



Baby Blues e Depressão Pós-Parto: limites conceituais, desafios diagnósticos e repercussões clínicas

Aislan José de Oliveira¹, Heloisa vieira da Silva², Isis da Costa Bandeira³, Paula Bastos de Andrade⁴, Luiz Roberto Marquezi Ferro⁵, Caroline Velasquez Marafiga⁶, Marco Aurélio Ramos de Almeida⁷, Paulo do Nascimento Sousa⁸, Francieli Barroso⁹



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p7272-7292>

Artigo recebido em 14 de Setembro e publicado em 14 de Novembro de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) é um fenômeno complexo que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, impactando diretamente a saúde materna, o vínculo mãe-bebê e a dinâmica familiar e diferencia-se do baby blues (BB), embora comum e transitório, compartilha sintomas iniciais com a DPP, porém apresenta menor intensidade e duração limitada. **Objetivo:** Identificar na literatura os sintomas e sinais característicos e diferenciais da depressão pós-parto (DPP) e do baby blues (BB). **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória e de revisão de literatura do tipo narrativa. Foram consultadas as seguintes bases de dados: BVS, Pepsic, Scielo e Redalyc, além de livros e teses pertinentes ao tema. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: depressão pós-parto, baby blues e saúde mental materna. **Resultados:** A revisão indicou que, embora o BB seja uma condição transitória e fisiológica, e que a DPP representa um transtorno mental com potencial de gerar prejuízos significativos à saúde materna, ao vínculo mãe-bebê e ao desenvolvimento infantil. O BB afeta grande parte das puérperas e tende a se resolver espontaneamente, enquanto a DPP demanda intervenção especializada. **Conclusão:** Apesar de sintomas iniciais semelhantes como tristeza, irritabilidade e choro frequente, o BB caracteriza-se por início precoce, intensidade leve e

¹ Psicólogo, Doutor em Psicologia da Saúde - UniBrasil Centro Universitário.

² Acadêmica do curso de Psicologia - UniBrasil Centro Universitário.

³ Acadêmica do curso de Psicologia - UniBrasil Centro Universitário.

⁴ Acadêmica do curso de Psicologia - UniBrasil Centro Universitário.

⁵ Psicólogo, Doutor em Psicologia da Saúde - Universidade Paulista (UNIP).

⁶ Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica - Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

⁷ Enfermeiro, Doutor em Psicologia da Saúde - Universidade Paulista (UNIP).

⁸ Pedagogo, Mestre em Educação nas Ciências - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

⁹ Psicóloga, Mestre em Educação - Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).



resolução espontânea em até duas semanas, enquanto a DPP apresenta maior duração, intensidade e impacto funcional. Reconhecer essas diferenças é essencial para o diagnóstico precoce e intervenções direcionadas. A correta identificação no período puerperal é o primeiro passo para garantir cuidados eficazes e integrados em saúde materna.

Palavras-chave: Depressão Pós-parto, Baby Blues; Saúde Mental Materna, Sintomas Puerperais.

Baby Blues and Postpartum Depression: conceptual limits, diagnostic challenges and clinical repercussions

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a complex phenomenon involving physical, psychological, and social aspects, directly impacting maternal health, the mother-baby bond, and family dynamics. It differs from the baby blues (BB). Although common and transient, it shares initial symptoms with PPD but is less intense and of limited duration. **Objective:** To identify the characteristic and differential symptoms and signs of postpartum depression (PPD) and the baby blues (BB) in the literature. **Method:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory study, as well as a narrative literature review. The following databases were consulted: BVS, Pepsic, Scielo, and Redalyc, as well as books and theses relevant to the topic. The following keywords were used: postpartum depression, baby blues, and maternal mental health. **Results:** The review indicated that, although BB is a transient and physiological condition, PPD represents a mental disorder with the potential to cause significant harm to maternal health, the mother-baby bond, and child development. BB affects a large proportion of postpartum women and tends to resolve spontaneously, while PPD requires specialized intervention. **Conclusion:** Despite similar initial symptoms such as sadness, irritability, and frequent crying, BB is characterized by early onset, mild intensity, and spontaneous resolution within two weeks, while PPD has a longer duration, intensity, and functional impact. Recognizing these differences is essential for early diagnosis and targeted interventions. Correct identification during the postpartum period is the first step to ensuring effective and integrated maternal health care.

Keywords: Postpartum Depression, Baby Blues; Maternal Mental Health, Puerperal Symptoms.

Instituição afiliada – Unibrasil - Centro Universitário - Curitiba - Paraná.

Autor correspondente: Dr. Aislan José de Oliveira. E-mail: aislan_jo@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A maternidade envolve intensas transformações físicas, sociais e emocionais no contexto familiar, com impacto significativo na vida da mulher. Quando se trata da saúde mental materna, torna-se essencial conferir elevada relevância ao tema, especialmente considerando as diversas alterações psicológicas que podem ocorrer no período pós-parto (Figueiredo & Conde, 2011).

