

Factors associated with postpartum depression in social vulnerability women

André Luiz Monezi Andrade¹
Leila Regina da Silva Teixeira²
Caroline Carmo Zoner³
Nathália Nunes Niro³
Adriana Scatena⁴
Ricardo Abrantes do Amaral⁵

This study aimed to evaluate possible factors associated with postpartum depression syndrome (PDD), as the substance abuse and psychosocial support in a sample of 102 women in a social vulnerability condition. The study was conducted with mothers who were residents in specific hospital's lodging. Almost 20% of mothers showed symptoms to PDD as well as abusive alcohol and marijuana consumption compared with those who did not have PDD. Besides, it was observed an association between lack of psychological and familiar support with PDD. PDD it seems to be associated with other comorbidities so that some of these variables can be linked on the etiology and maintenance of PDD.

Descriptors: Depressive Disorder; Substance-Related Disorders; Postpartum Period; Social Vulnerability.

¹ Post-doctoral fellow, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil. Professor, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brazil.

² Undergraduate student in Nursing, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brazil.

³ MD.

⁴ Master's student, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

⁵ PhD, Professor, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brazil.

Corresponding Author:

André Luiz Monezi Andrade
Universidade Anhembi Morumbi
Rua Dr. Almeida Lima, 1134
Bairro: Mooca.
CEP: 03164-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: andremonezi@gmail.com

Fatores associados à Depressão Pós-Parto em mulheres em situação de vulnerabilidade social.

O presente trabalho teve por objetivo avaliar possíveis fatores associados com a depressão pós-parto (DPP), como o uso de substâncias e o suporte psicossocial em uma amostra de 102 mulheres em situação de vulnerabilidade social. O estudo foi realizado com puérperas que residiam provisoriamente no alojamento de um Hospital Maternidade público. Aproximadamente 20% das puérperas apresentaram critérios para a DPP além de um padrão de uso de álcool e maconha superior àquelas que não tinham o transtorno. Observou-se também associação entre violência, falta de suporte psicológico e apoio familiar com a DPP. Observou-se uma associação entre a DPP com outras comorbidades de modo que algumas variáveis estudadas possam estar envolvidas na etiologia e manutenção deste transtorno.

Descritores: Transtorno Depressivo; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Período Pós-Parto; Vulnerabilidade Social.

Factores asociados con la depresión posparto en las mujeres en situación de vulnerabilidad social.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar posibles factores asociados con la Depresión Posparto (DPP) como el uso de sustancias y apoyo psicossocial em 102 mujeres em situación de vulnerabilidad social. El estudio se realizó con las madres residentes transitorias em la vivienda de un Hospital Maternidad. Aproximadamente 20% de las madres presentaron criterios para el DPP, así como un de consumo de alcohol y marihuana superior a aquellas que no tienen el trastorno. También fue observada una asociación entre la violencia, falta de apoyo psicológico y de la familia con el DPP. El DPP parece estar asociada con otras enfermedades concomitantes por lo que algunas variables pueden estar implicados en la etiología y el mantenimiento de este trastorno.

Descriptorios: Transtorno Depressivo; Transtornos Relacionados con Sustancias; Periodo Posparto; Vulnerabilidad Social.

Introdução

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno mental caracterizado por alterações persistentes de humor deprimido, além da perda de interesse e/ou prazer por atividades diárias, alterações das funções vegetativas (sono, libido, apetite etc.) e psicológicas⁽¹⁾. Atualmente, estima-se cerca de 350 milhões de pessoas com depressão no mundo, e no caso da DPP sua prevalência é bastante variada, dependendo do país e da metodologia utilizada. Em uma revisão sistemática realizada por Norhayati e colaboradores⁽²⁾, foram

identificados 203 artigos de 42 países e os autores observaram uma prevalência de DPP variando entre 1,9% a 82,1% nos países em desenvolvimento e entre 5,2% a 74% em países desenvolvidos. Estes dados foram baseados em instrumentos autoaplicados e, segundo os autores, observou-se uma menor prevalência de DPP a partir de entrevistas clínicas estruturadas (entre 0,1% a 26,3%).

