

**O IMPACTO DA INTERNAÇÃO NEONATAL NA MANIFESTAÇÃO DO BABY
BLUES EM PUÉRPERAS**

**THE IMPACT OF NEONATAL HOSPITALIZATION ON THE OCCURRENCE
OF BABY BLUES IN POSTPARTUM WOMEN**

**Julia Carvalho Mendes¹, Marcelo Limborço Filho ², Patricia Sales da Costa³ Érika
Caroline Cunha da Cruz⁴, Eliel dos Santos Fernandes⁵, Fernanda Marins Ribeiro⁶**

¹Faculdade Unis São Lourenço, São Lourenço, Minas Gerais,
julia.mendes2@alunos.unis.edu.br; ORCID 0009-0008-0515-8284

² Faculdade Unis São Lourenço, Cidade, Minas Gerais,
marcelo.filho@professor.unis.edu.br ORCID 0000-0001-5171-8010

³São Lourenço, Minas Gerais, patriciasalesdacosta@gmail.com
ORCID 0009-0002-8821-3387

⁴São Lourenço, Minas Gerais, coenfhs@gmail.com;
ORCID 0009-0007-0098-8847

⁵São Lourenço, Minas Gerais, erikacaroline1991@gmail.com
ORCID 0009-0003-4703-0266

⁶Faculdade Unis São Lourenço, São Lourenço, Minas Gerais,
fernanda.marins@professor.unis.edu.br, ORCID 0000-0003-2735-5701

RESUMO

Este projeto propôs uma investigação sobre a condição denominada *baby blues* ou síndrome da tristeza puerperal em mulheres com infantes hospitalizados. A síndrome caracteriza-se por alterações no humor, sentimentos de tristeza transitória e sensibilidade emocional no puerpério. O estudo teve caráter observacional comparativo e transcorreu de abril de 2025 a novembro de 2025. A amostra foi composta por 7 mulheres com recém-nascidos internados e 10 com recém-nascidos saudáveis. O primeiro grupo foram mulheres que estavam na “Casa de Apoio a Gestante em Situação de Risco e Puérpera” de um hospital do sul de Minas Gerais e o segundo grupo foi entrevistado em uma maternidade de um hospital no Sul de Minas Gerais. A metodologia utilizada foi a análise socioeconômica das participantes, a Escala de Maternity Blues de Stein (SMBS). Ao analisar estatisticamente, utilizou-se o teste *t* de Welch, comparando as médias dos dois grupos. Observou-se através da análise o SMBS que mães com neonatos internados na UTIN apresentaram médias mais elevadas de sintomas de *baby blues* ($8 \pm 1,7$) em comparação com mães de bebês saudáveis (2,1

$\pm 1,01$), dados da média \pm erro padrão da média, teste *t* de *Welch*, $p=0,0127^*$. Esse achado sugere uma tendência de maior sofrimento emocional entre mães com filhos hospitalizados. Adicionalmente, foi realizada a escala de depressão sem resultados estatisticamente significativos. A ausência de significância indica o caráter transitório do sofrimento nesse período. Ainda assim, os dados reforçam a importância de atenção psicológica no contexto da internação neonatal, especialmente no período puerperal.

Palavras-chave: Puerpério; *Baby blues*; Depressão pós-parto; Internação neonatal; Saúde mental materna.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são momentos de extrema transformação biológica, psicoemocional e social para a mulher. Apesar do início da maternidade ser socialmente percebido como positivo, pode impactar seu bem-estar, visto que torna-se psicologicamente mais vulnerável a transtornos mentais (Henshaw, Foreman e Cox, 2004). Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma em cada cinco mulheres enfrenta mudanças em sua saúde mental durante a gravidez ou no ano seguinte (OMS, 2022). O fenômeno denominado “*baby blues*”, “*postpartum blues*” ou “*maternity blues*”, também chamado de tristeza pós-parto e disforia puerperal no Brasil, é caracterizado por alterações no humor e tristeza transitória no puerpério.

Além das transformações inerentes ao puerpério, o estado de saúde do recém-nascido configura-se como um fator relevante para o bem-estar psicológico materno (Hendy *et al.*, 2024; Padovani *et al.*, 2004). Quando o bebê apresenta condições clínicas que demandam cuidados intensivos, hospitalização prolongada ou risco de complicações, observa-se um aumento significativo nos níveis de ansiedade e estresse. Essa sobrecarga emocional, associada à preocupação constante com a sobrevivência e a recuperação do filho, pode potencializar a vulnerabilidade psicológica no pós-parto. Todavia, não há estudos que relacionem especificamente o estado grave de saúde do recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva à manifestação da disforia puerperal.

