

Graziele Castro Cirqueira
grazi_gbi@hotmail.com

Nutricionista. Universidade Federal do Recôncavo Baiano, Santo Antônio de Jesus – Bahia, Brasil.

Jerusa da Mota Santana
jersanutri@gmail.com

Doutora em Saúde Pública e Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia – Bahia, Brasil.

Cinthia Soares Lisboa
cinthiaslisboa@gmail.com

Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

Núbia Samara Caribé de Aragão
nscaribe@hotmail.com

4Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

Djanilson Barbosa dos Santos
djanilsonb@gmail.com

5Doutor em Saúde Pública e Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo Baiano, Santo Antônio de Jesus – Bahia, Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

INTERCORRÊNCIAS NO PRIMEIRO TRIMESTRE: ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RECÔNCAVO BAIANO

INTERCURRENCES IN THE FIRST TRIMESTER: PRENATAL CARE IN THE FAMILY HEALTH UNITS OF THE RECÔNCAVO BAIANO

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (processo 7190/2011 e APP0038/2011), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) (processo 481509/2012-7). E a todas as gestantes que participaram dessa pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES

Cirqueira GC contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual; Santana JM e Santos DB contribuíram na análise e redação do manuscrito; Lisboa CS e Aragão NSC contribuíram na redação e revisão do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram manuscrito final.

RESUMO

Introdução: a gravidez é um processo fisiológico natural compreendido por mudanças quanto aos aspectos físicos, emocionais e nutricionais. No Brasil, a morbimortalidade materna ainda é considerada elevada, ainda que a maioria das complicações e mortes sejam preveníveis por meio de uma assistência qualificada, adequada a cada período gestacional, para identificação e atendimento precoce das intercorrências gravídicas.

PALAVRAS-CHAVE:

Primeiro Trimestre da Gravidez. Complicações na Gravidez. Cuidado Pré-Natal.

Objetivo: identificar a prevalência e os fatores associados às intercorrências durante o primeiro trimestre gestacional em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em um município do Recôncavo da Bahia entre o ano de 2012 e 2013. **Material e Métodos:** estudo transversal aninhado a coorte. Utilizou-se entrevista, avaliação antropométrica, uso do teste Qui Quadrado de Pearson para comparar as proporções de intercorrências na gestação com as seguintes variáveis: tabagismo, etilismo, altura materna, idade materna, número de gestações, escolaridade materna e renda. **Resultados:** identificou-se maior prevalência de infecção urinária (20%) e as intercorrências no primeiro trimestre (33,3%), foram multiparidade (24,3%) ($p=0,046$), etilismo (13%) ($p=0,018$) e tabagismo (8,6%) ($p=0,039$). **Discussão:** de acordo com os resultados, percebe-se que as variáveis estudadas podem estar associadas ao aumento das intercorrências obstétricas. **Conclusão:** esses resultados podem subsidiar a atenção à saúde no que concerne às políticas voltadas ao público de gestantes, com a intenção de proporcionar uma assistência ao pré-natal qualificada, além de incentivar a capacitação dos profissionais que trabalham com esse público na atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: The pregnancy is a natural physiological process comprised of changes in physical, emotional, and nutritional aspects. In Brazil, maternal morbidity and mortality are still considered high, although the most of the complications and deaths are preventable through a qualified care, appropriate to each gestational period for identification and early care of pregnancy complications.

Objective: To identify the prevalence and factors associated to the complications during the first trimester of pregnancy in women treated in the Unified Health System in a municipality of Recôncavo da Bahia between the year 2012 and 2013. **Material and Methods:** Cross-sectional study nested to cohort. An interview, an anthropometric evaluation, and the use of Pearson's Qui Quadrado test were used to compare the proportions of intercurrents in the gestation with the following variables: smoking, ethnicity, maternal height, maternal age, number of pregnancies, maternal schooling and income. **Results:** was identified higher prevalence of urinary tract infection (20%) and the intercurrents in the first trimester (33.3%) were multiparity (24.3%) ($p=0.046$), alcohol consumption (13%) ($p=0,018$) and smoking (8.6%) ($p=0.039$). **Discussion:** according to the results, it can be seen that the variables studied may be associated with an increase in obstetric intercurrents. **Conclusion:** these results can subsidize health care with regard to policies aimed at the public of pregnant women, with the intention of providing qualified prenatal care, as well as encouraging the training of professionals working with this public in basic care.