Embora o baby blues seja transitório e considerado fisiológico, pode evoluir para quadros mais graves, como a depressão pós parto (DPP) e outros tipos de transtornos. Durante este período existe uma ampliação da vulnerabilidade, sentimentos de solidão (40%) e pensamentos autodestrutivos (20%) são comuns, podem ser agravantes para o seu desenvolvimento. (Santos et al., 2023).

Há uma dificuldade em se estabelecer um consenso sobre a definição da DPP e o que configura um quadro depressivo. O diagnóstico costuma estar associado ao atendimento especializado por profissionais da saúde mental, algo que na prática, nem sempre acontece (Campos & Rolim, 2015). Isso contribui para a subnotificação de casos com diagnóstico formal e aumento das chances de desenvolver algum outro tipo de transtorno no decorrer da vida (Santos et al., 2023).

A falta de informação sobre a DPP ainda é um obstáculo significativo para o diagnóstico e o tratamento adequados. Muitas mulheres vivenciam sintomas de DPP ou de baby blues (BB) sem compreender o que estão sentindo, o que pode gerar confusão, vergonha e um profundo sentimento de culpa (Soares, 2018).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo principal identificar na literatura os sintomas e sinais característicos e diferenciais da depressão pós-parto (DPP) e do baby blues (BB), contribuindo para a partir disso seja possível a indicação de intervenções eficazes na prevenção e tratamento.

A conceituação adequada dessas condições e a descrição rigorosa de suas manifestações clínicas contribuem diretamente para a melhoria do acolhimento e da assistência às puérperas, além de orientar práticas de prevenção e tratamento mais eficazes (Campos, 2021).

METODOLOGIA



Frata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva exploratória e de revisão de literatura narrativa. Esse tipo de delineamento visa reunir, analisar e discutir os principais achados teóricos sobre o tema investigado, permitindo uma compreensão ampla e reflexiva a partir de múltiplas fontes. Foram consultadas as seguintes bases de dados: BVS, Pepsic e Scielo, e foram consultadas ainda o banco de teses de dissertação da CAPES. Foram usadas as seguintes descritores: Depressão Pós-parto, Baby Blues e DPP com os operadores de busca and e or.

Foram consultados artigos, livros, teses e dissertações que faziam referência direta aos objetivos desta pesquisa escritos nos últimos dez anos. Foram excluídos estudos duplicados, artigos de opinião e documentos com acesso restrito que não apresentavam texto completo disponível. A escolha dessa metodologia se justifica pela necessidade de reunir, analisar e sistematizar conhecimentos já consolidados sobre o tema, contribuindo para um entendimento mais ético, técnico e embasado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E BABY BLUES

A gravidez é um período considerado instável emocionalmente na mulher, no qual ela vive muitas mudanças, sejam elas físicas, hormonais, de personalidade, autocuidado ou reformulação do seu papel social. Essas mudanças expressivas impactam diretamente contextos adversos ao bem-estar e saúde da mãe (Marsura et al, 2025).

É uma fase sensível na vida de qualquer mulher, independentemente de ser a primeira gestação ou não, algumas situações como nível socioeconômico, presença familiar, ou o fato de a gravidez ser ou não planejada podem ser elementos de risco para a depressão pós-parto (DPP) ou outro transtorno psicológico (Alcantara et al., 2024).

A mulher assume o papel de mãe, passa a se perceber e ser percebida de maneira diferente. Nesse processo surgem preocupações em relação ao parto e ao bem estar do bebê, que geram sentimentos de aflição diante da incapacidade de não atender as expectativas. (Lopes et al.,2010). Durante o puerpério, situações comuns podem



intensificar sensações de angústia, solidão e ansiedade, geralmente acompanhadas de inseguranças e cansaço e quadros de depressão (Caetano et al., 2018).

De acordo com Schmidt et al. (2005), a depressão pós-parto é definida dentro do espectro de transtornos depressivos e ansiosos, no período perinatal. Ao longo do período de gestação ao puerpério a mulher vivencia alterações fisiológicas, psicológicas e emocionais que somadas podem ocasionar uma sobrecarga física e emocional relevante, o que dá abertura para uma possível DPP ou BB (Jiaming et al., 2024).

A influência de variáveis como idade, religião, escolaridade, renda familiar e número de gestações não apresentam relação com os sintomas de depressão pós-parto, podendo comprometer mulheres de todas as idades e características sociodemográficas (Arrais et al., 2018). A ideia de aversão à maternidade ou cogitação de não ter a criança aumenta as chances de prevalência significativamente (Moraes et al., 2006).

