



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE DO SUL DO BRASIL**PREVALENCE OF ANTENATAL DEPRESSION IN A MATERNITY OF SOUTH OF BRAZIL**

Francisca Begnini¹
Vitória da Silva Belli²
Caroline Louise Machado³
Ana Luiza Dal Ponte⁴
Julia Isadora Turos da Silva⁵
Jean Carl Silva⁶

RESUMO

A depressão é o transtorno psíquico mais prevalente durante a gestação. Sendo assim, objetivou-se identificar a prevalência de depressão gestacional e relacionar a possíveis desfechos neonatais desfavoráveis em uma maternidade pública do sul do Brasil. Para isso, foi realizado estudo do tipo caso-controle através da revisão de prontuários e carteirinhas pré-natais, e aplicação de um questionário padronizado (Edinburgh Postnatal Depression Scale) às pacientes no período de pós-parto imediato. Foram selecionadas 804 gestantes, alocadas em dois grupos: portadoras de depressão gestacional (casos) e ausência de depressão (controle). Os modelos de regressão logística multinominal para cálculo de razão de chance demonstraram que 176 pacientes (21,9%) apresentaram depressão gestacional, e que a amostra não obteve resultados significantes quanto aos desfechos negativos para o recém-nascido, como prematuridade [1,13 (0,45-2,86); $p = 0,78$], baixo peso ao nascer [0,776 (0,370-1,631); $p = 0,503$], Apgar baixo no 1º [1,58 (0,68-3,69); $p = 0,28$] e no 5º minuto [0,79 (0,07-9,11); $p = 0,85$] e encaminhamento para UTI neonatal [0,54 (0,13-2,29); $p = 0,41$]. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Diante dos resultados obtidos, encontrou-se prevalência de 21,9% de depressão na população estudada. Todavia, não foi possível correlacionar a depressão gestacional aos desfechos negativos para o recém-nascido.

Descritores: Depressão. Gestação. Prevalência.

¹Graduanda do curso de Medicina na Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE – Joinville (SC), Brasil. Email: franciscabegnini@gmail.com.

²Graduanda do curso de Medicina na Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE – Joinville (SC), Brasil. Email: vitória.ds.belli@gmail.com.

³Graduanda do curso de Medicina na Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE – Joinville (SC), Brasil. Email: carol.louisemachado@gmail.com.

⁴Graduanda do curso de Medicina na Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE – Joinville (SC), Brasil. Email: anadponte@gmail.com.

⁵Graduanda do curso de Medicina na Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE – Joinville (SC), Brasil. Email: juliaturos@gmail.com.

⁶PhD em Ciências Médicas (UNIFESP/SP); Supervisor do Setor de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas; Professor Adjunto na Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE – Joinville (SC), Brasil. Email: jeancarl Silva@gmail.com.



ABSTRACT

Depression is the most prevalent psychiatric disorder during the pregnancy. Therefore, the aim of the study was to identify the prevalence of antenatal depression and related with neonatal adverse outcome in a maternity hospital in the south of Brazil. Consequently, we proposed a case-control by means of a systematic revision of medical records and appliance the Edinburg Postnatal Depression Scale to the patients in immediate postpartum period. A total of 804 patients were selected and located in two groups: pregnant woman carrier of antenatal depression (case) and absence of depression (control). A multinominal logistic regression model were used to measure the Odds ratio. It demonstrated that 176 patients (21,9%) had antenatal depression according to the scale applied, and non-significant adverse outcome, as prematurity [1,13 (0,45-2,86); $p = 0,78$], low birth weight [0,776 (0,370-1,631); $p = 0,503$], low Ápgar at 1º minute [1,58 (0,68-3,69); $p = 0,28$] and 5º minute [0,79 (0,07-9,11); $p = 0,85$], neonatal ICU [0,54 (0,13-2,29); $p = 0,41$], were found. Given the results obtained, the prevalence of antenatal depression was 21,9%. Besides it, we did not identify a significant relation between negative outcomes and depression.