No Brasil, uma revisão sistemática avaliando 14 trabalhos identificou uma prevalência com aproximada entre 8 a 40%, sendo que na maioria dos estudos, os pesquisadores utilizaram questionários

autoaplicados⁽³⁾. Em outro trabalho avaliando a prevalência de DPP a partir de uma entrevista clínica estruturada do DSM-IV, 7% das mulheres da cidade de Recife-PE receberam o diagnóstico⁽⁴⁾. Mais recentemente, Corrêa e colaboradores⁽⁵⁾ identificaram a prevalência de DPP em 19% e 20,3% das mulheres das regiões do Nordeste e do Estado do Amazonas, respectivamente.

A DPP é um transtorno mental que pode levar a graves consequências tanto nas mulheres, quanto nos bebês e pessoas de convívio próximo. Em relação às crianças cujas mães tiveram DPP, 17% delas apresentaram atrasos de desenvolvimento psicomotor e maiores problemas de aprendizagem a partir de um estudo longitudinal⁽⁶⁾. Além disso, mulheres com DPP podem apresentar maior dificuldade de interação com o bebê, dinâmica familiar, além de uma piora da qualidade de vida⁽⁷⁾.

Em relação a sua etiologia, a DPP parece ter causas multifatoriais, especialmente a partir de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos. Em relação aos primeiros, as evidências mais robustas concentram-se em alterações hormonais, como a progesterona, estrógenos gonadais e prolactina⁽⁸⁾ que alteram a modulação dos sistemas de neurotransmissão, especialmente os sistemas serotoninérgico e noradrenérgico. No caso de variáveis psicológicas, episódios prévios de depressão pode aumentar as chances de um episódio de DPP em 25 a 50%⁽⁹⁾. Além disso, em mulheres que apresentaram algum Transtorno de Ansiedade, observou-se maior chance de comorbidades com a DPP⁽¹⁰⁾. Em relação aos aspectos socioeconômicos, existe forte associação entre a DPP com a falta de suporte familiar e social⁽¹¹⁾, além de baixo nível socioeconômico⁽¹²⁾, frequências de brigas com o parceiro⁽¹³⁾ e abuso de substâncias.

Em relação a este último, Certain e colaboradores⁽¹⁴⁾ detectaram uma chance quase 4 vezes maior de DPP em mulheres com histórico de abuso de substâncias. Em outro estudo⁽¹⁵⁾, 20% das mulheres com DPP apresentaram uma história de abuso de substâncias em relação àquelas que não tinham DPP. Além disso, neste mesmo trabalho, os pesquisadores detectaram que aproximadamente 47% do grupo DPP e 17% do grupo controle relataram ter utilizado pelo menos uma substância ilícita durante a gravidez.

O presente trabalho, teve por objetivo avaliar a associação entre a DPP e o uso de substâncias em mulheres residentes em um alojamento provisório de uma Maternidade pública da Cidade de São Paulo. Além disso, pretendeu-se avaliar possíveis diferenças socioeconômicas entre mulheres com DPP em relação àquelas que não apresentavam o Transtorno. A hipótese

principal deste estudo é a de que mulheres com DPP apresentariam maior probabilidade de consumo de substâncias e que apresentariam maior frequência de dificuldades socioeconômicas (violência familiar, falta de suporte social, renda etc.).

Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 102 puérperas que residiam provisoriamente no alojamento conjunto de um Hospital Maternidade Escola da Cidade de São Paulo durante os primeiros dias após o parto. O alojamento conjunto funciona como um abrigo provisório tanto para gestantes quanto para puérperas que se encontram em situação de vulnerabilidade social (falta de casa, problemas familiares, e outras situações de ameaça a integridade física e/ou emocional).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados consistiram de um questionário sociodemográfico composto por 13 questões gerais (gênero, idade, etnia, estado civil, escolaridade, renda, se recebe ajuda psicológica, recebe ajuda de familiares e se já foi vítima de violência, número de gestações, filhos e abortos e modalidade do último parto) e desenvolvido pelos autores. Além disso, foram utilizados dois instrumentos padronizados;

1. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS): Este é um instrumento auto aplicado composto por 10 questões relacionados a sintomas específicos da DPP (humor deprimido ou disfórico, alterações do sono, alteração de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição de desempenho e ideias de culpa). As questões são pontuadas entre 0 a 3, com um máximo de 30 pontos, de acordo com a presença e intensidade dos sintomas. Embora existam diferentes procedimentos de classificação nesse instrumento, neste estudo as puérperas foram classificadas somente em dois grupos; Grupo Sem Risco (GSR) e Grupo Depressão Pós-Parto (GDPP) De acordo com a pontuação, baseando-se em trabalhos anteriores⁽¹⁶⁾, as entrevistadas eram classificadas como GDPP quando sua pontuação era maior do que 10 pontos na escala. As pontuações menores ou iguais a 10 foram classificadas como GSR. A amostra do presente estudo apresentou diferenças significantes entre os dois grupos

($F_{(1,100)}=191,3$), assim como um tamanho de efeito aceitável (*eta square*; $\eta^2=0,66$).

- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Este instrumento foi desenvolvido por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde e tem por objetivo avaliar o consumo de substâncias nos últimos três meses. O instrumento é composto por 8 itens e deve ser aplicado e interpretado por profissional da saúde, pois possui pontuações específicas, dependendo do consumo das substâncias em questão. As propriedades psicométricas do instrumento foram validadas na população brasileira, com resultados considerados robustos.

Procedimentos

Após a apresentação da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ao Hospital e a autorização da Instituição, as puérperas foram convidadas a participarem deste estudo e aquelas que aceitaram agendaram uma entrevista com os pesquisadores para a apresentação formal do Termo de Consentimento e posteriormente a coleta de dados. Tanto o agendamento quanto a coleta foram realizados no Ambulatório Umbigo, a partir de uma ala específica do Hospital Maternidade Escola. Cada entrevista teve duração aproximada entre 20 a 30 minutos, e foi realizada por estudantes treinados para aplicação dos instrumentos do curso de Medicina (6° ano) da Universidade Anhembi Morumbi.

Antes do início da coleta de dados, um procedimento piloto foi realizado com alguns alunos da Universidade sem caráter de pesquisa, mas somente para avaliar a clareza das perguntas e o fluxo da aplicação dos instrumentos. Estes dados não foram inseridos neste estudo e os ajustes necessários foram realizados para o posterior procedimento da coleta.

Análise de Dados

Os dados referentes às variáveis contínuas foram padronizados e transformados em Z score com o objetivo de se detectar possíveis padrões de respostas *outliers* que pudessem prejudicar a confiabilidade das análises. Assim, valores abaixo ou acima de 3 desvios padrão foram excluídos de análises específicas. Desta forma, das 102 puérperas que compuseram a amostra total, foram identificados e excluídos 28 resultados *outliers*, sendo 4 para a variável “idade”, 3 para a “renda”, 3 para “quantidade de gestações”, 9 para “quantidade de abortos”, e 9 para “quantidade de filhos”.

Para a análise das variáveis categóricas utilizou-se o teste do χ^2 sendo que para as contínuas utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA). Quando possível, optou-se pela apresentação não somente do nível de significância, mas também do valor dos Testes e do tamanho do efeito das análises, conforme recomendação da Associação Americana de Psicologia⁽¹⁷⁾. Em relação ao tamanho do efeito, quando utilizada a ANOVA, utilizou-se o Teste *Eta Square* (η^2). As análises foram realizadas por meio do programa Statistica 16.0 (Statsoft Inc®).