A internação neonatal, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), rompe a expectativa social e afetiva da maternidade idealizada, frequentemente marcada pela presença constante da mãe. Nessa circunstância, a mulher pode experimentar sentimentos de impotência, medo e frustração, uma vez que o cuidado do recém-nascido passa a ser mediado por profissionais e tecnologia, afastando-a de seu papel materno ativo (Montanhaur *et al.*, 2019). Essa experiência

pode desencadear conflitos internos relativos à autoeficácia materna, à capacidade de proteção e ao vínculo emocional, o que intensifica a vulnerabilidade psicológica já presente no puerpério (OMS, 2007).

Embora o *baby blues* seja considerado um fenômeno fisiológico e transitório, manifestando-se de forma predominante entre o 3º e o 10º dia após o parto, sua intensidade pode variar de acordo com fatores contextuais e emocionais da mulher. Estudos demonstram que situações estressoras, como a hospitalização do recém-nascido, condições socioeconômicas desfavoráveis, ausência de rede de apoio e histórico prévio de transtornos mentais, tendem a exacerbar os sintomas, podendo aumentar o risco de evolução para depressão pós-parto quando não há suporte adequado (Rezaie-Keikhaie *et al.*, 2020; Tosto *et al.*, 2023; Hendy *et al.*, 2024;).

Nesse sentido, compreender a relação entre a internação neonatal e a manifestação de baby blues torna-se fundamental para a prática clínica e para o planejamento de ações preventivas. A identificação precoce de sintomas emocionais permite que intervenções psicossociais sejam implementadas de forma oportuna, contribuindo para o fortalecimento da saúde mental materna e para o estabelecimento de um vínculo afetivo saudável com o recém-nascido, mesmo em contextos de adversidade.

O projeto foi de caráter descritivo comparativo, investigando sobre a condição denominada *baby blues* em puérperas com recém-nascidos saudáveis e puérperas com recém-nascidos que apresentam estado de saúde agravado, principalmente, em detrimento ao nascimento prematuro. O primeiro grupo foi atendido pelo O primeiro grupo foi entrevistado na “Casa de Apoio a Gestante em Situação de Risco e Puérpera (CAGEP)” de um Hospital do sul de Minas Gerais e o segundo grupo foi entrevistado em uma maternidade de um hospital no Sul de Minas Gerais. A “Casa de Apoio da Gestante de Risco e Puérpera (CAGEP)” é uma instituição pública que opera como residência provisória às gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade, responsável pela atenção à gestação de alto risco ou acolhimento de mães com bebês internados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

O objetivo principal da pesquisa é investigar a presença e a intensidade dos sintomas de baby blues em puérperas com recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), comparando-as com puérperas de recém-nascidos saudáveis da maternidade, a fim de analisar se a hospitalização neonatal se relaciona ao aumento da vulnerabilidade emocional no período puerperal, através da análise por

questionários validados de *baby blues* e depressão pós-parto. A literatura é escassa em estudos direcionados para mulheres com neonatos hospitalizados sendo que, a compreensão desses processos e do panorama real, são medidas essenciais para desenvolver intervenções eficazes e estratégias preventivas que possam minimizar o impacto dessa síndrome na saúde mental de puérperas.

2 BABY BLUES

O *baby blues* ocorre na primeira semana até 10 dias após o parto (O'Hara, *et al.* 2020), não é considerado uma doença pela Classificação Internacional das Doenças, 11ª edição (CID-11). São alterações no humor que tem seu pico entre o 3º e 5º dia do puerpério e gradualmente desaparecem (Henshaw, Foreman e Cox, 2004). Os sintomas apresentam ampla variabilidade segundo a literatura científica, sendo os mais descritos o choro, a insônia, a ansiedade, a perda de apetite, a irritabilidade, as preocupações com a maternidade e as mudanças abruptas no humor (O' Hara *et al.*, 1991). A prevalência global é estimada em 39% (Rezaie-Kekhaie *et al.*, 2020) enquanto no Brasil varia de 50% a 70% (Brasil, 2010). Apesar dos elevados índices, muitas mulheres desconhecem a condição, o que pode gerar sentimentos de desamparo, culpa e incompreensão.