A DPP ocorre principalmente nas primeiras quatro semanas pós-parto, variando de acordo com o paciente. Sintomas de obsessão e compulsão, além de pensamentos de causar injúrias ao bebê, podem ser comuns (Pedrosa et al., 2020). Pode causar menor interação entre mãe e bebê, incluindo o contato físico, dificuldades na amamentação e no reconhecimento do choro do bebê (Greinert et al., 2018).

Para Pedrosa et al. (2020), a DPP pode estar relacionada em se ter ou não um parceiro, pois no caso de mães solteiras ou situações de paternidade ausente, existe um aumento de risco de desenvolvimento de sentimentos negativos em relação a gravidez, o que dificulta na aceitação da gestação, e por consequência, um aumento dos níveis de estresse (Pedrosa et al., 2020).

Uma gestação inesperada ou violência psicológica são fatores de risco para seu desenvolvimento, principalmente se o parceiro ou os familiares forem os agressores e/ou projetores de estresse. A gestante pode desenvolver um quadro de estresse emocional constante que se associa com baixa estima, isolamento podendo ocasionar uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e drogas (Pedrosa et al., 2020).

Já o Baby Blues (BB) é uma condição transitória, caracterizada por sentimentos de tristeza, choro frequente, irritabilidade, ansiedade e variações de humor leves e moderadas. Pode ser considerada uma resposta emocional comum às mudanças hormonais e ajustes psicológicos após o parto (Diniz & Nascimento, 2021).



Possui uma frequência mais alta de casos, se comparada com a DPP (50% a 80% das mães), essa condição é vista como uma resposta fisiológica associada a alterações biológicas. Sua intensidade tem influência de fatores psicológicos, tais como, a baixa autoestima e altos níveis de estresse relacionados aos cuidados maternos, sendo estas condições fatores significativos no agravamento do baby blues (Campos & Féres-Carneiro, 2021).

Os altos índices de prevalência junto a dificuldade na identificação precoce dos sintomas iniciais e dos fatores de riscos que desencadeiam esses transtornos fazem com que o BB e a DPP sejam considerados problemas de saúde pública (Santos et al., 2023). Essa dificuldade está relacionada à falta de uma classificação formal dessas condições nos principais sistemas de diagnóstico, como a CID-11 e o DSM-5, o que pode dificultar sua detecção e manejo adequado (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Diante da dificuldade de identificação precoce, escalas como a de Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), Hopkins Symptom Check List (SCL-25) e Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), têm sido utilizadas. Elas se diferenciam pelo número de itens e categorias de sintomas avaliados (Schardosim & Heldt, 2011).

Apesar de bastante utilizadas em pesquisas e estratégias de busca ativa, não são muito utilizadas na prática clínica, muitas vezes devido à falta de familiaridade dos profissionais com sua aplicação, além do tempo e do tamanho da escala (Schardosim & Heldt, 2011).

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO PARA A DEPRESSÃO PÓS PARTO E BABY BLUES

A depressão pós-parto (DPP) e o baby blues (BB) são fenômenos de origem multifatorial, nos quais fatores reprodutivos, psicossociais, obstétricos e biológicos interagem de forma cumulativa para determinar risco e curso clínico. Revisões nacionais destacam que compreender essa interação é essencial para o desenho de estratégias preventivas e de vigilância clínica eficazes. (Santos et al., 2023).

Determinantes sociodemográficos têm papel relevante: gravidez na



adolescência e gravidez não planejada aumentam a vulnerabilidade materna, pois frequentemente coexistem com menor escolaridade, interrupção de trajetórias formativas e fragilidade de apoio familiar, condições que comprometem a continuidade do cuidado pré-natal e elevam o risco de sofrimento psíquico no puerpério (Santos et al., 2023).

A vulnerabilidade socioeconômica, expressa por baixa renda, moradia precária e falta de acesso a serviços, está consistentemente associada a maiores taxas de DPP em estudos epidemiológicos brasileiros, potencializando fatores estressores cotidianos e reduzindo recursos para suporte e recuperação. (Lobato et al., 2011; Caldeira et al., 2024).

Além disso, como destacam Cerqueira et al. (2024), a experiência de parto é um fator relevante para a saúde emocional no pós-parto. Partos traumáticos, cesáreas não programadas ou falta de respeito à autonomia da gestante aumentam os riscos de sintomas depressivos. Tais experiências, quando negativas, contribuem diretamente para o surgimento ou agravamento da DPP, especialmente em contextos com suporte precário (Cerqueira et al., 2024).

Alterações fisiológicas e estruturais no cérebro feminino durante a gestação e o puerpério também foram apontadas por Cerqueira et al. (2024) como fatores importantes. Essa neuroplasticidade, embora essencial para o comportamento de cuidado, pode gerar maior sensibilidade emocional e predispor à vulnerabilidade psíquica, especialmente diante de estressores sociais e ausência de rede de apoio (Cerqueira et al., 2024),

Outro dado refere-se à concentração dos óbitos maternos no puerpério imediato, até o décimo dia após o parto. Tal dado reforça a importância da atenção integral no pós-parto e a necessidade de monitoramento clínico e emocional. Ele ainda destaca que mulheres com histórico de depressão antes da gravidez estão entre os grupos com maior chance de desenvolver DPP, o que aponta para a importância do rastreio precoce desde o pré-natal (Cerqueira et al., 2024).

