



## BABY BLUES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DOS SINAIS, ALERTAS E FATORES PROTETIVOS DA CONDIÇÃO

Giovana Danquieli Andrade<sup>1</sup>; Sandra Cristina Catelan-Mainardes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Cesumar – UNICESUMAR. Programa Voluntário de Iniciação Científica da UniCesumar – PVIC/UniCesumar. danquieli@gmail.com

<sup>2</sup>Orientadora, Mestre, Docente no Curso de Psicologia, UNICESUMAR. sandra.mainardes@unicesumar.edu.br

### RESUMO

A presente revisão integrativa teve por objetivo elencar os principais sinais, alertas e fatores protetivos que orbitam a condição denominada *baby blues*. Esta não é uma doença, mas um período prodrômico que acomete entre 30 e 75% das puérperas ao redor do planeta e tem grande impacto no desenvolvimento de doenças psiquiátricas na mulher durante o puerpério. Inicia no pós-parto mediato se prologando por não mais que duas semanas após o nascimento do bebê. Apesar de não ter a etiopatogenia completamente desvendada, sabe-se que possui componentes orgânicos, ambientais e psicológicos, podendo-se afirmar que grande parte dos fatores de risco não são modificáveis. É possível ser diferenciado dos transtornos pós-parto inclusos no DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) depressão pós-parto e psicose materna a partir da análise de critérios e exclusão de sinais e sintomas. A seleção dos artigos que dão base a pesquisa ocorreu após buscas nas plataformas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Periódicos CAPES e PubMed, tendo por descritores os termos "*childbirth; maternal; postpartum; risk factors*". Inicialmente, 240 artigos foram analisados. Ao fim da triagem, 17 artigos foram habilitados. Os resultados apontaram como fatores de risco condições econômicas desfavoráveis e nuliparidade e a multiparidade, como protetivo. Entende-se a partir deste estudo que o *baby blues* é um grande problema de saúde pública. Apesar de ser autolimitado, a mulher acometida precisa de cuidados e de condutas, mesmo que expectante e não medicamentosa, para sair da vivência sem alterações psiquiátricas.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Childbirth; Maternal; Postpartum; Risk factors.*

### 1 INTRODUÇÃO

Alterações psiquiátricas acometem o ser humano em qualquer período da vida. Algumas estão tipicamente atreladas a eventos e tornam-se gatilhos para o florescer de doenças; outras, causam momentâneas desestabilizações que o próprio passar do tempo parece corrigir. A depressão pós-parto (DPP), a psicose materna e o *baby blues* (BB) encaixam-se neste exercício de pensamento.

A mulher que passa pela gestação e parto tem como consequência o puerpério – involução fisiológica do organismo ao estado pré-gravídico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2022). Também denominado pós-parto, é dividido em três fases. Zugaib e Francisco (2020) as denominam de imediato, mediato e tardio. A duração média chega a dois meses, podendo se estender por até um ano. O prazo começa a contar com a dequitação, e é neste momento que a mulher passa a ter bruscas alterações hormonais ficando vulnerável às consequências. Eventos psiquiátricos podem se instalar neste interim.

A depressão é um transtorno de humor que - de acordo com o preenchimento de critérios - recebe uma denominação específica. Por isso, a que acomete mulheres no pós-parto tem especificador para diferenciá-la do transtorno depressivo maior (TDM), pois a fisiopatologia é similar (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2020). O quadro de DPP geralmente eclode após a quarta semana do nascimento, porém, existem grandes chances de os sintomas terem surgido ao longo da gravidez, podendo ser pré-gestacional (CAMPOS, 2015). Epidemiologicamente, segundo Idalino e Castro



(2020), atinge entre 10 e 15% das mulheres. Destas, apenas metade é de fato diagnosticada e tratada corretamente. A mulher pode apresentar como sintomatologia ansiedade, humor alterado, insônia, ataques de pânico e *baby blues*, por esse motivo, surge por volta da quarta e sexta semana (SADOCK, 2017).

