

## Sintomas depresivos, de ansiedad e estresse em mães primíparas jovens e tardias e variáveis associadas à maternidade

Síntomas depresivos, de ansiedad y estrés en madres primíparas jóvenes y tardias y variables asociadas a la maternidad

Depressive, anxiety and stress symptoms in young and late primiparous mothers and variables associated with motherhood

**Investigadores Titulares:** Luzia Catarina Adamczyk Leão\*; Vinícius Renato Thomé Ferreira\*\* Faculdade Meridional de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>2</sup>

Recibido: 20/Marzo/2021

Aceptado: 25/Noviembre/2021

### Resumen

En el contexto de la maternidad, las madres jóvenes y primíparas tardias, con un recién nacido (primeras cuatro semanas de vida) y un bebé (28 días completos) pueden verse afectadas por síntomas depresivos, de ansiedad y estrés. Este estudio tuvo como objetivo plantear y comparar dichos síntomas y una posible relación con la edad materna y la edad de los niños, recién nacidos o bebés. En la investigación participaron 33 madres primíparas jóvenes de 18 a 25 años, 31 con un recién nacido y 2 con un bebé y 19 madres primíparas tardias mayores de 35 años, siendo 8 con un recién nacido y 11 con un bebé. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario sociodemográfico / historia clínica, instrumentos para la evaluación de síntomas depresivos (LIS-D), estrés (LIS-E), ansiedad (LIS-A) y el DASS. La hipótesis del estudio fue que los síntomas de ansiedad, estrés y depresión se observarían en mayor cantidad en las madres jóvenes en comparación con las madres tardias. Se encontraron puntuaciones más altas para síntomas de ansiedad en madres jóvenes y puntuaciones más altas para síntomas depresivos somáticos en madres tardias en relación con la edad del bebé, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ )

**Palabras Clave:** Depresión; Ansiedad; Estrés; Madres Primíparas Jóvenes; Madres Primíparas Tardias.

<sup>1</sup> Correspondência remitir a: \*\* Vinícius Renato Thomé Ferreira. Psicólogo Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Brasil Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Curso de Psicologia da Faculdade Meridional-RS IMED Campus de Passo Fundo-RS, Brasil. E-mail: [vinicius.ferreira@imed.edu.br](mailto:vinicius.ferreira@imed.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9786-7775>

\* Luzia Catarina Adamczyk Leão. Psicóloga Mestre em Psicologia pela Faculdade Meridional-RS, Brasil. E-mail: [luzialeao.psi@gmail.com](mailto:luzialeao.psi@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5591-7156>

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

In the context of motherhood, young and late primiparous mothers, with a newborn (first four weeks of life) and a baby (28 full days) can be affected by depressive, anxiety and stress symptoms. This study aimed to raise and compare such symptoms and a possible relationship with maternal age and the age of children, newborns or babies. Thirty-three young primiparous mothers aged 18 to 25 years participated in the research, 31 with a newborn child and 2 with a baby child and 19 late primiparous mothers aged over 35 years, being 8 with a newborn child and 11 with a baby child. Data were collected using a sociodemographic questionnaire/clinical record, instruments for the assessment of depressive symptoms (LIS-D), stress (LIS-E), anxiety (LIS-A) and the DASS. The study hypothesis was that anxiety, stress and depression symptoms would be observed in greater quantity in young mothers compared to late mothers. Higher scores for anxiety symptoms in young mothers and higher scores for somatic depressive symptoms in late mothers were found in relation to the baby's age, with a statistically significant difference ( $p \leq 0,05$ ).

*Keywords:* Depression; Anxiety; Stress; Young Primiparous Mothers; Late Primiparous Mothers.

A maternidade é considerada um período com experiências emocionalmente impactantes, geralmente de caráter positivo (Zanatta et al., 2017). Contudo, ocorrem também sentimentos de sofrimento e frustração (Azevedo, 2017), em função da adaptação que a maternidade exige para a família e para a mãe. O período de desenvolvimento do bebê também ocasiona mudanças de comportamentos por parte das mães. No imaginário social a mulher sempre nutrirá sentimentos positivos nesta fase (Machado et al., 2019), porém ela também poderá ser marcada com impactos emocionais negativos, e acarretar grande sofrimento de frustração (Azevedo, 2017).