A insuficiência de rede de apoio também é fator psicossocial determinante: ausência de parceiro, paternidade ausente, conflitos conjugais e isolamento familiar elevam níveis de estresse e diminuem a capacidade de enfrentamento materno, sendo



esse contexto consistentemente identificado como fator de risco em estudos nacionais. (Pedrosa et al., 2020; Sampaio Neto & Alvares, 2013).

No puerpério imediato, fatores agudos associados ao baby blues, como, privação de sono grave, dor pós-parto intensa, dificuldades persistentes na amamentação e sensação de incompetência materna, são altamente prevalentes; quando se mantêm ou aparecem juntamente com outros fatores de risco, aumentam a probabilidade de transição para quadros depressivos maiores (Diniz & Nascimento, 2023; Pedrosa et al., 2020).

O uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras drogas), tanto durante a gestação quanto no puerpério, funciona como fator amplificador de risco: associa-se a maiores taxas de sintomatologia depressiva, prejuízo do cuidado materno e menor adesão às intervenções de saúde, o que exige inclusão de triagem e fluxos de encaminhamento nas rotinas de atenção materna (Caldeira et al., 2024).

As múltiplas causas envolvidas revelam a complexidade do sofrimento psíquico enfrentado por muitas mulheres no puerpério. Ignorar ou minimizar os sintomas iniciais da DPP e do BB pode acarretar consequências graves para a mãe, o bebê e o núcleo familiar, comprometendo o vínculo afetivo, o desenvolvimento infantil e a qualidade de vida da mulher (Cerqueira et al., 2024).

Discussões e entendimento neste sentido podem romper com a naturalização do sofrimento materno e promover estratégias de cuidado que reconheçam a mulher em sua integralidade. A valorização do acolhimento, do pré-natal psicológico, do cuidado humanizado e da escuta sensível são caminhos importantes para a construção de uma rede de apoio que possa não apenas prevenir, mas também tratar adequadamente os transtornos emocionais (Cerqueira et al., 2024).

DIFERENÇAS DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO E DE BABY BLUES

O diagnóstico de DDP e de BB costumam ser desafiadores, já que muitas mães tendem a desempenhar os cuidados com seus filhos sem evidenciar desconforto ou alterações mentais relacionadas a essa experiência. Nesse contexto, a triagem e o início de intervenções terapêuticas tornam-se indispensáveis para preservar o bem-estar



físico e psicológico da criança, considerando que a DPP não tratada pode comprometer o vínculo mãe-bebê, antecipar o desmame e elevar a probabilidade de negligência ou abuso infantil.

As dificuldades diagnósticas da depressão pós-parto também decorrem das divergências entre manuais classificatórios, como o CID 11 e o DSM-5, além de inconsistências nos estudos científicos (Brum, 2017). Isto se dá em função de que a DDP seria um quadro de depressão maior, mas com início específico no período pós-parto (Bomfim et al, 2022; Brandão et al, 2024; Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Assim, a depressão pós-parto (DPP) não é uma categoria diagnóstica isolada em nenhum dos principais manuais (CID11 ou DSM-5), ou seja, ela não é considerada uma “doença separada” da depressão, mas sim uma manifestação de episódio depressivo maior que ocorre em um contexto específico: o puerpério.(Bomfim et al, 2022; Brandão et al, 2024; Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), não distingue transtornos de humor ocorridos em pós-parto, dos demais que ocorrem em outros períodos, exceto como especificadores “com início no pós-parto”, utilizado no início dos sintomas no período de quatro semanas após o parto (Leão et al, 2022; APA, 2023).

O DSM-5 manual usa o termo “transtorno depressivo maior, com início no período periparto. Isso inclui tanto a depressão que aparece durante a gestação quanto a que surge até 4 semanas após o parto. Logo, é o mesmo quadro de depressão maior, mas com um marcador temporal que ajuda a entender a relação com a maternidade (Bomfim et al, 2022; Brandão et al, 2024; Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Já no CID-11 existe o especificador “associado predominantemente ao puerpério” para episódios depressivos. Isso permite reconhecer que a depressão no período pós-parto tem fatores de risco, manifestações e consequências particulares, mesmo sendo, tecnicamente, um episódio depressivo (Bomfim et al, 2022; Brandão et al, 2024; Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Assim, o DSM-5 e a CID-11 não definem explicitamente a DPP, classificando-a como um início periparto de transtorno depressivo maior (TDM), podendo ocorrer durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto, com descrições variadas nos



estudos

A Depressão pós-parto (DPP) é uma síndrome no qual o funcionamento emocional, comportamental, físico e cognitivo é atingido, interferindo na qualidade de vida da mulher. Por diversos autores, existem três formas de categorias da depressão pós-parto: 1) *Baby Blues*, consiste na forma mais branda da depressão; 2) depressão puerperal e 3) psicoses puerperais, caracterizada por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação suicida e/ou infanticídio (Leão et. al, 2022) .