Assim como ocorre com outras doenças mentais perinatais, não há consenso científico acerca da etiologia da síndrome. A teoria mais aceita sugere que, logo após o parto, ocorre uma queda acentuada nos níveis de hormônios esteróides, como estrógeno, cortisol, progesterona e alopregnanolona, responsáveis por estabilizar o humor durante a gestação (Galea e Frokjaer, 2019). Esses hormônios também modulam neurotransmissores envolvidos na regulação do humor, especialmente a alopregnanolona, que apresenta ações antidepressivas e ansiolíticas. Durante a gestação, a alopregnanolona estimula a liberação de neurotransmissores associados à sensação de bem-estar, como serotonina e opióides, além de inibir o fator liberador de corticotropina (CRF), relacionado à resposta ao estresse (Brunton e Russell, 2008). Dessa forma, a diminuição desses hormônios após o nascimento coincide com o surgimento dos sintomas do *baby blues*.

2.1 Fatores de Risco do *Baby Blues*

Os sintomas da síndrome possuem maior probabilidade de serem intensificados diante de determinados fatores de risco, dentre os quais se destacam: A presença de histórico prévio de transtornos mentais (Faisal-Cury *et al.*, 2008); o nível de envolvimento da rede de apoio (Mikuš, 2020) e as condições socioeconômicas desfavoráveis. Mediante essas circunstâncias, os sintomas do *baby blues* podem ser acentuados e literatura aponta esses aspectos como importante fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e, principalmente, do transtorno de depressão pós-parto (Henshaw, Foreman e Cox, 2004; APS, 2022; Zanardo, 2019). Todavia, não há estudos que relacionem o estado grave de saúde do recém-nascido internado no ambiente hospitalar a manifestação da disforia puerperal.

2.2 Diferença entre *Baby Blues* e Depressão Pós-Parto

O *baby blues* e a depressão pós-parto (DPP) são manifestações emocionais que podem ocorrer no período puerperal, porém representam condições distintas em termos de intensidade dos sintomas, duração, etiologia e repercussões na vida materna e no desenvolvimento infantil. O *baby blues*, também denominado disforia puerperal, é considerado uma resposta fisiológica e transitória às alterações hormonais abruptas que ocorrem após o parto, além das demandas físicas, emocionais e sociais associadas à adaptação à maternidade. Manifesta-se, principalmente, na primeira semana até 10 dias do pós-parto, caracterizando-se por labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade, hipersensibilidade afetiva, ansiedade leve, cansaço e sensação de sobrecarga. Apesar de gerar incômodo e instabilidade emocional, essa condição não compromete de forma relevante o vínculo materno-infantil e apresenta resolução espontânea em até duas semanas, sem necessidade de intervenção farmacológica (Kennerley e Gath, 1989).

Em contraste, a depressão pós-parto (DPP) constitui um transtorno depressivo que ultrapassa o período de adaptação puerperal e pode surgir em qualquer momento até o primeiro ano após o parto. Seus sintomas são persistentes e clinicamente significativos, incluindo humor deprimido, apatia ou anedonia, sentimentos de culpa e incapacidade, pensamentos intrusivos negativos, alterações acentuadas de sono e apetite, dificuldade de concentração e, em casos graves, ideação suicida. Diferentemente do *baby blues*, a DPP interfere substancialmente na funcionalidade materna, podendo comprometer o vínculo afetivo com o recém-nascido, a capacidade de cuidado, a dinâmica familiar e o desenvolvimento cognitivo, afetivo e neurobiológico infantil.

Quando não identificada precocemente, pode evoluir para quadros crônicos e incapacitantes (Galea e Frokjaer, 2019; OMS, 2023; Henshaw, Foreman e Cox, 2004).

Enquanto o *baby blues* é entendido como um fenômeno adaptativo e autolimitado, a depressão pós-parto configura uma condição patológica que exige avaliação clínica e acompanhamento profissional. A distinção entre essas duas manifestações é essencial para evitar tanto a medicalização desnecessária do sofrimento emocional transitório quanto a subnotificação de quadros depressivos, que demandam intervenção especializada.

2.3 Instrumentos Específicos para Avaliação do Estado Emocional no Pós-Parto

A identificação e a diferenciação entre o *baby blues* e a depressão pós-parto requerem a utilização de instrumentos psicométricos validados, capazes de mensurar aspectos emocionais e cognitivos característicos desse período. No presente estudo, optou-se pela aplicação de dois instrumentos complementares, escolhidos por sua especificidade, sensibilidade e ampla utilização em pesquisas e serviços de saúde materna.

A Stein Maternity Blues Scale (SMBS) é um instrumento específico para avaliar a flutuação emocional típica dos primeiros dias após o parto, sendo reconhecida como apropriada para rastrear o *baby blues*, condição de caráter transitório. A escala considera indicadores como irritabilidade, labilidade emocional, melancolia, choro fácil e sensação de sobrecarga afetiva, elementos que tendem a surgir em decorrência das intensas variações hormonais e da adaptação à maternidade (Stein et al., 1980). Dessa forma, a SMBS permite quantificar o grau de intensidade desses sintomas, auxiliando na identificação de puérperas com maior vulnerabilidade emocional no período imediato.