Keywords: Pregnancy Trimester, First; Pregnancy Complications; Prenatal Care.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico natural compreendido por intensas e necessárias mudanças quanto aos aspectos físicos, emocionais e nutricionais durante este ciclo na vida da mulher. O primeiro trimestre gestacional caracteriza-se por adaptações no corpo feminino. Espera-se que a evolução aconteça sem intercorrências, entretanto, o período gestacional considerado um fenômeno natural, muitas vezes pode ser acompanhado de alterações patológicas, levando a um desfecho desfavorável para a gestante, ao feto ou a ambos.^{1,2}

No Brasil, a morbimortalidade materna ainda é considerada elevada, ainda que a maioria das complicações e mortes que ocorrem seja preveníveis por meio de uma assistência qualificada, adequada a cada período gestacional, tendo em vista a identificação e o atendimento precoce das intercorrências gravídicas.² Autores registram a existência de algumas condições que conferem risco para a evolução adequada da gestação, aumentando a probabilidade de intercorrências nesse período, tais como: idade menor que 15 anos e maior que 35 anos, baixa escolaridade materna, baixo peso, sobrepeso, obesidade, altura menor que 1,45 metros, desequilíbrio no estado nutricional, multiparidade, condições sociodemográficas desfavoráveis e adoção de estilo de vida inadequado.^{3,4}

As intercorrências gestacionais mais frequentes são as doenças infectocontagiosas, como por exemplo, infecção do trato urinário, infecção respiratória, toxoplasmose, rubéola, entre outras. Além disso, há as doenças clínicas diagnosticadas na gestação, como: diabetes, hipertensão, obesidade e anemia.⁵ É importante salientar que esses fatores podem estar presentes anteriormente e compreendem também características individuais, como condições clínicas pré-existentes; tais intercorrências podem afetar a vida da mulher e prejudicar o desenvolvimento adequado do feto.²

As estatísticas registram elevada prevalência de morbimortalidade materna e fetal em consequência de intercorrências na gestação no Brasil. Assim, segundo o Ministério da Saúde (2012), ocorreram cerca de 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em decorrência de complicações no período gestacional, considerada uma elevada taxa de mortalidade materna, diante dos avanços na área da saúde que ocorreram no país na última década.⁶

Para que a gestação evolua de forma adequada, é fundamental atenção pré-natal de qualidade e humanizada para a saúde materna e neonatal. O pré-natal é constituído por procedimentos clínicos e educativos, com o intuito de acompanhar o desenvolvimento da gestação, assim como orientar a mulher e a família sobre a gravidez, o parto e os cuidados necessários com a mãe e o recém-nascido, incluindo ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos problemas que podem ocorrer neste período.⁷

É importante identificar precocemente as intercorrências no período gestacional, tendo em vista a realização do tratamento adequado e redução dos índices de morbimortalidade materna, além de favorecer as condições adequadas ao nascimento (peso e idade gestacional ao nascer) e diminuição da mortalidade perinatal. O acompanhamento das principais intercorrências gestacionais durante o pré-natal faz parte das recomendações do Ministério da Saúde com a finalidade de minimizar os riscos e óbitos maternos.^{7,8}

Devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade materna e infantil ainda constituem problemas de saúde pública, a redução e controle destes problemas na população brasileira faz-

se necessária. Assim, o Brasil por meio dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, assumiu compromisso de melhorar a saúde das gestantes e reduzir a mortalidade infantil até 2015, passando a apresentar a redução de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas.⁹ Entretanto, o acesso desigual aos serviços de saúde e demoras na identificação e manejo das complicações relacionadas à gestação permanecem como grandes obstáculos para a sobrevivência e o bem-estar de mulheres.