Pesquisas recentes em saúde mental materna ampliaram a compreensão da depressão pós-parto (DPP), atualmente reconhecida como um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que se manifestam no período perinatal, ressaltando a importância da prevenção e da intervenção precoce (Schmidt, 2005).

A DPP costuma ter início entre a quarta e a oitava semana após o parto, podendo estender-se por mais de um ano, e é classificada pelo DSM-V como Transtorno Depressivo Maior com especificador pós-parto, desde que os sintomas surjam nas quatro primeiras semanas após o nascimento (Schmidt, 2005).

Os sintomas mais recorrentes incluem desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações no sono, diminuição do apetite e da libido, além de redução no funcionamento mental. Em casos mais graves, podem ocorrer ideias suicidas, temor de machucar o filho e a presença de pensamentos obsessivos ou supervalorizados, os quais impactam significativamente o bem-estar materno e a vinculação com o bebê (Moraes et al., 2006).

Além da depressão pós-parto, outros transtornos do humor podem acometer as mulheres no período puerperal, como a melancolia da maternidade conhecida como *baby blues* ou “tristeza pós-parto” e as psicoses puerperais. O *baby blues* caracteriza-se por um quadro transitório de labilidade emocional, geralmente entre o segundo e o quinto dia após o parto, com remissão espontânea e sem maiores repercussões clínicas (Schmidt et al., 2005).

Psicoses puerperais apresentam sintomas graves, incluindo rumações intensas e ideias delirantes a respeito do bebê, estando associadas a um risco significativamente elevado de autoagressão e infanticídio. Nestes casos, delírios de possessão ou



alucinações de comando envolvendo o recém-nascido são frequentes, exigindo tratamento intensivo e, muitas vezes, hospitalização (Schmidt, 2005).

Dentro da elaboração de um diagnóstico para a DPP é importante separar a condição clínica da melancolia pós-parto e da psicose pós-parto. Dentro da melancolia, condição mais comum, estimada em afetar cerca de 40 a 80% das mulheres, os sintomas são geralmente temporários e mais brandos, ocorrendo nos primeiros três a cinco dias pós-parto e com duração limitada (Cantilino et al., 2010).

Devido a frequência de ocorrências é considerado parte de reação normal, entre os sintomas é comum se destacar humor disfórico, choro fácil, irritabilidade e labilidade emocional, ansiedade e perturbação do sono (Cantilino et al., 2010).

A DPP quando diagnosticada psicose pós-parto ou psicose puerperal é uma condição mais rara, acometida por cerca de 0.1 a 0.5% de mulheres, ocorrendo geralmente nas duas primeiras semanas após o nascimento do bebê. O risco de suicídio é muito elevado, requerendo tratamento psiquiátrico e hospitalização (Cantilino et al., 2010).

A ausência de consenso quanto à conceituação da DPP dificulta sua identificação clínica, o encaminhamento adequado ao tratamento e a compreensão de seus impactos no desenvolvimento infantil, o que evidencia a necessidade de aprofundamento das discussões sobre o tema (Brum, 2017).

Nesse contexto, a análise das três últimas edições do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), revela avanços ainda tímidos na definição da DPP. No DSM-IV (1994), a condição era descrita apenas como um especificador dos transtornos depressivos, denominado “com início no pós-parto”, aplicável aos quadros de humor iniciados até quatro semanas após o parto (Brum, 2017, p.93–94).

Essa definição permaneceu inalterada na versão DSM-IV-TR (2000). Já no DSM-5, publicado em 2013 nos Estados Unidos e em 2014 no Brasil, houve uma mudança significativa: o especificador passou a ser “com início no periparto”, permitindo o diagnóstico tanto durante a gestação quanto nas quatro primeiras semanas após o nascimento (Brum, 2017, p.93–94).

A análise comparativa entre os manuais diagnósticos revela divergências



importantes na caracterização da depressão pós-parto (DPP). O DSM-V a define como um especificador de transtornos do humor, com início no periparto, abrangendo desde a gestação até quatro semanas após o parto (APA, 2013). Já o CID-11 a descreve como um diagnóstico independente, denominado depressão pós-natal, restrito às seis primeiras semanas após o parto (OMS, 1993) (Brum, 2017, p.92–93).

Essa falta de uniformidade entre os manuais dificulta a prática clínica e a pesquisa, revelando limitações quanto à confiabilidade diagnóstica. Críticos destacam que os critérios temporais estabelecidos não refletem a realidade clínica, visto que episódios de DPP frequentemente se iniciam fora dos períodos propostos (Brum, 2017, p.92–93).