Já a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) é um instrumento internacionalmente reconhecido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para o rastreio de sintomas depressivos persistentes no puerpério. A EPDS não se limita a estados emocionais transitórios, mas busca identificar alterações afetivas duradouras que impactem o funcionamento materno e o vínculo com o recém-nascido, como humor deprimido, sentimentos de culpa, anedonia e ideação suicida (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Seu uso neste estudo teve o propósito de diferenciar a depressão pós-parto de

manifestações emocionais esperadas e transitórias, evitando que quadros clinicamente significativos sejam confundidos com *baby blues*.

Assim, a combinação entre SMBS e EPDS permite uma avaliação criteriosa e complementar do estado emocional materno: enquanto a SMBS identifica a intensidade das flutuações emocionais típicas do período imediato, a EPDS distingue sintomas que podem indicar um quadro depressivo, garantindo maior suporte ao encaminhamento à tomada de decisões clínicas. A utilização conjunta desses instrumentos reforça o rigor metodológico da pesquisa e contribui para a compreensão qualificada das experiências emocionais vivenciadas pelas puérperas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico e comparativo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com puérperas no período pós-parto imediato, com o objetivo de comparar a manifestação de sintomas de *baby blues* entre dois contextos de experiência materna.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em duas instituições públicas de assistência materno-infantil situadas em uma cidade no Sul de Minas Gerais.

O Grupo 1 foi composto por puérperas hospedadas em uma unidade de acolhimento institucional destinada a gestantes e puérperas em situação de risco social e/ou clínico, a qual oferece suporte a mães de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O Grupo 2 foi constituído por puérperas atendidas em uma maternidade da mesma rede municipal de atenção à saúde da mulher, que permaneceram em alojamento conjunto com seus recém-nascidos saudáveis após o parto.

As duas instituições compartilham protocolos assistenciais semelhantes, variando principalmente quanto ao contexto clínico do recém-nascido, o que permite comparabilidade entre grupos.

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as participantes foram informadas sobre o caráter voluntário da pesquisa, garantia de anonimato e liberdade para interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento. O trabalho foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 87863325.6.0000.5111 , Parecer nº 7.518.411 .

3.3 Participantes

Foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: Puérperas com idade ≥ 18 anos, ter entre 3 e 10 dias pós-parto, pertencer a um dos dois grupos definidos: Grupo 1: Mães com recém-nascidos internados em UTIN ou Grupo 2: Mães com recém-nascidos saudáveis em alojamento conjunto, compreender os objetivos do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo teve o seguintes critérios de exclusão: Diagnóstico prévio registrado de transtornos psiquiátricos graves, recém-nascido com evolução para óbito durante o período de coleta, dificuldade cognitiva ou comunicação prejudicada que impossibilitasse responder aos instrumentos.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Elaborado pelos pesquisadores, contendo: Idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, acesso à benefício social (bolsa família), se possui carteira assinada, acesso à água e esgoto encanado, histórico de saúde mental e o impacto da separação entre mãe-bebê no bem-estar materno.

Stein Maternity Blues Scale

Desenvolvida por Stein *et al.* (1980), a escala tem como principal objetivo mensurar alterações emocionais típicas que ocorrem nos primeiros dias após o parto. A Stein Scale tem sido empregada para investigar a prevalência do *baby blues* em diferentes populações (Faisal-Cury *et al.*, 2008; Mikuš, 2020), pode ser respondida com auxílio de um pesquisador ou de maneira independente. A escala consiste em 13 sintomas: depressão, choro, ansiedade, calma, inquietação, exaustão, sonho, apetite, dor de cabeça, irritabilidade, falta de concentração, esquecimento e confusão. As

pontuações podem variar de 0 a 26: Uma pontuação de 8 ou mais indica a presença da síndrome. Portanto, aplicando ao presente projeto, este instrumento mapeará a existência do *baby blues* nas puérperas da CAGEP e nas integrantes do grupo controle.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

É um questionário de 10 itens validado no Brasil, usado para triagem de sintomas de depressão perinatal, tanto na gravidez quanto após o parto. Não é um diagnóstico final, mas um instrumento de rastreamento que, com pontuações acima de 10, indica a necessidade de avaliação profissional para possível diagnóstico e tratamento.

3.5 Procedimento de Coleta

A coleta ocorreu entre o 3º e o 10º dia pós-parto.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente reservado, pela pesquisadora treinada, com duração média de 20 a 30 minutos.

As respostas foram registradas em formulário padronizado e conferidas ao final da coleta para evitar perdas de dados.