Ética

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Anhembi Morumbi (CAAE 18748013.2.0000.5492), número 432.804.

Resultados

Do total das 102 puérperas, 21 (20,6%) apresentaram uma pontuação acima de 10 no instrumento EPDS, sendo classificadas no grupo GDPP e as demais (N=81, 79,4%) foram classificadas no grupo GSR. A Tabela 1 indica os dados sociodemográficos em relação aos grupos (GSR e GDPP).

Tabela 1 – Descrição dos dados sociodemográficos, nível de gravidade da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS). São Paulo, SP, Brasil (2015), (N=101).

	Sem Risco N=81	Depressão Pós Parto N=21	Teste	p	Tamanho de efeito	Poder observado
Idade	26 ($\pm 6,3$)	25,6 ($\pm 6,1$)	0,07 ^(a)	0,78 ^(a)	0,00 ^(b)	0,05 ^(c)
Etnia			4,37 ^(d)	0,11 ^(b)	0,2 ^(e)	
Branca	36 (45%)	7 (33,3%)				
Parda	33 (41,7%)	7 (33,3%)				
Negra	11 (13,3%)	7 (33,3%)				

(continua...)

Tabela 1 – *continuação*

	Sem Risco N=81	Depressão Pós Parto N=21	Teste	p	Tamanho de efeito	Poder observado
Renda bruta^(f)	508,8 (±221,82)	412,96 (±223,15)	2,58 ^(a)	0,12 ^(a)	0,00 ^(b)	0,35 ^(c)
Escolaridade (em anos)	9,1 (±2,95)	8,1 (±2,93)	1,98 ^(a)	0,16 ^(a)	0,02 ^(b)	0,28 ^(c)
Estado civil			3,16 ^(d)	0,07 ^(b)	0,2 ^(e)	
Solteira	29 (35,8%)	12 (57,1%)				
Casada	52 (64,2%)	9 (42,9%)				
Quantidade de filhos	1,8 (±0,93)	2,2 (±0,93)	2,48 ^(a)	0,11 ^(a)	0,03 ^(b)	0,36 ^(c)
Quantidade de abortos	0,34 (±0,6)	0,33 (±0,61)	0,00 ^(a)	0,96 ^(a)	0,00 ^(b)	

^(a)Análise de Variância-ANOVA ^(b)Teste *Eta Square* (η^2) ^(c)No caso da ANOVA, foi inserido o poder observado das análises ^(d)Teste de Qui-Quadrado ^(e)Teste de Cramer ^(f)Cotação média do Real em Julho de 2015; \$1dólar= R\$ 3,30 reais.

Em relação à idade, não foram observadas diferenças, ainda que o GSR tenha apresentado uma idade ligeiramente maior que o GDPP. Em relação à etnia, aproximadamente 45% das mulheres do GSR eram brancas, enquanto esta distribuição foi mais uniforme para o GDPP (33% para cada grupo). Além disso, as mulheres do GSR tiveram uma renda média aproximadamente \$ 91 dólares a mais e um ano a mais de tempo médio de escolaridade em relação ao GDPP, embora sem diferenças significantes pela ANOVA para estas duas variáveis. Aproximadamente 65% das mulheres do GSR relataram serem casadas ou morarem

com seus parceiros (união estável) em comparação ao GDPP (43%), sendo que a quantidade de filhos neste último grupo foi ligeiramente superior (2,2 filhos) em comparação ao GSR (1,8 filhos). Por fim, em relação a quantidade de abortos relatadas pelas mulheres, os índices foram muito semelhantes entre os grupos GSR (0,34) e GDPP (0,33).

A Tabela 2 indica diferenças entre os GSR e GDPP em relação às pontuações médias para as três substâncias detectadas na amostra (álcool, tabaco e maconha) nos últimos três meses, além de algumas características comportamentais das puérperas.