A morbidade materna ganhou importância devido ao valor preditivo relacionado à mortalidade e atualmente um dos desafios do Brasil é alcançar a redução de mortalidade materna na proporção preconizada. Segundo relatório divulgado pelo Ministério da Saúde em 2014, a taxa de mortalidade materna reduziu 55% no período de 1990 a 2011, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Embora o desempenho do País tenha sido superior às médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina, o Brasil ainda não alcançou a meta.⁹

Apesar das melhorias alcançadas, é importante analisar a mortalidade nas regiões e demais localidades do país. Por exemplo, com relação às regiões, em 2014 a cada 100 mil nascidos vivos, 78,6 mães morreram na região Norte. A região Nordeste apresentou a segunda maior taxa de mortalidade materna, 71,3 mortes/100 mil nascidos vivos, seguido do Centro-Oeste com 54,3 mortes/100 mil nascidos vivos, e região Sudeste apresentou 54,6 mortes/100 mil nascidos vivos e do Sul com 37,6 mortes maternas/100 mil nascidos vivos.⁹

Nessa perspectiva, é importante conhecer as principais variabilidades que envolvem o processo gestacional no primeiro trimestre, tendo em vista a redução da morbimortalidade materna, pois se sabe que as possíveis causas desses óbitos estão ligadas a fatores preveníveis. Um estudo direcionado a esta população é relevante, pois servirá como subsídio para a criação de estratégias de planejamento em busca de medidas plausíveis para a melhoria da qualidade de vida em um período tão importante na vida das mulheres. Este estudo tem como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados às principais intercorrências durante o primeiro trimestre gestacional em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde em um município do Recôncavo da Bahia entre os anos de 2012 e 2013.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal aninhado à coorte prospectiva desenvolvida pelo Núcleo de Investigação em Saúde Materno-Infantil (NISAMI) que faz parte do Projeto “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia”, tendo como instituição executora a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia (Processo nº 4369.0.000.070-10). Assim, após informações sobre todas as etapas da pesquisa, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as fases da pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

O cálculo amostral foi realizado por meio da equação tamanho de amostra para

estimação da proporção populacional.¹⁰ Para tanto foram adotadas as proporções das principais intercorrências gestacionais: hipertensão na gestação (10,26%), diabetes mellitus (20%) e anemia (25,3%), conforme sugerem Oliveira et al.,¹¹ e Santos et al.¹² Realizou-se o cálculo para cada intercorrência, sempre adicionando 15% de perda aceitável para a amostra. Assim, o número amostral considerando a proporção de Diabetes Mellitus gestacional foi de 143 gestantes; para proporção de anemia o cálculo foi de 167 gestantes; para hipertensão arterial na gestação o número amostral foi de 82 gestantes. Adotou-se o número amostral maior de 167 gestantes, assim, optou-se por utilizar todas as gestantes captadas que atenderam aos critérios de inclusão (185 gestantes).

Dessa forma, foram consideradas elegíveis para este estudo gestantes com idade gestacional menor ou igual a 14 semanas, clinicamente saudáveis, com idade maior que 18 anos, residentes na zona urbana de Santo Antônio de Jesus na Bahia, inscritas em serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde, captadas no baseline da coorte NISAMI. Foram excluídos os casos de gestação gemelar, gravidez anembrionária, complicações metabólicas prévias, vírus da imunodeficiência – HIV positivo, abortos e mulheres não residentes no município. A coleta foi realizada por pesquisadores e discentes de nutrição, devidamente treinados pela equipe do NISAMI.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi originalmente elaborado pelos pesquisadores e pré-testado em vinte gestantes, selecionadas ao acaso, em uma unidade de saúde não englobada na pesquisa. Assim, realizou-se entrevista com as gestantes, através de um questionário semiestruturado contendo informações sobre condições socioeconômicas, demográficas, obstétricas, reprodutivas, estado de saúde na gestação, intercorrências gestacionais, estilo de vida, exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, glicemia, vírus da imunodeficiência humana - HIV, vírus linfotrópico da célula humana - HTLV, teste para identificação de pacientes com sífilis - VDRL, citomegalovírus, toxoplasmose, hepatite B, hepatite C, rubéola, parasitológico de fezes). Também foram coletadas informações nos prontuários com relação à data da última menstruação, trimestre da atual gestação, sisprenatal e peso pré-gravídico.