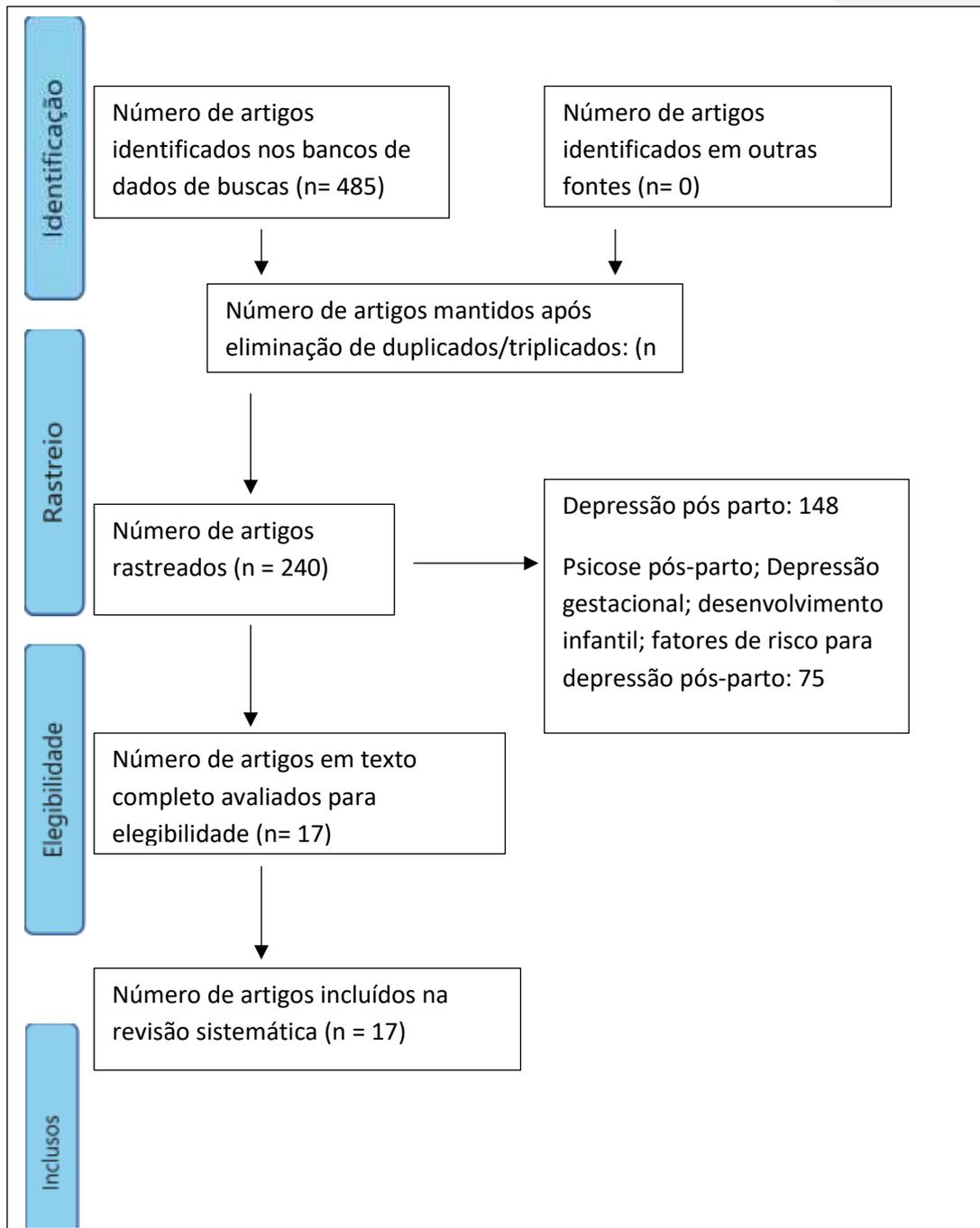
O diagnóstico de psicose pós-parto gera preocupação quanto à segurança do recém-nascido, pois existe o risco de infanticídio. Segundo Cantilino (2009), apresenta uma prevalência entre 0,1% a 0,2% - sendo mais visto em pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB). É classificada pela American Psychiatric Association (2014) como um subtipo de transtorno bipolar. Quadro ilusório, confusão mental e despersonalização fazem parte dos sintomas.

Por outro lado, o *baby blues* não é caracterizado como doença pela CID 11 (Classificação Internacional de Doenças) ou pelo DSM V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o qual o considera um período de mudanças de humor transitório. Sadock (2017) o caracteriza por labilidade de humor, tristeza, disforia, confusão subjetiva e choro. É autolimitado e, geralmente, se resolve em até duas semanas. As duas condições – DPP e BB - apresentam similaridades como a labilidade de humor e choro fácil. O diagnóstico diferencial tende a observar a linha do tempo do surgimento dos sintomas.