Tabela 2 – Descrição dos dados relacionados à pontuação do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), e comportamentais das entrevistadas a partir do nível de gravidade da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS). São Paulo, SP, Brasil (2015), (N=101).

	Sem Risco N=81	Depressão Pós Parto N=21	Teste	p	Tamanho de efeito	Poder observado
ASSIST						
Tabaco	2,62 (±6,53)	4,55 (±6,76)	1,3 ^(a)	0,3 ^(a)	0,01 ^(b)	0,2 ^(c)
Álcool	1,02 (±2,97)	2,85 (± 3)	6,3 ^(a)	0,01 ^(a)	0,06 ^(b)	0,7 ^(c)
Maconha	0,07 (±0,66)	0,45 (±0,67)	5,2 ^(a)	0,02 ^(a)	0,05 ^(b)	0,62 ^(c)
Gestação Planejada			0,1 ^(d)	0,74 ^(d)	0,1 ^(d)	
Sim	57 (70,4%)	14 (66,7%)				
Não	24 (29,6%)	7 (33,3%)				
Pré natal efetivo			2,2 ^(d)	0,13 ^(d)	0,14 ^(e)	
Sim	79 (97,5%)	19 (90,5%)				
Não	2 (2,5%)	2 (9,5%)				
Já foi vítima de violência?			7,2 ^(d)	0,00 ^(d)	0,26 ^(e)	
Sim	6 (7,4%)	6 (28,5%)				
Não	75 (92,6%)	15 (71,5%)				
Recebe suporte psicológico?			2,3 ^(d)	0,13 ^(d)	0,14 ^(e)	
Sim	9 (11,1%)	5 (23,8%)				
Não	72 (88,9%)	16 (76,2%)				

(continua...)

Tabela 2 – *continuação*

	Sem Risco N=81	Depressão Pós Parto N=21	Teste	p	Tamanho de efeito	Poder observado
Recebe apoio de amigos, Parceiros, familiares?			15,8 ^(d)	0,00 ^(d)	0,4 ^(e)	
Sim	66 (81,5%)	8 (38,1%)				
Não	15 (18,5%)	13 (61,9%)				
Nascimento do bebê?			4,54 ^(d)	0,1 ^(d)	0,21 ^(e)	
A termo	67 (82,7%)	13 (61,9%)				
Pré-termo	10 (12,4%)	5 (23,8%)				
Pós-termo	4 (4,9%)	3 (14,3%)				
Tipo de parto			0,99 ^(d)	0,6 ^(d)	0,01 ^(e)	
Normal	43 (53,1%)	12 (57,1%)				
Cesariana	28 (34,6%)	8 (38,1%)				
Fórceps	10 (12,3%)	1 (4,8%)				

^(a)Análise de Variância- ANOVA ^(b)Teste Eta Square (η^2) ^(c)No caso da ANOVA, foi inserido o poder observado das análises ^(d)Teste de Qui-Quadrado ^(e)Teste de Cramer.

De forma geral, o uso de substâncias foi maior entre as mulheres do GDPP, entretanto a Análise de Variância detectou diferenças significantes para o uso de álcool e maconha (*Teste de Sheffé*, $p < 0,05$). No caso do álcool, a pontuação de uso foi aproximadamente 2,5 vezes maior e 6,5 vezes maior para o uso de maconha no GDPP. Em relação ao fato de terem planejado suas gestações aproximadamente 70% das mulheres de ambos os grupos relataram que planejaram a gravidez e quanto ao de terem tido um cuidado Pré-natal efetivo, observou-se uma resposta positiva para aproximadamente 97% do GSR e 90% do GDPP. Em relação ao fato de já terem sido vítimas de violência doméstica pelos seus parceiros, quase 30% das mulheres do GDPP afirmaram que sim, em comparação ao GSR (7,5%). Entretanto,

somente 23% das mulheres do GDPP recebem algum tipo de suporte psicológico. Em relação ao suporte de amigos e familiares no cuidado com a criança, enquanto mais de 80% das mulheres do GSR relataram receber alguma ajuda, observou-se que somente 38% das mulheres do GDPP afirmaram receber algum suporte. Em relação ao tipo de nascimentos, embora não tenham sido detectadas diferenças significantes, observou-se o dobro de nascimentos pré-termo e o triplo de nascimento pós termo no GDPP.