Keywords: Depressive disorder. Pregnancy. Prevalence. Risk factors.

INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada como um período de grandes transformações, envolvendo diversas modificações físicas, hormonais, psíquicas e de interação social⁽¹⁾, sendo a depressão o transtorno psíquico mais prevalente nesse período⁽²⁾.

Ao redor do mundo, a prevalência de depressão gestacional varia de 7,4% a 50%⁽³⁾, e no Brasil, de 15% a 28%⁽⁴⁾. A prevalência de transtornos mentais pré-natais em países de baixa à média renda é de 15,6%, sendo aproximadamente 50% maior que a dos países de alta renda⁽⁵⁾.

Os sintomas depressivos são comuns na gestação, variando de 11,9% a 33,8%⁽¹⁾. Em um estudo de coorte com 3024 gestantes, cerca de 12% apresentaram sintomas depressivos pré-natal⁽⁶⁾. Além disso, comparando duas gerações de mães com depressão gestacional, é possível observar que a depressão durante a gestação é aproximadamente 51% mais comum entre as mães jovens atualmente do que durante a geração de suas mães há 25 anos⁽⁷⁾.

A depressão consiste em humor triste, cansaço, perda da capacidade de sentir prazer, diminuição de interesses e atividades, de forma contínua por, no mínimo, duas semanas consecutivas. Aliado ainda a alterações no apetite, sono, peso, dores, mal-estar físico, sentimento de irritabilidade, culpa excessiva, pensamentos de morte ou ideação suicida e déficit cognitivo⁽⁸⁾.

Estes efeitos da depressão podem atingir a saúde do recém-nascido, acarretando baixo peso ao nascer, prematuridade, e atraso no crescimento no primeiro ano de vida⁽⁹⁾. Também pode estar associada a baixos padrões de alimentação infantil, hospitalizações frequentes e maiores despesas de saúde⁽¹⁰⁾. Além de afetar a saúde do recém-nascido, pode prejudicar a saúde materna, relacionando-se ao aumento da depressão pós-parto⁽¹¹⁾.



Sendo assim, é de fundamental importância que a depressão continue sendo investigada cuidadosamente na clínica e pela literatura, a fim de que o diagnóstico e o tratamento desse transtorno possam ter uma ação preventiva na saúde da gestante e do recém-nascido⁽⁸⁾. Portanto, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de depressão gestacional em parturientes e relacionar essa enfermidade com possíveis desfechos negativos na saúde do recém-nascido em uma maternidade pública do sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, desenvolvido em uma maternidade pública, referência no sul do Brasil, pois abrange os municípios vizinhos da região nordeste do estado de Santa Catarina (SC) e é componente parto-nascimento da Rede Cegonha da cidade de Joinville (SC).

Foram incluídas parturientes internadas na maternidade, no período de pós-parto imediato até 48 horas após o nascimento, procedentes de Joinville (SC) e maiores de 18 anos. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2017, através da revisão de prontuários e carteirinhas pré-natais, e aplicação de dois questionários padronizados auto-preenchíveis.

O questionário inicial aplicado foi composto de questões acerca de características socioeconômicas (cor, estado civil, escolaridade, ocupação atual, bairro residencial). Conjuntamente, foi aplicado o questionário *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) adaptado⁽¹²⁾. Trata-se de um instrumento validado para mensurar a intensidade dos sintomas depressivos durante a gravidez e no período pós-parto. Compõem-se de 10 questões, que englobam sintomas como humor deprimido ou disfórico, alterações do sono, ideação suicida, diminuição do desempenho e do prazer, e culpa, e cujas opções de resposta são pontuadas a partir da presença ou intensidade do sintoma. Com isso, uma pontuação de 12 ou mais indica probabilidade de depressão⁽¹²⁾. Além das questões originais da escala, foram elaboradas e adicionadas pelos pesquisadores duas perguntas a fim de obter informações quanto ao histórico prévio de depressão e ao uso de medicação para tratamento da enfermidade.