3.6 Análise dos Dados

Os dados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial.

Variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. Variáveis numéricas foram avaliadas por média e desvio-padrão.

A comparação entre grupos foi realizada utilizando o teste *t* de Student para amostras independentes ou o teste de *Welch's t test*, conforme distribuição dos dados avaliada de normalidade pelo teste de Anderson-Darling test. Adotou-se significância estatística $p < 0,05$.

A análise estatística pode ser conduzida nos software Graphic Pad Prism 8.02.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A partir do Questionário sociodemográfico e clínico, foi possível traçar o perfil dos grupos. O Grupo 1 foi composto por puérperas com neonatos hospitalizados devido à prematuridade na UTI Neonatal. Observou-se predominância de mulheres casadas (66,6%), com idade média de 28 anos. A maioria (83,3%) apresentavam renda familiar entre um e dois salários mínimos, e 50% recebiam o Auxílio Brasil. Em relação à escolaridade, 66,6% haviam concluído o ensino médio, e proporção idêntica não possuía vínculo empregatício (66,6%). Todas as participantes relataram acesso à água encanada, sendo que apenas uma não dispunha de acesso à esgoto encanado por residir em zona rural. Apesar das restrições econômicas, 66,6% afirmaram que a renda familiar era suficiente para suprir as despesas mensais.

No que se refere à saúde mental, 50% das puérperas relataram histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico e diagnóstico prévio de transtorno mental, o que pode indicar predisposição à alterações emocionais no período puerperal. Além disso, 83,3% afirmaram que a separação física do bebê tem afetado seu bem-estar, enquanto 50% relataram medo constante em relação ao futuro diante do estado de saúde do filho, e 66,6% apontaram essa preocupação como uma de suas mais recorrentes. Esses achados sugerem que a internação neonatal e as condições socioeconômicas desfavoráveis podem atuar como fatores de estresse, intensificando o sofrimento emocional materno e elevando o risco de manifestações de *baby blues* ou outros transtornos psíquicos no puerpério.

O Grupo 2, por sua vez, foi composto por puérperas com recém-nascidos saudáveis, acompanhadas na maternidade do Hospital São Lourenço. Observou-se predominância de mulheres casadas (70%), com idade média de 28 anos. A maioria (80%) possuía renda familiar entre um e dois salários mínimos, e 40% recebiam o benefício do Auxílio Brasil. Em relação à escolaridade, 70% haviam concluído o ensino médio, 10% cursava o ensino superior e 10% possuía ensino fundamental incompleto, 50% encontravam-se sem vínculo empregatício no momento da pesquisa. Todas as participantes relataram acesso à água e esgoto encanados, bem como condições básicas adequadas de moradia. Além disso, 90% afirmaram que a renda familiar era suficiente para cobrir as despesas mensais.

Em relação à saúde mental, apenas 30% relataram histórico de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, e nenhuma participante informou diagnóstico prévio de transtorno mental.

Pelas características descritas acima a amostra passou no teste de normalidade sendo considerada homogênea.

A literatura destaca que antecedentes de transtornos mentais constituem um dos principais fatores de vulnerabilidade para alterações afetivas no pós-parto, especialmente em contextos de maior demanda emocional (O'Hara, 2020). Além disso, a separação física entre mãe e bebê, reportada como impactante para o bem-estar das puérperas, representa uma ruptura na experiência esperada de cuidado, contato e construção do vínculo inicial. A internação neonatal frequentemente promove sentimentos de impotência, medo e incerteza, reforçando que a hospitalização do recém-nascido atua como estressor emocional significativo, sobretudo em condições socioeconômicas limitadas, nas quais o acesso ao suporte psicossocial e material pode ser reduzido.

A aplicação da Escala de Maternity Blues de Stein (SMBS) possibilitou identificar e comparar a presença de sintomas de *baby blues* entre dois grupos de puérperas: aquelas com recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ($n = 7$) e aquelas com recém-nascidos saudáveis ($n = 10$).

Os resultados descritivos demonstraram que o grupo de puérperas com bebês hospitalizados apresentou médias mais elevadas de sintomas *baby blues* ($8 \pm 1,7$) em comparação ao grupo de puérperas da maternidade ($2,1 \pm 1,01$), dados da média \pm erro padrão da média. Essa diferença numérica indica uma tendência de maior vulnerabilidade emocional entre as mulheres que vivenciam a hospitalização de seus recém-nascidos.

No entanto, o teste t de Welch revelou que essa diferença não foi estatisticamente significativa $p=0,0127^*$, conforme pode ser visto na Figura 1 . Apesar disso, o resultado sugere uma tendência de associação entre a condição clínica do recém-nascido e a manifestação de sintomas afetivos no puerpério, a qual pode tornar-se significativa em estudos com maior número de participantes.