A Tabela 3 indica as principais diferenças entre a pontuação bruta do EPDS, o consumo de substâncias e das variáveis comportamentais entre as puérperas que recebem (grupo SIM) e não recebem (grupo NÃO) apoio de familiares/amigos em relação ao recém-nascido.

Tabela 3 – Diferenças entre as puérperas que afirmaram receber (SIM) e não receber (NÃO) apoio de familiares e/ou amigos no cuidado à(s) criança(s) em relação à última gestação. São Paulo, SP, Brasil (2015), (N=101).

	SIM N=74	NÃO N=28	Teste	p	Tamanho de efeito	Poder observado
EPDS	5,21	9,28	14,6 ^(a)	0,00 ^(a)	0,12 ^(b)	0,96 ^(c)
ASSIST						
Tabaco	2,64	4,08	0,85 ^(a)	0,35 ^(a)	0,00 ^(b)	0,15 ^(c)
Álcool	0,66	3,33	18,71 ^(a)	0,00 ^(a)	0,16 ^(b)	0,98 ^(c)
Maconha	0,08	0,37	3,65 ^(a)	0,06 ^(a)	0,03 ^(b)	0,47 ^(c)
Gestação Planejada			2,86 ^(d)	0,09 ^(d)	0,16 ^(d)	
Sim	26 (35,1%)	23 (82,1%)				
Não	48 (64,9%)	5 (17,9%)				
Pré natal efetivo			4,72 ^(d)	0,02 ^(d)	0,21 ^(e)	
Sim	73 (98,7%)	25 (89,3%)				
Não	1 (1,3%)	3 (10,7%)				
Já foi vítima de violência?			6,51 ^(d)	0,01 ^(d)	0,24 ^(e)	
Sim	5 (6,8%)	7 (25%)				
Não	69 (93,2%)	21 (75%)				

(continua...)

Tabela 2 – *continuação*

	SIM N=74	NÃO N=28	Teste	p	Tamanho de efeito	Poder observado
Recebe suporte psicológico?			7,18 ^(d)	0,00 ^(d)	0,27 ^(e)	
Sim	6 (8,1%)	8 (28,6%)				
Não	68 (91,9%)	20 (71,4%)				

^(a)Análise de Variância- ANOVA ^(b)Teste *Eta Square* (η^2) ^(c)No caso da ANOVA, foi inserido o poder observado das análises ^(d)Teste de Qui-Quadrado ^(e)Teste de Cramer.

O grupo NÃO apresentou uma pontuação média para depressão pós-parto 80% maior em relação ao grupo SIM, além de um maior consumo de tabaco e maconha ($p < 0,05$) conforme detectado pelo instrumento ASSIST. Das mulheres que recebem algum tipo de apoio, somente 35% planejaram sua gestação sendo que daqueles do grupo NÃO mais de 80% planejaram a gestação. Além disso, no grupo NÃO, 25% das mulheres relataram sofrer agressões em relação ao grupo SIM (7%) e menos que 30% das mulheres do Grupo NÃO relataram receber algum suporte psicológico.

Discussão

Dentre os principais achados deste estudo, aproximadamente 20% das puérperas apresentavam critérios para a DPP sendo que estas mulheres apresentaram uma frequência maior no uso de substâncias em comparação com aquelas que não possuíam o transtorno. Além disso, observou-se associação entre violência, falta de suporte psicológico e apoio familiar com a DPP em comparação com aquelas que não possuíam o transtorno. As puérperas com DPP relataram que não possuíam este suporte familiar, apresentaram maiores pontuações para DPP e para uso de álcool, além de frequência de relatos de violência e falta de um suporte psicológico.