O diagnóstico da DPP portanto torna-se difícil e não há um consenso para o diagnóstico, etiologia e tratamento. Segundo DSM-5 (APA, 2023), para ser caracterizado DPP é preciso que inicie sintomas nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Para CID-11 é considerado até seis meses pós-parto (Leão et al, 2022).

Tendo conhecimento da relevância de um diagnóstico precoce para DPP, cabe ao obstetra que acompanha a gravidez no pré-natal, obter informações para caracterizar a paciente, tendo possibilidade ou não de possível desenvolvimento de DPP (Almeida & Arrais, 2016).

Cabe a equipe de saúde suspeitar do quadro de DPP, seguindo sintomas que podem ser fatoriais para diagnóstico. Sejam em casos de *baby blues* ou casos de psicose puerperal, com a permanência dos sintomas (Leão et al., 2022).

A etiologia do *baby blues* ainda não está totalmente esclarecida, mas é amplamente reconhecida como multifatorial. Destacam três dimensões principais:

- (1) biológica, envolvendo alterações hormonais como redução de estradiol, estriol e progesterona e aumento da prolactina, dor pós-parto, cicatrização de intervenções, remodelação fisiológica e adaptação à amamentação;
- (2) psicológica, incluindo histórico de depressão ou transtornos de ansiedade, ocorrência de tensão pré-menstrual (TPM), receios sobre a maternidade e desafios decorrentes de mudanças na rotina; e
- (3) ambiental, abrangendo diversos fatores contextuais (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022, p. 3)

Nesse sentido, observam que as alterações manifestadas em mulheres com



transtorno disfórico pré-menstrual se assemelha ao quadro do *baby blues*, sugerindo possíveis inter-relações entre esses fenômenos (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Por não estar catalogado na Classificação Internacional de Doenças 11 (CID-11) nem descrito como diagnóstico nosológico no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5, 2013), o *baby blues* não é formalmente diagnosticado como doença (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Conforme Andrade et al. (2022), o *baby blues* não é caracterizado como doença tanto pela Classificação Internacional de Doenças (CID 11), bem como, pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), por ser considerado um transtorno de transição e de durabilidade baixa, geralmente os sintomas desaparecem dentro de duas semanas (Brasil, 2009).

No entanto, é fundamental que o profissional de saúde, ao atender a puérpera, avalie cuidadosamente o histórico psiquiátrico, bem como sinais e sintomas recentes, para monitorar o quadro e orientar intervenções adequadas (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

É de extrema importância diferenciar o *baby blues* da depressão pós-parto, de modo a evitar a evolução do quadro e seu impacto negativo sobre diversas áreas da vida da mulher.

Além disso, uma anamnese detalhada com a paciente e seus familiares é imprescindível para compreender a linha temporal dos acontecimentos. O DSM-V estima que entre 3% e 6% das mulheres apresentem algum episódio depressivo durante a gestação ou no período pós-parto.

Quando os critérios para Transtorno Depressivo Maior são preenchidos ou os sintomas persistem por mais de duas semanas, o quadro não deve ser considerado *baby blues*, mas sim depressão pós-parto (DPP) (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

O diagnóstico precoce e orientação correta, evita quadros que se iniciaram leves a evoluírem para casos mais graves. Para que se confirme o diagnóstico de DPP a equipe deve estar treinada para aplicação de testes, tal como a Escala de Depressão Puerperal



de Edimburgo – EDPE que serve como método para rastreio das mulheres com maior vulnerabilidade para desenvolvimento da DPP e permitem diagnósticos precisos (Leão et al, 2022).

Além de recomendações à família e esclarecimento sobre a frequência dos casos para a mãe, diminuindo seu sentimento de culpa (Leão et al., 2022). Independente do caso é extremamente importante acompanhamento psicológico, contribuindo para maior controle dos casos (Lobato et al, 2011).

Os sinais de alerta para o *baby blues*, na maioria dos casos, não são modificáveis, sendo essencial que mulheres com fatores de risco contem com uma rede de apoio para atravessar de forma mais branda este período de intensas mudanças. Em geral, os sintomas duram aproximadamente 10 dias e apresentam regressão espontânea. Estudos indicam que a primeira gestação representa o principal fator de risco, enquanto a multiparidade atua como fator protetor (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Mulheres com histórico de depressão ou predisposição ao quadro devem receber orientação adequada para reduzir a probabilidade de instalação da condição no pós-natal. Mães de bebês prematuros também necessitam de suporte emocional, fornecido por familiares e equipe multidisciplinar, preferencialmente antes da alta hospitalar (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

A realização de triagem eficaz favorece a condução adequada tanto por parte dos familiares quanto da própria mulher, contribuindo para a redução do risco de depressão pós-parto e de futuros transtornos, além de favorecer o desenvolvimento saudável da criança e o estabelecimento de vínculo materno precoce (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

O acolhimento de gestantes em grupos voltados para discutir o período puerperal deve ser incentivado, e as Unidades Básicas de Saúde têm papel fundamental em promover o contato entre futuras mães, favorecendo a troca de experiências e a efetividade da triagem (Andrade & Catelan-Mainardes, 2022).