Acerca de dados brasileiros sobre tais comemorativos, sabe-se que a porcentagem de mulheres acometidas pelo BB varia entre 50 e 70% (BRASIL, 2016). A presente revisão elenca os fatores de risco que levam a mulher apresentar *baby blues*, além de abordar fatores protetivos.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão integrativa conta com artigos em português e inglês sobre os sinais de alerta/fatores de risco para a ocorrência de *baby blues* utilizou três bases de dados: PubMed, Periódicos CAPES e LILACS. Considerando estudos publicados entre 2011 e 2021, com os descritores, de acordo com a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): *“postpartum, sadness, maternal, risk factors and childbirth*, e as palavras-chave utilizadas foram a associação entre *“baby blues AND risk fator” OR “blues materno” OR “postpartum blues”* localizando assim 485 resumos, dos quais 245 foram excluídos e 240, verificados. Destes, 17 passaram pela seleção. Com base no fluxograma do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Sytematic Reviews and Meta-Analysis*) se expõe o resumo da fase de seleção (Figura 1).



**Figura 1:** Fluxograma adaptado de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) com o algoritmo de seleção dos estudos (Moher *et al.*, 2009).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A etiologia do *baby blues* ainda não está completamente elucidada pela ciência. Já consolidado é o conhecimento de que se trata de uma condição multifatorial. Banasiewicz *et al* (2020) citam como (1) biológicos: alterações hormonais – redução de estradiol, estriol e progesterona, aumento da prolactina; dor do pós-parto, cicatrização de possíveis intervenções, remodelação fisiológica do corpo e adaptação à nova realidade da amamentação; (2) psicológicos: histórico de depressão ou transtorno de ansiedade, ocorrência de Tensão Pré-Menstrual (TPM),



medo acerca da maternidade, desafios e mudanças de rotina; e (3) ambientais diversos. Balaram e Marwaha (2021) apontam que as alterações vistas em mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual se assemelham ao quadro de blues.

Em artigo de revisão, Balaram e Marwaha (2021) apontam como fatores de risco a TPM, histórico de depressão maior, multiparidade e histórico familiar de DPP. A pesquisa elenca três fatores como os mais comuns para a instalação do BB: sintomas depressivos durante a gravidez, ao menos um episódio de depressão maior antes da gestação e histórico de alterações de humor atreladas ao período menstrual.

Meta análise de Rezaie-Keikhaie *et al.* (2020) incluiu estudos que – reunidos - avaliaram mais de cinco mil mulheres ao redor do mundo, englobando economias prósperas e menos desenvolvidas. Os resultados mostraram ser mais comum o BB em mulheres em condições financeiras desfavoráveis. Além disso, a taxa de prevalência variou entre 13,7% e 76%.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância a diferenciação entre *baby blues* e depressão pós-parto para que o quadro não se agrave de maneira a comprometer outras áreas da vida da mulher. Além disso, uma detalhada anamnese com a paciente e familiares é imprescindível para conhecer e compreender a linha temporal dos acontecimentos. O DSM-V retrata estar entre 3% e 6% o percentual de mulheres que apresentam algum episódio depressivo durante a gestação ou após o parto. Por ser um quadro de sintomas leves e autolimitados, espera-se a remissão em poucos dias.

Abordar o tema durante as consultas de pré-natal e procurar saber qual é o histórico psiquiátrico da gestante também facilita a triagem e o encaminhamento deste público ao atendimento especializado. Nesta revisão, observou-se que não há consenso entre os estudos já realizados sobre os fatores que podem levar à ocorrência do blues maternal. O fato de abranger pesquisas realizadas em diferentes países e culturas pode contribuir para tal constatação.

#### REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (org.). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. Tradução M.I.C. Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA**. 2006. MANUAL TÉCNICO. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 15 ago. 2022.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão Pós-Parto Materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, [S. l.], v. 46, n. 4, p. 483, 8 dez. 2015. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-53712015000400009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-53712015000400009). Acesso em: 05 ago. 2022.

IDALINO, Simone do Nascimento; CASTRO, Amanda. COMPREENDER AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NAS REDES SOCIAIS. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v.



20, n. 38, p. 200-209, 30 jun. 2020. Editora Unijui. <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2020.38.200-209>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/9941>. Acesso em: 06 ago. 2022.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, p. e1000097, jul. 2009. ISSN 1549-1676 (Electronic) 1549-1277 (Linking). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>. Acesso em: 05 ago. 2022.

MORE: Mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <http://www.more.ufsc.br/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan. **Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2020.

SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1490 p.

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib Obstetrícia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2020.

World Health Organization (org.). **Internacional Classification of Diseases (ICD)**. 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 08 ago. 2022.