Os valores médios observados sugerem que, enquanto o grupo de puérperas da maternidade apresentou pontuações compatíveis com ausência ou baixa intensidade de sintomas de *baby blues* (≈ 2 pontos), o grupo de puérperas com recém-nascidos hospitalizados apresentou média aproximada de 8 pontos, indicando a presença de *baby blues* em intensidade moderada, próximo ao limiar de risco para evolução grave. Tal

achado reforça a vulnerabilidade emocional ampliada associada à experiência de hospitalização neonatal e à separação mãe-bebê.

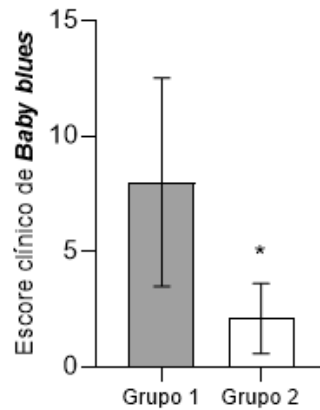


Figura 1: Análise o SMBS que mães com neonatos internados na UTIN apresentaram médias mais elevadas de sintomas de *baby blues* ($8 \pm 1,7$) em comparação com mães de bebês saudáveis ($2,1 \pm 1,01$), dados da média \pm erro padrão da média, teste *t* de *Welch*, $p=0,0127^*$.

No que se refere à sintomatologia depressiva, avaliada pela Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($11 \pm 4,25$ vs. $6,2 \pm 4,1$, dados da média \pm erro padrão da média, teste *t* de *Welch*, $p=0,1034$, Grupo 1 vs. Grupo 2). As puérperas com recém-nascidos internados apresentaram escores médios semelhantes aos das puérperas de recém-nascidos saudáveis, permanecendo ambas as médias abaixo do ponto de corte clínico recomendado para rastreamento de depressão pós-parto. Esse achado indica que, no momento da avaliação, não houve evidência de quadro depressivo clinicamente relevante entre as participantes.

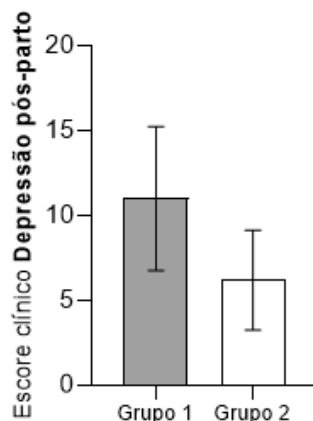


Figura 2: Quanto a sintomatologia depressiva, avaliada pela Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($11 \pm 4,25$ vs. $6,2 \pm 4,1$, dados da média \pm erro padrão da média, teste de *Welch's t test*, $p=0,1034$, Grupo 1 vs. Grupo 2).

Esses achados corroboram pesquisas anteriores que descrevem o impacto psicológico da internação neonatal sobre as mães, destacando o papel do ambiente hospitalar, da separação física e da incerteza quanto à saúde do bebê como fatores que elevam os níveis de ansiedade, tristeza e estresse no período puerperal (Hendy, 2024; Padovani 2004). A presença de sintomas de *baby blues* nessas condições pode refletir uma resposta emocional adaptativa ao contexto de risco e à ruptura da experiência materna idealizada.

O padrão de resultados reforça a necessidade de atenção psicológica contínua às puérperas com filhos hospitalizados, tendo em vista que o *baby blues*, quando não identificado e acompanhado, pode evoluir para quadros depressivos mais graves (Henshaw, Foreman e Cox, 2004; APS, 2022; Zanardo, 2019).

Os resultados deste estudo evidenciaram uma diferença significativa nos escores de *baby blues* entre os grupos analisados, indicando que as puérperas com recém-nascidos hospitalizados apresentaram maior vulnerabilidade emocional no puerpério imediato. Esse achado é coerente com a literatura que aponta que a internação neonatal configura-se como um evento estressor, marcado por incertezas, medo pela saúde do bebê, ruptura do contato contínuo e aumento da sobrecarga emocional e física materna. Tais circunstâncias favorecem a emergência de sintomas afetivos transitórios, como labilidade emocional, choro frequente e irritabilidade, características típicas do *baby blues* (O'Hara, 2020; Tolsto, 2024; Zanardo, 2019).

Por outro lado, não houve diferença significativa nos escores de depressão pós-parto, avaliados pela Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), em ambos os grupos, com as médias permanecendo abaixo do ponto de corte clínico para suspeita de episódio depressivo. Esse resultado sugere que, no período em que os dados foram coletados (puerpério recente), as manifestações emocionais observadas ainda se encontram no campo reativo e adaptativo, sem configurar um quadro depressivo estrutural.