Recém-nascidos podem demandar a realização de tarefas e de cuidados complexos, caso seja o primeiro filho ou filha, um exemplo de uma dessas atividades complexas é o banho, onde a mãe pode ficar insegura com a fragilidade do pequenino/a bebê temendo machucá-lo/a (Vasconcelos, et al., 2019).

Passada a fase inicial de adaptação, as mães que tem o primeiro filho ou filha, (mães primíparas), também podem sentir inseguranças, conflitos e cansaço, percebendo-se eventualmente incapazes de cuidar dos bebês, (Lelis, et al., 2019), e ter sentimentos de medo e falta de paciência (Rapoport & Piccinini, 2011). Muitas delas sentem falta da interação social, possuem sentimentos de solidão e nutrem expectativas irreais a respeito da maternidade (Lee et al., 2019).

A adaptação à maternidade geralmente ocorre de forma positiva, porém podem ocorrer sintomas psicopatológicos, em especial os sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse e a adequada avaliação deles é essencial para que o exercício da maternidade possa ocorrer da melhor maneira possível. Dentre as variáveis a serem consideradas no processo de adaptação à maternidade estão a idade da mãe e o fato de serem mães primíparas. Em relação à idade da mãe, para algumas mães jovens (até 25 anos) a maternidade traz mudanças positivas em suas vidas, favorecendo o amadurecimento e maior paciência para vivenciar o momento com o bebê e com outras pessoas ao seu redor (Zanatta et al., 2017). Mas também existe a possibilidade de sentirem que não estão preparadas para investir o tempo necessário para o cuidado do/a filho/a, ou terem dificuldade em deixar o bebê explorar o seu ambiente (Maia, 2017). Por outro lado, muitas mães maduras (com mais de 35 anos) relatam satisfação em serem mães (Cabral et al., 2017), e é possível que estejam mais preparadas emocional e financeiramente para a maternidade (Aldrighi et al., 2016).

Mulheres mais velhas tendem a manifestar níveis menores de ansiedade, independentemente se são primíparas ou se já tiveram mais filhos (Donelli et al., 2017). Porém, se a gestação for de risco, esta situação poderá contribuir para geração de sintomas fazendo com que o medo nessas mães seja potencializado, produzindo sensação de insegurança em relação ao que pode acontecer com a sua própria vida e com a vida do bebê (Aldrighi et al., 2018).

Mulheres que não planejaram a gravidez, que tem conflito no relacionamento conjugal ou mesmo com histórico pessoal ou familiar de transtornos mentais podem vir a desenvolver sintomas depressivos (Barro & Aguiar, 2019) e estas questões podem afetar as mulheres independente de sua condição social, financeira ou educacional (Santos et al., 2020).

Mães com sintomas depressivos geralmente interagem com seus filhos de maneira hostil e apática, o que pode prejudicar o atendimento do/a filho/a em suas necessidades (Alvarenga & Palma, 2013). A presença de sintomas de estresse na gestação é superior à frequência apresentada no puerpério, porém ao longo do primeiro ano de vida do/a bebê, os sintomas de estresse poderão novamente se manifestar diante do cansaço materno, a vida regrada pelos horários e as demandas do bebê (Rapoport & Piccinini, 2011). O período do pós-parto pode também favorecer o surgimento de sintomas de ansiedade (Cantilino et al., 2010), que estão associados a piores condições sócio-econômicas e idade mais jovem da mãe (Faisal-Cury & Menezes, 2006).

Diante das experiências da maternidade é possível ocorrer diferenças de pontuação nos sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse, considerando-se faixa etária da mãe e tempo de nascimento do bebê. Entender esses aspectos neste período específico da vida da mulher poderá promover a comunidade profissional como psicólogos, psiquiatras, ginecologistas, obstetras e médicos em geral e a própria mulher e sua rede de apoio, informações mais precisas sobre os sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse e auxiliar no tratamento adequado destes sintomas. Este estudo fez um levantamento e comparou tais sintomas entre mães primíparas jovens na faixa etária de 18 a 25 anos e mães primíparas tardias com idade acima de 35 anos com filho/a primogênito/a de até 1 ano, e entre elas com recém-nascidos (quatro primeiras semanas de vida) e bebês (28 dias completos).