Em relação à prevalência, os dados encontrados neste estudo são próximos de outros trabalhos brasileiros que também utilizaram o mesmo instrumento, com prevalência aproximada de 20 a 25%⁽⁰³⁻⁰⁵⁾. Em relação ao uso de substâncias, embora tenha sido detectado maior consumo entre as mulheres com DPP, especialmente para álcool e maconha, o efeito desta relação precisa ser melhor estudado pois ainda não é claro na literatura se mulheres com DPP podem aumentar o consumo de substâncias como forma de automedicação, ou o uso prolongado de substâncias pode desencadear processos neuroadaptativos que alteram os sistemas de neurotransmissão, especialmente as monoaminas, ou ainda se a associação entre DPP e o uso de substâncias está associado a aspectos sociais. Em relação ao

primeiro caso, a insônia é um sintoma muito comum na DPP e o uso de álcool e maconha, devido a alguns efeitos relaxantes, pode ser utilizado como um indutor de sono (automedicação). Em relação ao uso crônico de substâncias, existem evidências para o desenvolvimento de transtornos depressivos, especialmente a partir do uso crônico de drogas estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas, cocaína, crack etc.) a partir de um efeito de auto regulação dos receptores monoaminérgicos e redução da produção de monoaminas. Em um estudo recente avaliando mais de 34.000 mulheres francesas⁽¹⁸⁾, os pesquisadores observaram que aquelas com histórico de abuso de substâncias, apresentaram uma chance quase três vezes maior de serem diagnosticadas com DPP.

Observou-se uma associação entre o GDPP com a falta de suporte familiar e a violência familiar e/ou a partir de um parceiro⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Estes dados estão alinhados com outros achados da literatura, em que estas situações experienciadas pelas puérperas podem atuar como fatores de risco para a etiologia do transtorno. Em um estudo avaliando puérperas que imigraram para Taiwan⁽¹¹⁾, os pesquisadores avaliaram de forma longitudinal o efeito de três modelos de suporte social (emocional, instrumental e informacional) às mulheres com DPP. Ao longo do tempo, embora todos tivessem um peso nos modelos de regressão, os suportes emocional e instrumental apresentaram uma correlação inversamente proporcional com a DPP, de modo que quanto maior o apoio, menor os índices de DPP. Em um estudo realizado com 38 puérperas chinesas⁽²¹⁾, dentre os maiores estressores que poderiam agravar a DPP, elas citaram a falta de apoio e as brigas conjugais, que podem acabar por afastar ainda mais potenciais laços emocionais e afetivos com pessoas que poderiam apoiá-las. Desta forma, o suporte familiar parece ser uma das variáveis mais fortemente associadas com a DPP, e no caso deste estudo quase 60% das pacientes com DPP não recebiam suporte familiar. Além disso, no caso do suporte especializado, aproximadamente 24% do GDPP também recebiam algum apoio, o que pode aumentar a vulnerabilidade destas mulheres e por consequência a gravidade do transtorno.