Após a coleta dos dados, as participantes da pesquisa foram alocadas em dois grupos, um grupo formando os casos, composto pelas pacientes sintomáticas, conforme apontado pelo questionário (EPDS \geq 12), e outro grupo constituiu o controle, reunindo as mulheres sem escore positivo para distúrbio depressivo no período gestacional.

Para a análise estatística da amostra, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 21.0, que avaliou as variáveis de forma descritiva. Foi utilizado o teste T a fim de verificar a hipótese de igualdade entre as médias dos grupos, porém, caso a normalidade fosse rejeitada, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O teste de normalidade utilizado foi o Kolmogorov-Smirnov. Para testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, optou-se



pelo teste Quiquadrado ou o teste exato de Fisher para frequências menores que 5. Além disso, foram construídos modelos de regressão logística multinomial para cálculo de razão de chance, de modo a examinar a presença de depressão e a relação com os desfechos avaliados, e ajustar o efeito das variáveis de confusão. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da região de Joinville (UNIVILLE), sob o parecer de número 1.871.946, no ano de 2016, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamentou tal pesquisa.

RESULTADOS

A amostra global foi composta por 804 gestantes entrevistadas, sendo que 176 (21,9%) foram diagnosticadas com distúrbios depressivos durante a gestação segundo o questionário aplicado (EPDS ≥ 12) e 628 (78,1%) com ausência de depressão (EPDS < 12). Abordadas quanto à presença de episódio depressivo prévio, 24,4% das mulheres com escore para depressão gestacional responderam de forma afirmativa, sendo que destas 17,6% realizaram tratamento. Entre as pacientes que não atingiram a pontuação para sintomas depressivos durante a gestação, 2,6% apresentaram episódio prévio de depressão e, entre estas, 1,4% foi tratada.

A distribuição da amostra nos grupos de estudos, depressão e ausência de depressão, realizou-se de acordo com características clínicas e socioeconômicas. Ao serem confrontados, encontrou-se significância estatística para estado civil, escolaridade, número de gestações, trimestre de início do pré-natal e depressão prévia. Sendo assim, as participantes classificadas com sintomas depressivos gestacionais se caracterizam por maior porcentagem de pacientes casadas, com ensino médio completo, número médio de gestações, início do pré-natal precoce e maior taxa de episódio depressivo anterior. A descrição da amostra está contida na tabela 1.

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas, verificou-se que a média do número de consultas para as mulheres com pontuação ≥ 12 na escala foi de 8,14 (DP = $\pm 3,29$), enquanto para as gestantes que não atingiram a nota de corte foi de 8,42 (DP = $\pm 3,25$). Todavia, não houve significância estatística entre os resultados obtidos. Quanto aos desfechos considerados para o bebê, realizou-se análise multivariada dos parâmetros entre o grupo de pacientes com depressão e sem depressão. Entretanto, o estudo não resultou em dados significativos para prematuridade, peso menor que 2500 g, Apgar no primeiro e quinto minutos baixo, e necessidade de cuidados em unidade de terapia intensiva. A análise multivariada está apresentada na Tabela 2.



DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se uma taxa de 21,9% das participantes com escore positivo para depressão gestacional segundo o instrumento aplicado ($EPDS \geq 12$). Esse resultado foi semelhante aos estudos realizados em países em desenvolvimento, incluindo um trabalho nacional que constatou prevalência de depressão durante a gravidez em torno de 20%^(13, 14).

Quanto ao perfil sociodemográfico associado ao transtorno depressivo em gestantes, estudos brasileiros e em países em desenvolvimento apontaram como fatores de risco a baixa escolaridade, ser solteira ou divorciada⁽²⁾, e ter maior número de nascimentos e filhos⁽¹⁵⁾. Entretanto, esta pesquisa evidenciou dados discordantes da literatura apresentada, visto que o grupo de mulheres com depressão ($EPDS > 12$) apresentou escolaridade até ensino médio, a maior parte do grupo analisado era casada, com número médio de gestações de $1,6 \pm 1,7$.