## **MÉTODOS**

### **Delineamento**

O delineamento deste estudo foi transversal quantitativo e comparativo. O estudo transversal descreve uma situação em um dado momento sendo um estudo que possibilita o primeiro momento de análise de uma associação identificando dentro de uma população os desfechos presentes e conseguindo assim elencar fatores que podem, em diferentes graus, estar ou não associados a eles (Aragão, 2011).

O estudo comparativo permite investigar coisas ou fatos e explicá-los segundo suas semelhanças e suas diferenças. Usualmente, o método comparativo trata de duas séries ou fatos de natureza equivalente, tomados de meios sociais ou de outra área do saber, a fim de se detectar o que é comum a ambos (Fachin, 2005).

## Participantes

Ambas as amostras (de mães primíparas jovens e tardias com recém nascidos e bebês) foram retiradas da população geral localizada no sul do Brasil. O critério utilizado para as amostras foi o da pesquisa não probabilística a qual é definida por ser um subgrupo de uma população em que a escolha dos elementos independe da probabilidade, mas sim de causas relacionadas com as características da pesquisa ou de quem faz a amostra (Sampieri et al., 2013).

Para este estudo, foram consideradas mães primíparas jovens com idade entre 18 a 25 anos, e mães primíparas tardias com 35 anos ou mais. Foram consideradas mães primíparas de recém-nascidos aquelas que no momento da pesquisa estavam com filho/a com idade menor que 28 dias, e as mães primíparas com bebês, aquelas que no momento da pesquisa seu/sua filho/a já haviam completado 28 dias até 1 ano de idade. Segundo o DATASUS, a fase de recém-nascido, período neonatal, compreende as quatro primeiras semanas de vida ou seja considerado desde o nascimento até os 28 dias completos onde a partir desta idade é considerado bebê (Sousa et al., 2018).

A amostra foi composta por 52 mulheres, sendo 33 (63,4%) do grupo jovem com média de idade de 19 anos (mínimo = 18; máximo = 25; DP = 2,468 ) e 19 (36,6%) do grupo de mães tardias com média de idade de 35 anos (mínimo = 35; máximo = 40; DP = 1,606 ). No grupo das mães jovens prevaleceram mães casadas ou em união estável (n=30, 90,9%), com ensino médio completo (n=11, 33,3%), de religião cristã (n=27, 93,1%), com emprego fixo (n=17, 51,5%) e com renda predominante entre 0 e 2 salários mínimos (n=18, 54,50%). No grupo de mães tardias prevaleceram mulheres casadas ou em união estável (n=15, 78,9%) com especialização (n=7, 36,8%), cristãs (n= 19, 100%) com emprego fixo (n=18, 94,7%) e com renda predominante entre 6 e 10 salários mínimos (n=5, 26,3%).

## **Instrumentos e materiais**

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Levantamento da Intensidade de Sintomas Depressivos (LIS-D): é um instrumento de auto avaliação que visa identificar a intensidade de sintomas depressivos. É composto por 20 questões em escala Likert de 5 pontos, sendo a menor pontuação 0 e a maior pontuação 4 (Ferreira, 2012). Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos, distribuídos em quatro dimensões: sintomas afetivos, relacionados à vivência e expressão do humor, somáticos, que se referem a sintomas corporais, de pensamento, que se referem à capacidade de se concentrar e comportamentais, referente à capacidade de realização de tarefas. Estudos de fidedignidade do instrumento apontaram um alpha de Cronbach de 0,9 e estabilidade de 0,76.

2) Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade (LIS-A): é um instrumento de auto avaliação que visa identificar a intensidade de sintomas de ansiedade, composto por 20 questões em escala Likert de 5 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de ansiedade (Ferreira, 2015a). O instrumento apresenta um índice KMO=0,96 e alfa de Cronbach de 0,93 para a população geral.

3) Levantamento da Intensidade de Sintomas de Estresse (LIS-E): é um instrumento de auto avaliação que visa identificar a intensidade de sintomas de estresse. O LIS-E é composto por 20 questões em escala Likert de 5 pontos, sendo a menor pontuação 0 e a maior pontuação 4. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de estresse (Ferreira, 2015b). Apresenta para a população geral um índice KMO=0,97 e alfa de Cronbach, de 0,96.

4) Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão reduzida, para o Português do Brasil (DASS-21): é uma escala de auto relato, com três sub escalas (depressão, ansiedade e estresse), tipo Likert, de 4 pontos, de autoresposta.