Conclusões

Em suma, neste trabalho observou-se uma relação entre a DPP e o uso de maconha e álcool. Em relação àquelas mulheres que não receberam suporte social, elas apresentaram maiores pontuações para DPP na escala EPDS, além de maior consumo de álcool em comparação com aquelas que recebem algum tipo de suporte. Essas associações podem auxiliar equipes de obstetrícia e de seguimento pré-natal no sentido de prevenir a DPP ou ainda planejar suporte para gestantes com o perfil observado. O presente estudo possui limitações que devem ser levadas em consideração, como uma amostra relativamente pequena para realizar análises estatísticas mais robustas, permitindo avaliar possíveis associações com outras variáveis. Além disso, o ASSIST é um instrumento que permite detectar o consumo de substâncias nos últimos três meses, limitando a compreensão dos pesquisadores acerca de uma possível associação entre um histórico de uso de substâncias e a DPP. Outro ponto a ser ressaltado, é que muitos pesquisadores utilizam testes de auto aplicação, como a EPDS, entretanto, um diagnóstico mais confiável só é possível por meio de entrevista clínica estruturada com um especialista. Por fim, em alguns estudos, os modelos de suporte psicossocial são categorizados de maneira específica e, neste trabalho, as perguntas referentes a este item foram inseridas de maneira não categorizada (suporte emocional, instrumental e informacional).

Referências

3. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153-66.
4. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52.
5. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saude Mater.* 2011;11(4):369-79.
6. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TL, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J. Bras. Psiquiatr.* 2010;59(1):1-9.
7. Correa H, Castro ECT, Santos W, Romano-Silva MA. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. *J Affect Disord.* 2016;204:214-8.
8. McDonald S, Kehler H, Bayrampour H, Fraser-Lee N, Tough S. Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Res Dev Disabil.* 2016;58:20-30.
9. Bodhare TN, Sethi P, Bele SD, Gayatri D, Vivekanand A. Postnatal quality of life, depressive symptoms, and social support among women in southern India. *Women Health.* 2015;55(3):353-65.
10. Gammie SC, Driessen TM, Zhao C, Saul MC, Eisinger BE. Genetic and neuroendocrine regulation of the postpartum brain. *Front Neuroendocrinol.* 2016;42:1-17.
11. World Health Organization (WHO). Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. World Health Organization 2009.
12. Champagne AL, Brunault P, Huguet G, Suzanne I, Senon JL, Body G, et al. Personality disorders, but not cancer severity or treatment type, are risk factors for later generalised anxiety disorder and major depressive disorder in non metastatic breast cancer patients. *Psychiatry Res.* 2016; 236:64-70.
13. Chen HH, Hwang FM, Lin LJ, Han KC, Lin CL, Chien LY. Depression and Social Support Trajectories During 1 Year Postpartum Among Marriage-Based Immigrant Mothers in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(3):350-5.
14. Grote NK, Katon WJ, Russo JE, Lohr MJ, Curran M, Galvin E, et al. Collaborative Care for Perinatal Depression in Socioeconomically Disadvantaged Women: A Randomized Trial. *Depress Anxiety.* 2015;32(11):821-34.
15. Estefan LF, Coulter ML, VandeWeerd C. Depression in Women Who Have Left Violent Relationships: The Unique Impact of Frequent Emotional Abuse. *Violence Against Women.* 2016;22 (11):1397-413.
16. Certain HE, Mueller M, Jagodzinski T, Fleming M. Domestic abuse during the previous year in a sample of postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(1): 35-41.
17. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med.* 1999;44 (4): 51-8.
18. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGMF, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:316-8.
19. Cumming G, Fidler F, Kalinowski P, Lai J. The statistical recommendations of the American Psychological Association Publication Manual: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis. *Australian Journal of Psychology.* 2012;64(3):138-46.
20. Tebeka S, Le Strat Y, Dubertret C. Developmental trajectories of pregnant and postpartum depression in an epidemiologic survey. *J Affect Disord.* 2016;203:62-8.
21. Kita S, Haruna M, Matsuzaki M, Kamibepu K. Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(4):623-34.

22. Kothari CL, Liepman MR, Shama Tareen R, Florian P, Charoth RM, Haas SS, et al. Intimate Partner Violence Associated with Postpartum Depression, Regardless of Socioeconomic Status. *J Affect Disord.* 2016;20(6):1237-46.
23. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum Depression and Social Support in China: A Cultural Perspective. *J Health Commun.* 2016;21(9):1055-61.

Recebido: 18.01.2016
Aceito: 23.01.2017