Entre as mulheres que, no questionário, apresentaram índices compatíveis com depressão, a minoria (24,4%) possuía histórico de depressão anterior, fator que dificulta a suspeita diagnóstica para o episódio atual, e corrobora com o grande número de mulheres subdiagnosticadas e com a baixa assistência a essa patologia⁽¹⁶⁾.

A literatura reforça ainda as consequências e as exposições ocasionadas pelo transtorno depressivo, tal como a exposição ao uso de tabaco, álcool e drogas, que juntamente a má adesão ao pré-natal, acabam por culminar em desfechos negativos para o conceito, a exemplo de baixo peso ao nascer (< 2.500 g) e prematuridade, podendo afetar o desenvolvimento da criança⁽¹³⁾.

A presente análise não encontrou a mesma associação de causa e consequência entre transtorno depressivo com o baixo peso ao nascer (BPN) e prematuridade. Contudo, a taxa de prematuridade global da população estudada foi de 4,8%, sendo inferior à taxa geral brasileira que, segundo o estudo “Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido”, foi de 11,5%⁽¹⁶⁾.

Quanto à frequência de nascidos com baixo peso, a taxa global encontrada foi de 4,7%, e também não houve significância estatística entre os grupos. Todavia, as pacientes com escores positivos para depressão apresentaram porcentagem 5,7% de BPN, enquanto o grupo controle apresentou 4,5%, que coincide com a literatura nacional que tem taxa maior de BPN entre neonatos filhos de mulheres com transtorno depressivo^(17, 18).

Entretanto, destaca-se que o estudo foi realizado em uma maternidade com índices de desfechos negativos inferiores aos nacionais, o que pode ter influenciado na ausência de significância estatística na relação entre depressão e desfechos negativos para o neonato. Além disso, ressalta-se que, apesar dos dados levantados serem de grande valia para melhor compreensão do transtorno depressivo durante a gestação e assistência a essas mulheres, esse estudo apresenta algumas



limitações. Dentre elas, a realização da coleta de dados nas primeiras 48h pós-parto e a aplicação de um questionário auto referido, podendo ter influência nas informações fornecidas, tanto pelo período de transição enfrentado pela mulher, quanto pelo viés de recordatório.

Não foram encontrados desfechos negativos imediatos, porém, a depressão não tratada durante a gestação pode ter efeitos prejudiciais a curto e a longo prazo, tanto para a mãe, quanto para o desenvolvimento infantil-juvenil desta criança⁽¹⁶⁾. A saúde mental materna, no período pré e pós-gestacional, pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento do feto, na medida em que afeta a qualidade e a disponibilidade do cuidado e a interação do binômio mãe-criança⁽¹⁹⁾.

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas, não houve diferença entre os grupos caso e controle. No entanto, vale ressaltar que, em outras pesquisas, a presença de transtorno depressivo durante a gestação mostrou ter interferência negativa na aderência ao acompanhamento do pré-natal e seguimento das orientações oferecidas nas consultas⁽²⁰⁾.

O pré-natal é um momento oportuno para intervenções terapêuticas na saúde mental da mulher, uma vez que, durante este período, as mulheres estão motivadas e preocupadas com a saúde do concepto, e conseqüentemente mais dispostas a reverem suas atitudes e a adotarem novos comportamentos em saúde. Diante disso, a saúde mental deve fazer parte dos rastreios no pré-natal^(20, 21).