Cada subescala é composta por 7 itens que avaliam os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. Pede-se para o respondente indicar o quanto cada enunciado se aplicou a si durante a última semana. São dadas 4 possibilidades de resposta de gravidade ou frequência organizadas numa escala de 0 a 3 pontos sendo que o resultado é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das 3 subescalas. A DASS-21 apresentou valores do alfa de Cronbach de 0,92 para a subescala de depressão, de 0,90 para a subescala de estresse e de 0,86 para a subescala de ansiedade (Vignola & Tucci, 2013).

### **Procedimentos de coleta de dados**

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética da IMED (CAAE número: 11117419.0.0000.5319) e após aprovação, foi iniciada a busca das participantes. A pesquisadora entrou em contato pessoalmente com secretárias de médicos ginecologistas/obstetras a fim de divulgar a pesquisa e solicitar auxílio para busca de participantes entre suas pacientes, que posteriormente as indicaram para participar do estudo.

Para tanto, assinaram uma declaração entregue pela pesquisadora onde estava explicado o objetivo do estudo e declarada a intenção do médico em contribuir de livre e espontânea vontade para a pesquisa. A divulgação também aconteceu por meio de conversas presenciais com conhecidos e após a confecção de um folder de divulgação, o mesmo foi enviado em redes sociais. A pesquisadora também entrou em contato com dois hospitais e após aprovação da direção dos mesmos, iniciou a coleta, que ocorreu na maternidade, no consultório da pesquisadora, na residência das participantes ou no trabalho das mesmas. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, explicou-se o objetivo da pesquisa a cada participante e após a concordância e coletada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, iniciou-se a aplicação dos instrumentos individualmente. O tempo de aplicação dos instrumentos de avaliação e do questionário sócio demográfico/ficha clínica foi de aproximadamente 30 minutos.

### **Procedimentos de análise de dados**

Foram realizadas estatísticas descritiva e inferencial no tratamento dos dados.

A estatística descritiva consistiu na elaboração de tabelas de frequência, cálculo de medidas centrais (média) e de variação (desvio-padrão). A estatística inferencial conduzida incluiu os testes de Mann-Whitney e análise de correlação pelo método de Spearman, todos os testes não-paramétricos, visto que os dados, em sua maioria, estão em escala ordinal e nominal. Para as correlações utilizou-se as faixas de: 0 a + ou - 0,39 para correlações fracas; + ou - 0,40 até 0,69 para correlações moderadas; e + ou - 0,70 a + ou - 0,99 para correlações fortes (Dancey & Reidy, 2013). Também foram levantadas e analisadas as respostas do questionário sociodemográfico/ficha clínica, e as mesmas relacionadas aos resultados das análises. O valor considerado de probabilidade para as análises foi de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Não foi identificada diferença estatisticamente significativa ao se comparar os sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse entre as mães primíparas jovens e tardias. Contudo, obteve-se um valor de  $p=0,06$  para os sintomas de ansiedade do LIS-A, ficando muito próximo ao valor limite de  $p=0,05$ .

**Tabela 1**

*Comparação de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse entre mães primíparas jovens e tardias*

		Mães Jovens		Mães Tardias		Mann-Whitney	
	Constructo	Média	DP	Média	DP	U	p
LIS-D	LIS-D afetivos	6,06	4,36	7,37	3,80	264,5	0,35
	LIS-D comportamento	7,09	3,79	9,05	4,47	232,0	0,12
	LIS-D pensamento	5,24	3,92	4,53	2,93	283,0	0,56
	LIS-D somáticos	10,18	3,98	9,79	4,43	302,5	0,83
	LIS-D total	28,58	13,34	30,74	12,53	285,5	0,59
LIS-A	Total	24,15	12,01	18,68	8,00	213,5	0,06
LIS-E	Total	21,94	15,46	22,89	11,61	284,5	0,58
DASS	DASS depressivo	5,33	5,80	7,05	6,23	254,0	0,25
	DASS ansiedade	12,42	9,60	7,89	6,41	232,0	0,12
	DASS estresse	17,52	11,26	17,16	7,81	306,5	0,89
	DASS total	35,27	23,70	32,11	15,40	297,0	0,75

Fonte: primária



Ao se comparar os sintomas de mães de bebês recém-nascidos (0-28 dias) e mães com bebês (28 dias ou mais), identificou-se diferença estatisticamente significativa dos sintomas de ansiedade do DASS ( $p=0,01$ ) com maior pontuação de sintomas de ansiedade para as mães de recém-nascidos. Os sintomas afetivos do LIS-D ( $p=0,06$ ) também obtiveram um valor próximo ao limite considerado na análise, de  $p=0,05$ .