Esse aspecto é particularmente relevante, pois a depressão pós-parto é um processo que se desenvolve de maneira progressiva, frequentemente ao longo de semanas ou meses após o nascimento, enquanto o *baby blues* é um fenômeno mais

imediate e fisiológico, decorrente do brusco reajuste hormonal e emocional. Dessa forma, a ausência de diferença nos escores de depressão funciona como um importante “controle negativo” da amostra, indicando que o sofrimento emocional detectado não representa um distúrbio clínico consolidado, mas sim um estado transitório contextualizado à experiência vivida.

A identificação de maior incidência de *baby blues* no grupo com bebês hospitalizados sem concomitante presença de depressão pós-parto reforça a importância de ações preventivas. Embora o *baby blues* seja autolimitado, ele constitui um fator de risco reconhecido para o desenvolvimento de depressão pós-parto, sobretudo quando associado a eventos adversos, ausência de suporte social ou manutenção prolongada do estresse. Assim, a detecção precoce permite intervenções oportunas, tais como acolhimento psicológico, fortalecimento de rede de apoio, educação em saúde emocional e acompanhamento continuado ao longo das semanas posteriores ao parto.

Nesse sentido, os achados do presente estudo contribuem para o entendimento de que a hospitalização neonatal não necessariamente desencadeia depressão imediatamente, mas aumenta a sensibilidade emocional da puérpera, tornando-a mais vulnerável a um possível agravamento de sintomas se não houver suporte adequado. Investir na escuta qualificada e na assistência psicossocial nesse período pode ser determinante para prevenir complicações emocionais a médio prazo e favorecer tanto o bem-estar materno quanto o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que puérperas com recém-nascidos internados em unidade neonatal apresentam maior vulnerabilidade emocional no período puerperal imediato, refletida em escores mais elevados de *baby blues* quando comparadas às puérperas de bebês saudáveis. Tal diferença parece estar relacionada à combinação entre a separação física mãe-bebê, a incerteza quanto ao prognóstico neonatal e os desafios socioemocionais que permeiam o contexto da hospitalização. Apesar disso, não foram identificados indícios de depressão pós-parto no momento da avaliação, o que reforça o entendimento de que o sofrimento observado possui caráter predominantemente transitório e adaptativo, como esperado nos primeiros dias após o parto.

Entretanto, a presença de fatores de vulnerabilidade, como histórico de transtornos mentais e vivências de estresse significativo, sinaliza a necessidade de atenção contínua à saúde mental materna, considerando que o *baby blues* pode atuar como um precursor para transtornos emocionais mais duradouros quando não há suporte adequado. Assim, a implementação de estratégias de acolhimento psicológico, fortalecimento de rede de apoio e acompanhamento pós-parto torna-se essencial, especialmente para mães que vivenciam a internação neonatal de seus filhos.

Dessa forma, o presente estudo contribui para a ampliação da compreensão sobre o impacto emocional da hospitalização do recém-nascido no puerpério e destaca a importância de ações preventivas e interdisciplinares de cuidado, que promovam não apenas a recuperação física, mas o bem-estar emocional e o vínculo afetivo entre mãe e bebê, favorecendo um desfecho mais saudável para ambos.

ABSTRACT

This project proposed an investigation about the condition known as baby blues (BB) or “síndrome da tristeza puerperal” in women with hospitalized infants. The syndrome is characterized by mood changes, feelings of transient sadness, and emotional sensitivity during the puerperium. The study had a comparative observational approach and took place from April 2025 to November 2025. The sample consisted of 6 women with hospitalized newborns and 10 with healthy newborns. The first group consisted of women who were staying at the “Support House for Pregnant Women at Risk and Puerperal Women” of a hospital in southern Minas Gerais, and the second group was interviewed at the maternity ward of a hospital in southern Minas Gerais. The methodology used included the socioeconomic analysis of the participants and the Stein Maternity Blues Scale (SMBS). For statistical analysis, Welch’s t-test was used to compare the two groups. Through the SMBS analysis, it was observed that mothers with neonates admitted to the NICU presented higher mean scores of baby blues symptoms (8 ± 1.7) compared to mothers of healthy babies (2.1 ± 1.01), data expressed as mean \pm standard error of the mean, Welch’s t-test, $p = 0.0127^$. This finding suggests a trend of greater emotional distress among mothers with hospitalized infants. Additionally, a depression scale was applied, with no statistically significant results. The lack of significance indicates the transient nature of the distress during this period. Nevertheless, the data reinforce the importance of psychological care in the context of neonatal hospitalization, especially during the puerperal period.*