Sabe-se que a temática ainda apresenta carência de informações em países de baixa e média renda, principalmente entre mulheres de baixo status socioeconômico nos grandes centros urbanos, onde vivem sob condições de violência e falta de apoio social, tornando este problema uma causa de saúde pública⁽²²⁾. Devido a isso, destaca-se a importância da realização de novos estudos acerca da temática e de uma abordagem integral da saúde da gestante. A intervenção precoce neste processo patológico é um fator protetor para danos maiores, como transtorno depressivo pós-parto e risco ao desenvolvimento da criança ante e pós-natal⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, encontrou-se prevalência de 21,9% de depressão gestacional em parturientes atendidas na instituição, com perfil caracterizado por maior porcentagem de pacientes casadas, com ensino médio completo, início do pré-natal precoce e maior taxa de episódio depressivo anterior. Contudo, não foi identificada significância quanto aos desfechos negativos neonatais, tais como: prematuridade, peso menor que 2500 g, Ápgar no primeiro e quinto minutos baixo, e necessidade de cuidados em unidade de terapia intensiva.



Logo, diante dos dados apresentados nota-se a importância do atendimento de pré-natal de qualidade, para conseguir prevenir, detectar e tratar a depressão durante a gestação, para evitar desfechos negativos, sendo o atendimento multiprofissional uma alternativa⁽²⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Lima MOP, Tsunechiro MA, Bonadio IC, et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta paul. enferm.* 2017;30(1):39-46.
2. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, et al. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending public health in Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(12):2725-36.
2. Wang Y, Wang X, Liu F, et al. Negative life events and antenatal depression among pregnant women in rural China: the role of negative automatic thoughts. *PLoS ONE.* 2016;11(12):1-14.
3. Moraes EV, Campos RN, Avelino MM. Depressive symptoms in pregnancy: the influence of social, psychological and obstetric aspects. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2016;38(6):293-300.
4. Alipour Z, Kheirabadi GR, Eslami AA, et al. Psychological profiles of risk for antenatal depression and anxiety in Iranian sociocultural context. *J. Educ. Health Promot.* 2018;160(7):1-16.
5. McDonald SW, Lyon AW, Benzies KM, et al. The all our babies pregnancy cohort: design, methods, and participant characteristics. *BMC Pregnancy and Child birth.* 2013;13(1):1-12.
6. Pearson RM, Carnegie RE, Cree C, et al. Prevalence of prenatal depression symptoms among 2 generations of pregnant mothers. *JAMA Network Open.* 2018;1(3):1-10.
7. Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(2):219-227.
8. Thiengo DL, Pereira PK, Santos JFC, et al. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. *J. bras. de psiquiatr.* 2012;61(4):214-220.
9. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, et al. The impact of antenatal depression on perinatal outcomes in Australian women. *PLoS One.* 2017;12(1):1-16. Accort EE, Cheadle ACD, Schetter CD. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Matern. Child Health J.* 2015;19(6):1306-1337.
10. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(11):2577-2588.
11. Castro e Couto T, Cardoso MN, Brancaglioni MYM, et al. Antenatal depression: prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *J Affect Disord.* 2016;192:70-75.
12. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cezar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(9):1-10.



13. Silva MMDJ, Leite EPRC, Nogueira DA, et al. Depression in pregnancy: prevalence and associated factors. *Investig y Educ en Enferm.* 2016;34(2):342–350.
14. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(1):192-207.
15. Flynn HA, McBride N, Cely A, et al. Relationship of prenatal depression and comorbidities to infant outcomes. *CNS Spectrums.* 2015;20(1):20-28.
16. Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo LA, et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(10):1939-1948.
17. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2014;19(1):215-226.
18. Costa DO, Souza FIS, Pedroso GC, et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2018;23(3):691-700.
19. Kassada DS, Waidman MAP, Miasso AI, et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta paul. enferm.* 2015;28(6):495-502.
20. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(5):335-343.
21. Nephew BC, Carini LM, Sallah S, et al. Intergenerational accumulation of impairments in maternal behavior following postnatal social stress. *Psycho. Neuro. Endocrinology.* 2017;82:98-106.
22. Legere LE, Wallace K, Bowen A, et al. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy Childb.* 2017;17(1).

