, permitindo uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Para realização desta revisão, tomamos como amostra os bancos de dados da LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), e a base de dados internacional PUBMED (Medical Published – servisse of the U.S. National Library of Medicine). Encontramos, após a triagem com os critérios de inclusão e exclusão, seis artigos, o que evidencia que, mesmo no caso do blues puerperal, que apresenta incidência de até 85%, há escassez de estudos sobre o tema, não apenas na literatura, mas também em estudos nos bancos de dados da PUBMED, da LILACS e da SciELO.

Mesmo com pouca quantidade de estudos disponíveis livremente nas bibliotecas citadas, muito se pode compreender sobre o tema, uma vez que os estudos, em grande parte, não se contradizem. Entretanto, eles apontam constantemente para a necessidade de mais pesquisas a serem realizadas, tanto na fisiopatologia dos transtornos de humor do puerpério, quanto nas formas de tratamento, medicamentosos ou não medicamentoso.

Os artigos selecionados confirmam o que já está consagrado na literatura quanto ao blues representar um transtorno de humor brando e transitório, com início nos primeiros dias pós-parto, persistindo até dez dias, enquanto que a depressão pós-parto apresenta sintomas graves, com início tardio (2 a 4 semanas pós-parto).

A importância do diagnóstico precoce da depressão pós-parto também é citada e, para isso, deve-se levar em consideração, além do tempo de início dos sintomas, a gravidade dos sintomas e os fatores de risco associados.

Uma vez que o paciente apresente fatores de risco, está recomendada, nos estudos selecionados, a utilização de instrumentos de triagem, como a "Edinburgh Postnatal Depression Scale" ou a "Escala de Depressão Pós-Parto de Triagem".

As alterações hormonais estão associadas aos transtornos de humor. A queda da concentração de progesterona endógena e de seus metabólitos (principalmente alloprenanolone), presente em altos níveis durante a gravidez, causa uma diminuição do efeito sedativo e ansiolítico no pós-parto. Novos estudos polissonográficos estão evidenciando a relação entre a fisiologia do sono e os transtornos de humor, incluindo as alterações hormonais também envolvidas. Entretanto, existem diversas dificuldades em avaliar a qualidade do sono, principalmente o sono REM, sendo necessários mais estudos que possam esclarecer melhor a relação do sono com os transtornos de humor pós-parto.

É unânime na literatura que o blues puerperal não necessita de tratamento medicamentoso, enquanto que, na depressão pós-parto, o tratamento se divide em não medicamentoso (psicoterapia) e medicamentoso (uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou antidepressivos tricíclicos, sem evidência de que uma classe é mais efetiva que a outra). Dessa forma, até mesmo um tratamento medicamentoso profilático para a depressão pós-parto está contraindicado. Entretanto, estaria indicado um tratamento profilático com a psicoterapia para as pacientes que apresentam fatores de risco. Frente a novas pesquisas elucidativas quanto ao mecanismo hormonal associado aos transtornos de humor no pós-parto e à relação destes com o sono, os tratamentos hormonais e os tratamentos de melhoria do sono se mostram como terapias úteis dentro de uma perspectiva futura.

## REFERÊNCIAS

ATALLAH A. N.; CASTRO A. A. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. **Revista da Imagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. V-IX, 1998. Editorial. Disponível em: <[www.centrocochranebrasil.org.br/apl/artigos/artigo\\_517.pdf](http://www.centrocochranebrasil.org.br/apl/artigos/artigo_517.pdf)>. Acesso em 19 de agosto de 2014.

BEZARES, B.; SANZ, O.; JIMENEZ, I. Patologia puerperal. **An. Sist. Sanit. Navar**, Pamplona, v. 32, p.169-175, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 19 de agosto de 2014.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; SOUGEY, E. B.; RENNÓ JUNIOR, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 37, p. 278-284, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en&nrm=iso/&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en&nrm=iso/&tlng=pt)>. Acesso em: 19 de agosto de 2014.

CUNNINGHAM, F; LEVENO, K; BLOOM, S; HAUTH, J; ROUSE, D; SPONG, C. **Obstetrícia de Williams**. 23ª ed. AMGH Editora Ltda: São Paulo. 2014.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências =How to practice evidence - based medicine. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. Manual de Orientação. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2010. Acesso em 01 de November de 2014.

HARRIS, B.; LOVETT, L.; NEWCOMBE, R. G.; READ, G. F.; WALKER, R.; RIAD-FAHMY, D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. **British Medical Journal**, Cardiff, v. 308, p. 949-953, 9 abr. 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2539811/>>. Acesso em: 19 de agosto de 2014.

HIRST, K. P.; MOUTIER, C. Y. Postpartum major depression. **American Family Physician, California**, v. 82, n. 8, p. 926-933, 15 out. 2010. Review. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2010/1015/p926.html>>. Acesso em: 19 de agosto de 2014.