Keywords: *Postpartum, baby blues, postpartum depression, neonatal hospitalization, maternal mental health.*

Agradecimentos

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) por apoiar financeiramente este estudo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V-TR**. American Psychiatry Society, 5. ed, revisão do texto. Washington DC, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA**. 2010. MANUAL TÉCNICO. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRUNTON, Paula; RUSSELL, John. **The Expectant Brain: Adapting for Motherhood**. Nature Review Neuroscience, no. 1, p. 20-30, jan. 2008. Disponível em: [The expectant brain: adapting for motherhood - PubMed \(nih.gov\)](#) .Acesso em: 2 out. 2024.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. **Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale**. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 150, p. 782–786, 1987.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi; TEDESCO, José Julio; KAHALLE, Soubhi; ZUGAIB, Marcelo. **Maternity “Blues”: Prevalence and Risk Factors**. *The Spanish Journal of Psychology*, v. 11, n. 2, p. 593–599, nov. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 20 out. 2024.

GALEA, Lisa; FROKJAER, Vibe. **Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes**. *Neuron*, v. 102, n. 1, p. 13–16, abr. 2019. Disponível em: [Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes - PubMed \(nih.gov\)](#) Acesso em: 10. nov. 2024.

HENDY, Abdelaziz; EL-SAYED, Salma; BAKRY, Salma; MOHAMMED, Shimma; MOHAMED, Hossam; ABDELMOUTTELB, Abdelkawy; HASSANI, Rym; ABOUELELA, Madeha; SAYED, [Salwa.Te](#) **Stress Level of Premature Infants’Parents and related factors in NICU**. *Sage Open Nursing*. v. 10, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23779608241231172>

HENSHAW, Carol; FOREMAN, David Martin; COX, James. **Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression**. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*,

v. 25, n. 3-4, p. 267–272, jan. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 7 out. 2024.

KENNERLEY, Helen; GATH, Dennis. **Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire**. Cambridge University Press, v. 155, p. 356–362, 1 set. 1989. Disponível em: [Maternity Blues | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core](#) Acesso em: 13 nov. 2024.

MIKUS, Mislav; SKEGRO, Bernarda; KARADJOLE, Vesna Sokol; JOSKO, Lesin; BANOVIC, Vladimir; HERMAN, Mislav; GOLUZA, Tripmir; PUZEVSKI, Tomislav; ELVEDI-GASPAROVIC, Vesna; VUJIC, Goran . **MATERNITY BLUES AMONG CROATIAN MOTHERS ± A SINGLE-CENTER STUDY**. *Psychiatria Danubina*, v. 33, n. 3, p. 342–346, 17 nov. 2021. Disponível em: [Dnb-2021-3-1 11.pdf \(psychiatria-danubina.com\)](#) Acesso em: 13 nov. 2024.

MONTANHAUR, Carolina D.; ODRIGUES, Olga M. P. R.; ARENALES, Nadja Z. **Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos**. *Aletheia*, v. 51, n 1, pag 55-63, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-0394202100010007

O'HARA, Michael W.; SCHLECTHE, Janet M.; LEWIS, M.D.; WRIGHT, Elen J. **Prospective Study of Postpartum Blues**. *Archives of General Psychiatry*, v. 48, n. 9, p. 801, 1 set. 1991. Disponível em: <https://jamanetwork.com/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

O'HARA, Michael W.; WISNER, Katherine L. **Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology**. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 28, n. 1, p. 3–12, jan. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

PADOVANI, F. H. P. et al.. **Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal**. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 26, n. 4, p. 251–254, dez. 2004.

REZAIIE-KEIKHAIE, Khadije; ARBABSHASTAN, Mohammad Edris; RAFIEMANESH, Hosein; AMIRSHAHI, Mehrbanoo; OSTADKELAYEH, Shokoufeh Mogharabi; ARBABISARJOU, Azizullah. **Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period**. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 49, n. 2, p. 127–136, mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

STEIN, George S. **The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week**. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 24, n. 3-4, p. 165–171, jan. 1980. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

TOSTO, Valentina; CECCOBELLI, Margherita; LUCARINI, Emanuela; TORTORELLA, Alfonso; GERLI, Sandro; PARAZZINI, Fabio; FAVILLI, Alessandro. **Maternity Blues: A Narrative Review**. *Journal of Personalized Medicine*, v. 13, n. 1, p. 154, 13 jan. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.** Geneva: World Health Organization, 19 set. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mental health and child death and development in resource-constrained settings.** Hanoi. 21-23 jun. 2007.