**Tabela 2**

*Comparação de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse entre mães primíparas com recém-nascidos e com bebês*

		Recém-nascidos		Bebês		Mann-Whitney	
Constructo		Média	DP	Média	DP	U	p
LIS-D	LIS-D afetivos	5,82	4,14	8,50	3,74	174,5	0,06
	LIS-D comportamento	7,21	3,86	9,43	4,50	189,5	0,11
	LIS-D pensamento	5,08	3,89	4,71	2,64	258,0	0,87
	LIS-D somáticos	10,39	3,92	9,07	4,60	220,5	0,35
	LIS-D total	28,50	12,98	31,71	13,10	229,0	0,45
LIS-A	Total	23,55	11,55	18,36	8,36	185,5	0,10
LIS-E	Total	21,68	14,55	23,93	13,01	234,0	0,51
DASS	DASS depressivo	5,37	5,43	7,57	7,20	218,5	0,32
	DASS ansiedade	12,79	9,14	5,29	4,55	130,5	0,01
	DASS estresse	17,26	10,45	17,71	9,24	258,0	0,87
	DASS total	35,42	22,15	30,57	17,46	225,5	0,40

Fonte: primária. DP = desvio padrão.

Em mães tardias foi encontrada correlação moderada negativa entre a idade do filho em dias e sintomas somáticos do LIS-D, indicando que quanto mais jovem o bebê, mais sintomas somáticos a mãe apresenta ( $\rho = -0,43$ ), e também entre sintomas de ansiedade do DASS e idade do filho, apontando que quanto mais jovem o filho mais sintomas de ansiedade a mãe apresenta ( $\rho = -0,41$ ). As mães de filhos bebês apresentaram correlação positiva moderada entre os sintomas somáticos do LIS-D e a quantidade de semanas que o bebê nasceu ( $\rho = 0,49$ ), ou seja, quanto mais tarde o bebê nasceu maiores os sintomas na mãe.

Mães de recém-nascidos apresentaram correlação positiva moderada entre a quantidade de semanas de nascimento do recém-nascido e os sintomas de pensamentos do LIS-D ( $\rho = 0,42$ ), ou seja, quanto mais tarde nasceram os bebês, mais sintomas de pensamento estiveram presentes.

## DISCUSSÃO

Ocorreram mais sintomas de ansiedade nas mães primíparas com recém-nascidos em comparação as mães primíparas com bebês, com diferença estatisticamente significativa pelo DASS. Níveis de ansiedade clinicamente significativos e elevados são encontrados em mulheres logo após o parto (Heron et al., 2004), e nesta condição são mais comuns do que os sintomas depressivos, sendo que tais níveis de ansiedade são conhecidos como fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Maes et al., 2004). Logo após o nascimento do bebê, por ocasião do puerpério, sensações difíceis são vivenciadas pelas mães, ansiedade, insegurança, expectativas em relação ao recém-nascido, medo da cobrança familiar e o próprio desconforto no pós-parto imediato podem ocasionar os sintomas (Lelis et al., 2019). E existe também a tarefa do banho nos primeiros dias de vida do recém-nascido a qual é considerada umas das mais desafiadoras pelas mães primíparas. Além do banho a presença do coto umbilical e a aparente fragilidade do recém-nascido podem contribuir para a insegurança da mãe, e dificuldades com o aleitamento materno também podem ser geradores de ansiedade nas mães (Vasconcelos et al., 2019).

O estudo das correlações apontou que, para as mães tardias, houve correlação negativa e moderada entre a idade do/a filho/a em dias e os sintomas somáticos e sintomas de ansiedade, ou seja, quanto mais jovem o/a filho, mais sintomas de ansiedade e sintomas depressivos somáticos a mãe apresenta. Sintomas somáticos incluem modificações de funções corporais, como alterações no sono, no interesse sexual, na alimentação, em mudanças de peso e sensibilidade a estímulos (DSM-5, 2014) pode-se perceber então que tais sintomas tem propensão de ocorrer com maior frequência em mães tardias com bebês mais jovens. Na maternidade tardia também, o momento de adaptação ao bebê, logo após o nascimento, é vivido com maior hesitação, e poderia existir uma dificuldade em conciliar as questões da vida estruturada com as exigências desse bebê (Travassos-Rodrigues & Féres-Carneiro, 2013).