LACERDA, A. L. T.; QUARANTINI, L. C.; MIRANDA-SCIPPA, A. M. A.; PORTO, J. A. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LOPES, L. P. M. Inglês e globalização em uma epistemologia de fronteira: ideologia linguística para tempos híbridos. **DELTA**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 309 - 340, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/delta/v24n2/v24n2a06.pdf>>. Acesso em 15 de novembro de 2014.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007

MATTAR, R.; SILVA, E. Y. K.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A. R.; COLÁS, O. R.; ANDALAF NETO, J.; LIPPI, U. G. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.470-477, 29 set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/06.pdf>. Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002, 768 p

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C.a M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

PERÚ COMPENDIO ESTADÍSTICO 2012. **INEI**. Disponível em: <[http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancop\\_ub/Est/Lib1055/cap07/ind07.htm](http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancop_ub/Est/Lib1055/cap07/ind07.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

ROSS, L. E; MURRAY, B. J.; STEINER, M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, Toronto, v. 30, n. 4, p. 247-256, 2005. Review. Disponível em: < <http://jpn.ca/vol30-issue4/30-4-247/>>. Acesso em: 19 de agosto de 2014.

SACKETT D. L.; ROSENBERG, W. M.; GRAY, J. A.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal**, London, v. 312, p.71-72, 13 jan. 1996. Editorial. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924>>. Acesso em 01 de novembro de 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à Gestante e à Puérpera no SUS-SP:**

**manual técnico do pré-natal e puerpério.** Organizado por Karina Calife, Tania Lago e Carmen Lavras. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual\\_tecnicooii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicooii.pdf)>. Acesso em 01 de novembro de 2014.

SCRANDIS, D. A.; SHEIKH, T. M.; NIAZI, R.; TONELLI, L. H.; POSTOLACHE, T. T. Depression after Delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. **Scientific World Journal**, Washington, D.C., v. 7, p. 1670-1682, 22 out. 2007. Review. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/tswj/2007/354680/abs/>>. Acesso em: 19 de agosto de 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: <[http://astresmetodologias.com/material/O\\_que\\_e\\_RIL.pdf](http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf)>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

URSI, S. E. **Prevenção de lesões na pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

## ANEXOS

## ANEXO 1

## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (Ursi, 2005)

**IDENTIFICAÇÃO**

Título do artigo \_\_\_\_\_

Título do periódico \_\_\_\_\_

Autores Nome \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Graduação \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Idioma \_\_\_\_\_

Ano de publicação \_\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO**

Hospital  Universidade  Centro de pesquisa  Instituição única  Pesquisa multicêntrica  Outras instituições  Não identifica o local

**TIPO DE PUBLICAÇÃO**

Publicação de enfermagem  Publicação médica  Publicação de outra área de saúde. Qual?

**CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO**

## 1. Tipo de publicação

1.1 Pesquisa  Abordagem quantitativa  Delineamento experimental  Delineamento quase-experimental  Delineamento não-experimental  Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa  Revisão de literatura  Relato de experiência  Outras

2. Objetivo ou questão de investigação: \_\_\_\_\_

## 3. Amostra

3.1 Seleção  Randômica  Conveniência

Outra \_\_\_\_\_

3.2 Tamanho (n)

( ) Inicial \_\_\_\_\_ ( )  
 Final \_\_\_\_\_

### 3.3 Características

Idade \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Raça \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Tipo de cirurgia \_\_\_\_\_

### 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos

\_\_\_\_\_

### 4. Tratamento dos dados

\_\_\_\_\_

### 5. Intervenções realizadas

5.1 Variável independente \_\_\_\_\_

5.2 Variável dependente \_\_\_\_\_

5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( ) 5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( )

5.5 Duração do estudo \_\_\_\_\_

5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção \_\_\_\_\_

6. Resultados \_\_\_\_\_

### 7. Análise

7.1 Tratamento estatístico \_\_\_\_\_

7.2 Nível De significância \_\_\_\_\_

### 8. Implicações

8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados \_\_\_\_\_

8.2 Quais são as recomendações dos autores \_\_\_\_\_

### 9. Nível de evidência

## **AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO**

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados) Identificação de limitações ou vieses

## ANEXO 2

## ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL (EPDS)

Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Como eu sempre fiz</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sem dúvida, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum</p>	<p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Como sempre senti</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Talvez, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Com certeza menos</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum</p>	<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>
<p>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>	<p>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, de jeito nenhum</p>
<p>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, de maneira alguma</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p>	<p>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, quase todo o tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>
<p>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>	<p>10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes, ultimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Algumas vezes nos últimos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Nenhuma vez</p>

Fonte: MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.470-477, 29 set. 2007.

Disponível em: . Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. O cuidado em enfermagem materna. 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002, 768 p