Para facilitar a diferenciação entre as duas condições, foi elaborada a Tabela 1:

Tabela 1: quadro diferencial entre Depressão Pós-parto e *Baby Blues*



Aspecto	Baby Blues	Depressão Pós-Parto (DPP)
Prevalência	Muito comum (40–80% das mães)	10–20% das mães (estimado, com subdiagnóstico)
Início	3º ao 5º dia pós-parto	Primeiras 4 semanas (DSM-5) até 6 meses (CID-10)
Duração	Transitória (até 15 dias)	Persistente (> 2 semanas, podendo durar meses)
Sintomas principais	Humor disfórico, choro fácil, irritabilidade, ansiedade, labilidade emocional, distúrbios do sono	Desânimo, culpa, ideação suicida, medo de machucar o bebê, perda de apetite e libido, alterações cognitivas, obsessões
Gravidade	Leve e autolimitado	Moderada a grave, com prejuízos funcionais
Etiologia	Alterações hormonais e emocionais do puerpério	Multifatorial: hormonal, genético, psicológico, social, conjugal
Tratamento	Apoio emocional, compreensão e suporte familiar	Psicoterapia, apoio social, em alguns casos medicação
Prognóstico	Favorável, sintomas desaparecem espontaneamente	Bom com diagnóstico precoce e tratamento adequado

Fonte: Desenvolvida pelos autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar e diferenciar de forma consistente os sinais e sintomas característicos da Depressão Pós-Parto (DPP) e do Baby Blues, além de mapear os principais fatores de risco e particularidades diagnósticas de cada condição. Constatou-se que, embora ambos os quadros ocorram no período puerperal, diferem-se quanto à duração, gravidade e impacto funcional: o Baby Blues é um fenômeno autolimitado e transitório, enquanto a DPP configura um transtorno com repercussões clínicas e psicossociais mais amplas.

Entre os pontos fortes do estudo, destacam-se: a integração de evidências nacionais e internacionais; a distinção clara e fundamentada entre DPP e Baby Blues; a abordagem multidimensional dos fatores de risco. Como limitações, ressaltam-se a natureza de revisão de literatura narrativa e as restrições quanto ao período e às bases de dados consultadas, o que pode ter limitado o escopo dos achados.

A romantização da maternidade, somada aos estigmas que a cercam, contribui para o atraso no diagnóstico da DPP, favorecendo a evolução de sintomas leves para formas mais graves. Esse agravamento traz consequências importantes para a saúde da mãe, para o desenvolvimento do bebê e para a qualidade do vínculo entre ambos.

No campo das particularidades diagnósticas, destaca-se a importância de atenção às diferenças temporais definidas pelos manuais internacionais: o DSM-5, que



considera o início dos sintomas até quatro semanas após o parto, e a CID-10, que amplia esse período para até seis meses. Ressalta-se ainda o uso de instrumentos validados de triagem, como a Escala de Depressão Puerperal de Edimburgo (EDPE), fundamentais para identificar precocemente mulheres em maior risco.

Os achados reforçam a necessidade de estratégias de triagem precoce associadas à capacitação profissional, a fim de reduzir o subdiagnóstico e viabilizar intervenções oportunas. A prevenção e o tratamento mostraram-se mais efetivos quando ancorados em abordagens integradas, que incluem: pré-natal psicológico, psicoeducação, fortalecimento da rede de apoio, práticas humanizadas no parto e acompanhamento psicológico contínuo, aliado ao manejo adequado de casos graves.

Em síntese, o estudo contribui para ampliar a compreensão sobre a DPP e o Baby Blues, fornecendo subsídios valiosos para a prática clínica e para o desenho de políticas públicas que priorizem a saúde mental materna. Contudo, permanece a necessidade de novas pesquisas, sobretudo ensaios clínicos, estudos quantitativos e longitudinais, que possam avaliar de forma mais robusta a eficácia comparativa das intervenções e padronizar protocolos diagnósticos adaptados a diferentes contextos socioculturais.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, P. P. T. de, et al. Assistência de enfermagem diante do diagnóstico precoce da depressão pós-parto. *Rev Enferm Atual In Derme*, 98(1), 2024.

ALMEIDA, N. M. C., & ARRAIS, A. R. (2016). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 847–863, 2016.

ANDRADE, G. D.; CATELAN-MAINARDES, S. C. Baby Blues: sinais, alertas e fatores de proteção. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 9, art. 61900, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Text revision. DSM-IV-R.** Washington-DC: American Psychiatric Association, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.