Essa adaptação da nova rotina seria capaz de contribuir para dificultar e implicar no desempenho da mulher e mãe tardia nos múltiplos papéis dentro da sociedade influenciando assim a sua relação com a maternidade uma vez que no temor de serem impedidas ou prejudicadas em suas carreiras, sintomas de ansiedade poderiam ser produzidos ou mesmo amplificados (Aldrighi et al., 2016). Algumas mães mais velhas também acreditam que a idade deixa suas gestações e seus bebês mais vulneráveis sendo que estão informadas sobre os riscos de uma gestação tardia focada nos fatores biológicos e problemas de saúde, preocupando-se assim sobremaneira como o desfecho da gravidez poderia afetar a saúde do bebê (Aldrighi et al., 2016).

Foi encontrada correlação positiva e moderada entre as semanas de nascimento com sintomas de pensamento em mães de recém-nascidos e entre as semanas de nascimento e sintomas somáticos para as mães com bebês. Os sintomas de pensamento se referem a dificuldades de pensamento e concentração (DSM-5, 2014) e estão aqui apresentados na sintomatologia de mães com recém-nascidos podendo indicar relação com este período da maternidade. Os sintomas somáticos onde alterações do sono, apetite, peso corporal, atividade sexual, sensibilidade a estímulos como som e luz também presentes nos sintomas de mães tardias com seus bebês mais jovens, são aqui também apresentados para mães com bebês.

Sintomas depressivos e de estresse em graus variados, são bastante comuns na maioria das puerpérias, e com o nascimento do bebê a mãe passa pelo rompimento de fantasias de completude e onipotência presentes na gravidez para uma situação de adaptação ao filho/a real que poderá não corresponder ao imaginado (Rapoport & Piccinini, 2011). Desta forma, é possível pensar que quanto mais tempo o bebê demora para nascer, mais estas expectativas podem gerar sintomas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve por objetivo levantar e comparar sintomas de depressão, estresse e ansiedade em mães primíparas jovens e tardias com filhos/as de até 1 ano e entre elas mães com recém-nascidos e mães com bebês.

Foram encontradas maiores pontuações de sintomas de ansiedade em mães de recém-nascidos em comparação com mães de bebês, com diferença estatisticamente significativa.

Em mães tardias, quanto mais jovem o bebê, maiores as pontuações em sintomas depressivos somáticos e de ansiedade. As mães com bebês apresentaram mais sintomas depressivos somáticos considerando a quantidade de semanas de nascimento, enquanto que as mães de recém nascidos apresentaram mais sintomas depressivos de pensamento considerando a quantidade de semanas de nascimento.

Como limitações do estudo, destaca-se que não foi possível obter uma amostra numericamente mais equilibrada entre mães jovens e tardias com seus recém-nascidos e bebês, com maior número de participantes com recém-nascidos e na maternidade, ou seja, estas mães ainda não haviam passado pela experiência de estarem em casa com seus filhos/as.

A situação socioeconômica das entrevistadas e seu nível de escolaridade também estiveram em disparidade, visto que a maioria das mães jovens eram de nível socioeconômico baixo e com baixa escolaridade, e a maioria das mães tardias estavam em níveis socioeconômicos mais elevados e com maior nível de escolaridade.

Considera-se relevante para novos estudos relacionados ao tema, que a amostra de mães de recém-nascidos e de bebês possam estar em ambientes similares como na sua residência desfrutando do convívio com o filho/a já com alguma experiência além daquela que apenas a maternidade poderia dar conta de proporcionar.