TABELAS

Tabela 1 - Análise do perfil das gestantes classificadas com depressão e não depressão.

	Amostra global (N=804)	Grupo de estudo		Normal vs. Depressão (p)
		Depressão (N=176)	Normal (N=628)	
Idade materna	27,0 ± 6,0	27,5 ± 6,3	26,9 ± 6,0	0,24 *
Etnia				

continua



continua

Etnia

Branca	558 (69,4)	129 (73,3)	428 (68,5)	0,25 **
Preta	43 (5,3)	9 (5,1)	33 (5,3)	0,91 **
Outra	190 (23,6)	36 (20,5)	153 (24,5)	0,24 **

IMC

Baixo peso	69 (8,6)	18 (10,2)	51 (8,2)	0,32 **
Normal	342 (42,5)	67 (38,1)	273 (43,7)	0,29 **
Sobrepeso	208 (25,9)	43 (24,4)	164 (26,2)	0,79 **
Obesidade	141 (17,5)	34 (19,3)	107 (17,1)	0,37 **

Estado civil

Solteira	133 (16,5)	39 (22,2)	94 (15,0)	0,02 **
Casada	649 (80,7)	130 (73,9)	516 (82,6)	0,01 **
Outra	20 (2,5)	6 (3,4)	14 (2,2)	0,37 **

Escolaridade

Analfabeto	1 (0,1)	1 (0,6)	(0,0)	...
Fundamental	202 (25,1)	51 (29,0)	149 (23,8)	0,16 **
Médio	514 (63,9)	99 (56,3)	414 (66,2)	0,01 **
Superior	83 (10,3)	24 (13,6)	59 (9,4)	0,10 **
Número de gestações	1,4 ± 1,5	1,7 ± 1,6	1,3 ± 1,4	< 0,01 *

Início do pré-natal

Não realizou	17 (2,1)	7 (4,0)	10 (1,6)	0,05 **
1º Trimestre	670 (83,3)	137 (77,8)	531 (85,0)	0,02 **
2º Trimestre	74 (9,2)	21 (11,9)	52 (8,3)	0,14 **
3º Trimestre	42 (5,2)	13 (7,4)	29 (4,6)	0,14 **
Depressão anterior	59 (7,3)	43 (24,4)	16 (2,6)	< 0,01 **
Tratada	42 (5,2)	31 (17,6)	9 (1,4)	< 0,01 **
Não tratada	17 (2,1)	12 (6,8)	7 (1,2)	

Outras condições**anteriores**

Tabagismo	63 (7,8)	18 (10,2)	44 (7,0)	0,16 **
DM II	38 (4,7)	10 (5,7)	28 (4,5)	0,50 **
HAS	74 (9,2)	22 (12,5)	52 (8,3)	0,08 **

Testes estatísticos: * Teste T; ** Qui-q 1.



Fonte: Autoria própria (2018).

Tabela 2 - Análise multivariada dos desfechos no recém-nascido.

Desfechos	Grupo (1º trimestre)	N (%)	OR Ajustado (CI 95%)	p
Prematuridade	Normal	8 (4,5)	-	0,78
	Depressão	31 (5,0)	1,13 (0,45-2,86)	
Peso < 2500g	Normal	28 (4,5)	-	0,503
	Depressão	10 (5,7)	0,776 (0,370-1,631)	
Apgar-1 baixo	Normal	7 (4,0)	-	0,28
	Depressão	37 (5,9)	1,58 (0,68-3,69)	
Apgar-5 baixo	Normal	1 (0,6)	-	0,85
	Depressão	4 (0,6)	0,79 (0,07-9,11)	
UTI	Normal	3 (1,7)	-	0,41
	Depressão	9 (1,4)	0,54 (0,13-2,29)	

Fonte: Autoria própria (2018).