Todos os questionários preenchidos foram revisados em duas etapas: pelos próprios entrevistadores (graduandos do curso de Nutrição e Enfermagem) e pelos supervisores (professores do NISAMI). Os dados foram comparados com as entrevistas originais para avaliar sua qualidade, visando identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes. Após a revisão dos questionários, as informações foram compiladas em um banco de dados informatizado para análise estatística.

No que tange à aferição do peso das gestantes, foi utilizada uma balança marca Marte, capacidade 150Kg e sensibilidade de 100g; a altura foi aferida através de estadiômetro, marca Welmy, com capacidade de 2000 mm e sensibilidade de 0,5 cm. Ambas as medidas (peso, estatura) foram realizadas em duplicata e calculada a média.¹⁰ A classificação do estado antropométrico das gestantes foi realizada por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) e analisado segundo semana gestacional, proposto por Atalah (1997).¹³

Considerou-se como intercorrências durante a gestação: infecção urinária, diabetes mellitus, sangramento ou hemorragia, hipertensão e anemia. Esta delimitação foi baseada em critério do diagnóstico pelo médico e coletadas em prontuários nos serviços de pré-natal. Foram analisadas como variáveis dicotômicas, cujo objetivo foi identificar a presença ou ausência de intercorrência

no primeiro trimestre gestacional.

Primeiramente, para a análise exploratória, realizou-se a proporção para as variáveis categóricas, e como médias, desvio padrão, se discretas ou contínuas. Utilizou-se o teste Qui Quadrado de Pearson, devido ao número amostral pequeno e baixa prevalência dos desfechos para comparar as proporções de intercorrências na gestação com as seguintes variáveis categorizadas: tabagismo (0=Não; 1=Sim), etilismo (0=Não; 1=Sim), altura (0= $\geq 1,50m$; 1= $< 1,50m$), idade materna (0= < 35 anos; 1= ≥ 35 anos), paridade (0=primigesta; 1=múltipara), escolaridade (0= \geq ensino médio; 1= $<$ ensino médio) e renda (0= > 1 salário mínimo; 1= ≤ 1 salário mínimo). Foram consideradas significantes as diferenças estatísticas que apresentaram valor de p menor que 0,05.

Todas as análises foram realizadas no software Statistical Package for Social Sciences - SPSS, versão 17.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica, antropométrica e obstétrica encontra-se descrita na Tabela 01. Das 185 gestantes que participaram do estudo, observou-se que a maioria (71,9%) apresentou idade menor que 35 anos, primigestas (75,7 %), renda familiar maior que um salário mínimo (75,1%), e baixa escolaridade (85,9 %). Com relação ao estilo de vida, houve predomínio de gestantes que não praticavam atividade física (91,4%), não etilistas (87%) e não tabagistas (91,4%).

Tabela 01 - Características sociodemográficas, antropométricas e obstétricas das gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2012-2013.

Variável	N	%
Renda familiar		
> 1 salário mínimo	139	75,1
≤ 1 salário mínimo	46	24,9
Escolaridade materna		
\geq ensino médio	26	14,1
< ensino médio	159	85,9
Idade		
< 35anos	133	71,9
≥ 35 anos	52	28,1
Altura		
$\geq 1,50$ metros	166	89,7
<1,50 metros	19	10,3
Estado antropométrico pré-gravídico		
Não excesso de peso	104	56,2
Excesso de peso	81	43,8
Ganho de peso		
≥ 10 kg	80	43,2
<10 kg	105	56,8
Número de gestações		
Primigesta	140	75,7
Múltipara	45	24,3

Número de consulta de pré-natal		
≥7 consultas	109	58,9
<7 consultas	76	41,1
Atividade física		
Não	169	91,4
Sim	16	8,6
Etilismo		
Não	161	87,0
Sim	24	13,0
Tabagismo		
Não	169	91,4
Sim	16	8,6

No que se refere às intercorrências desencadeadas no primeiro trimestre gestacional, observou-se maior prevalência de infecção urinária (20%), seguido de anemia (18,4%) e sangramento ou hemorragia (8,1%). Enquanto os casos de hipertensão (4,3%) e diabetes mellitus (1,1%) apresentaram menor prevalência (Tabela 02).