ARRAES, A. da R. F. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência E Profissão**, 38(4), 711–729

BRANDÃO, M.P; MORAES, A.L.C de; FIGUEIREDO, A.L.F; FIGUEIREDO, M.A.P.A; CASTRO, R.S de. Depressão pós-parto - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fatores predisponentes, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.] , v. 2, pág. e68321, 2024.

BRASIL. Detecção do uso abusivo e campos diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. **SUPERA: Sistema de detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 3. São Paulo: SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; UNIFESP, 2009.**

BOMFIM, V. V.B. S., et al. Depressão pós-parto: prevenção e tratamentos. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.] , v. 11, n. 7, p. e0111728618, 2022.

BRUM, E. H. M. de. (2017). Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 92–100.

BRUM, E. **Psicoterapia Pais-Bebê no Contexto da Depressão Pós-Parto: Investigando o processo psicoterápico**. 2010. 290 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CAETANO, Ana B. de J. R.; MENDES, Isabel M. M. D.; REBELO, Zaida de A. S. Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 17, p. 149-159, 2018.

CALDEIRA, D. M. R., Monção, R. A., Cordeiro, P. E. G., Pinho, L., Silva, R. R. V., & Brito, M. F. S.F. (2024). Incidência e fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto: uma revisão de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 16, 2024.

CAMACHO, R. S., CANTINELLI, F. S., RIBEIRO, C. S., CANTILINO, A., GONSALES, B. K., BRAGUITTONI, É., & RENNÓ Jr., J.. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), 33(2), 92–102, 2006.

CAMPOS, P. A. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. **Psicologia USP**, 32, e200211, 2021.



CAMPOS, B. C. D., & RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico**, 46(4), 483, 2015.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; ALBUQUERQUE, T. L.; et al. Melancolia pós-parto: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais**, v. 16, n. 2, p. 123-135, 2010.

CERQUEIRA, E. C. S., SOUZA e SILVA, P. M., Possobon, M. S., & Cabral, A. B. B. Problemas psicológicos e sociais no puerpério e políticas públicas. **Revista Ciência Plural**, 10(3), e37077, 2024.

DINIZ, L. C., & NASCIMENTO, A. C. Depressão pós-parto, baby blues: uma questão de saúde pública. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 10(14) 181-189, 2023.

FIGUEIREDO, B., & CONDE, A. Depression and anxiety in women during pregnancy and postpartum: Contributions from the psychology of perinatal period. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, 2(1), 5–18, 2011.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini et al. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. **Saúde e pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2018.

IRURITA-BALLESTEROS, Carolina; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; ROCINHOLI, Luciene de Fátima; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 2, p. 451-475, 2019.

JIAMING, Wu; XIN, Guo; JIAJIA, Du; JUNJIE, Peng; XUE, Hu; YUNCHUAN, Li; YUANFANG, Wu. *Psychological experience of patients with postpartum depression: A qualitative meta-synthesis*. **PLoS One**, v. 19, n. 11, e0312996, 2024

LEÃO, M. B. L., OLIVEIRA, R. C. C., & SILVA, L. A. O diagnóstico da depressão pós-parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento. **Amazônica - Revista de Antropologia**, 14(28), 1–23, 2022.

LOBATO, G., MORAES, C. L., & REICHENHEIM, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 11(4), 369–379, 2011.

LOPES, R. C. S.; PROCHNOW, L. P.; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 295–304, 2010.

MARSURA, A. M.; SILVA, G. O.; CLAUDIO, L. R.; RIBEIRO, G. N.; ANDRADE, K. K.; CARDOSO, H. L.; et al. Tratamento da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 13, n. 1, p. e5504, 2025.

MORAES, I. G. S., et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista De Saúde Pública**, 40(1), 65–70, 2006.



PEDROSA, E. R., SILVA, M. D. da, & MIRANDA, R. da S. Baby blues na atenção primária: reflexos entre mãe e o recém-nascido. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 12(9), e4137, 2020.

SAMPAIO NETO, L. F. de, & ALVARES, L. B. (2013). O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, 15(1), 180–183, 2013.

SANTOS, M. C. dos, et al. Fatores associados ao baby blues e depressão puerperal: uma revisão integrativa. Em: KLAUSS, J.; ALMEIDA F. A. **Saúde mental: interfaces, desafios e cuidados em pesquisa**. Organizadores J. Guarujá-SP: Científica Digital, 2023.

SCHARDOSIM, Juliana Machado; HELDT, Elizeth. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 159–166, mar. 2011

SCHMIDT, E. B., PICCOLOTO, N. M., & MÜLLER, M. C. (2005). *Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil*. **Psico-USF**, 10(1), 61–68.

SOARES, M. L., & RODRIGUES, M. M. G. A percepção das puérperas acerca da depressão pós-parto. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 29(2), 113–125, 2018.