Também considera-se importante que o grau de instrução da mãe bem como a sua situação socioeconômica sejam similares para ambas as amostras. Estes fatores contribuirão para um maior controle de possíveis variáveis aleatórias decorrentes destas particularidades.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, P., & Missias, S. P. E. (2013). Indicadores de depressão materna e a interação Mãe-criança aos 18 meses de vida. *Psico*, 44(3), 402-410. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12255>
- Aldrighi, J. D., Wall, M. L., Souza, S. R., Rossi K., Cancela, F., & Vieira. (2016). As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 512-521. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>
- Aldrighi, J. D., Wall, M. L., & Souza, S. R. K. (2018). Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(5), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>
- American Psychiatric Association. (2014) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed): Artmed. (retirado a cidade de Porto Alegre)
- Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, 3(6), 1- 4.
- Azevedo, R. A. (2017). Amo meu filho, mas odeio ser mãe. *Repositório Digital, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia*. Trabalho de conclusão de curso de especialização. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/163940>
- Barros, M. V. V., & Aguiar, R. S. (2019). Perfil sócio-demográfico e psicossocial de mulheres com depressão pós-parto: uma revisão integrativa. *Revista Atenção a Saúde*, 17 (59):122-139. [https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5817\\_2359-4330](https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5817_2359-4330)
- Cabral, R., Santos, B., & Cano, M. (2017). A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos. *Cinergis*, 18 (4), 279-284. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9830>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F. S., Sougey, E. B., & Rennó J. Jr. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Arquivos de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 37 (6), 288-294. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Métodos de pesquisa estatística sem matemática para psicologia*. (5ª ed). Porto Alegre: Penso.
- Donelli, T., Chemellho, M., & Levandowski, D. (2017). Ansiedade materna e maternidade: revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia*, 21(1) n 1. <https://doi.org/10.5380/psi.v21i1.46153>

- Fachin, O. (2005) *Fundamentos de metodologia*. (5ª ed, pp. 40): Saraiva. (retirada a cidade de São Paulo)
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R., (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (3), 171-178. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000300006>
- Ferreira, V. R. T. (2012). Levantamento da Intensidade de Sintomas Depressivos – LIS-D. Passo Fundo: não publicado.
- Ferreira, V. R. T. (2015a). Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade – LIS-A. Passo Fundo: não publicado.
- Ferreira, V. R. T. (2015b). Levantamento da Intensidade de Sintomas de Estresse – LIS-E. Passo Fundo: não publicado.
- Heron, J., O'Connor, T. G., & Evans J. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80 (1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Lee, K., Vasileiou, K., & Barnett, J. (2019). ‘Lonely within the mother’: an exploratory study of first-time mothers’ experiences of loneliness. *Journal of Health Psychology*, 24 (10), 1334–1344. <https://doi.org/10.1177/1359105317723451>
- Lelis, B. D. B., Pereira, R. C., Silva, L. F. I., Leite, A. M., Dusso, M. I. S., & Bernardes, N. B. (2019). Acolhimento Puerperal no Contexto Atribuído às Primíparas. *Revista Multidisciplinar de Psicologia*, 13 (45) 287-301.
- Machado, J. S. A. P., Mattos, C. M. M., & Caleiro, R. C. L. (2019). Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres. *Saúde em Debate*, 43(123), 1120-1131. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912311>
- Maes, M., & Bosmans, E., & Ombelet, W. (2004). In the puerperium, primiparae exhibit higher levels of anxiety and serum peptidase activity and greater immune responses than multiparae. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 (1), 71-6. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0112>

- Maia, N. G. (2017). Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: relação com características maternas e contextuais. *Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*. Recuperado de <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/502>
- Rapoport, A., Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16 (2), 215-225. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000200010>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. (5ªed) Porto Alegre: Penso.
- Santos, A. J., Martins, G. M., Elias A. F. D., Estevam, L. M., & Andrade, R. D. (2020). Sintomas de depressão e ansiedade em mulheres no período pós-parto. *Revista Atenas Higeia*, 2 (1), 30-36.
- Sousa, V. S., Medeiros, A. C., & Almeida, L. A. (2018). O uso da CCAP na sala de parto: por que acreditar nessa conduta? *Scire Salutis*, 8(2), 54-61. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.002.0006>
- Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalitico*, 45(1), 111-121. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&tlng=pt)
- Vasconcelos, M. L., Pessoa, V. L. M. P., Chaves, E. M. C., Pitombeira, M. G. V., Moreira, T. M. M., Cruz, M. R. da, & Landim, A. L. P. (2019). Cuidado à criança menor de seis meses no domicilio: experiência da mãe primípara. *Escola Anna Nery*, 23(3), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0175>
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M., (2013). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorder*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 12(3), 1-16. Recuperado de [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2646](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2646)