Tabela 02 - Intercorrências gestacionais identificadas no primeiro trimestre das gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2012-2013.

Intercorrências	N	%
Infecção urinária		
Sim	37	20
Não	148	8
Diabetes mellitus		
Sim	2	1,1
Não	183	98,9
Sangramento ou hemorragia		
Sim	15	8,1
Não	170	91,9
Hipertensão		
Sim	8	4,3
Não	177	95,7
Anemia		
Sim		
Não	151	81,6

Ao comparar as características segundo as intercorrências gestacionais no primeiro trimestre, observou-se que mães multíparas apresentaram maior prevalência de intercorrências gestacionais quando comparadas às mães primíparas (44,4 %). O estudo revelou que as mulheres que consumiam bebida alcoólica apresentaram maiores (54,1%) intercorrências contrapondo-se com as que não faziam uso (29,9%), o mesmo ocorreu com as gestantes tabagistas, nas quais se observou proporção maior (56,3%) comparando-se com não fumantes (30,7%). As demais variáveis observadas, apesar de ter sido observada relação com as intercorrências, não houve significância quantitativa após a comparação estatística (Tabela 03).

Tabela 03- Presença de intercorrências gestacionais no primeiro trimestre, segundo características socioeconômicas, demográfica e estilo de vida, das gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2012-2013.

Variáveis	Intercorrências		P valor
	Não n (%)	Sim n (%)	
Renda familiar			
> 1sálario mínimo	95 (68,3)	44 (31,7)	0,312
≤ 1sálario mínimo	29 (63)	17 (37)	
Idade			
< 35 anos	93 (70)	40 (30)	0,122
≥ 35 anos	31 (59,6)	21 (40,4)	
Altura			
≥ 1,50 metros	112 (67,5)	54 (32,5)	0,443
< 1,50 metros	12 (63,1)	7 (36,9)	
Número de gestações			
Primigesta	99 (70,7)	41 (29,3)	0,046*
Múltipara	25 (55,6)	20 (44,4)	
Atividade física			
Não	114 (67,4)	55 (32,6)	0,440
Sim	10 (62,5)	6 (37,5)	
Etilismo			
Não	113 (70,1)	48 (29,9)	0,018*
Sim	11 (45,9)	13 (54,1)	
Tabagismo			
Não	117 (69,3)	52 (30,7)	0,039*
Sim	7 (43,7)	9 (56,3)	

* Estatisticamente significativa – $p < 0,05$.

* *Qui Quadrado de Pearson*

DISCUSSÃO

Constatou-se no presente estudo que os resultados selecionados da coorte NISAMI permitem evidenciar que mães múltiparas apresentaram maior prevalência de intercorrências gestacionais quando comparadas às mães primíparas. A investigação revelou que as mulheres que consumiam bebida alcoólica apresentaram maiores intercorrências, contrapondo-se às que não faziam uso, o mesmo ocorreu com as gestantes tabagistas. Além disso, observou-se uma maior prevalência de infecção urinária entre as gestantes pesquisadas durante o primeiro trimestre gestacional. Algumas intercorrências e agravos durante a gravidez são esperadas, uma vez que, no período gestacional podem ocorrer desequilíbrios das funções renais, metabólicas, circulatórias, neurológicas, entre outras.

As intercorrências gestacionais no primeiro trimestre ainda são desafios para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista que os desfechos maternos e fetais são importantes indicadores de saúde de um País. Estimou-se para o ano 2015 a ocorrência de 303 mil óbitos maternos no mundo, com a necessidade de redução da mortalidade materna¹⁴, têm-se constatado maior destaque às morbidades gestacionais com relação à avaliação da saúde materna.¹⁵ Atualmente percebe-se

que têm sido observados empenhos para a compreensão de indicadores que busquem informar a magnitude destas ocorrências no mundo.¹⁶

Neste estudo, os resultados relacionados à idade materna no período gestacional, em destaque às primigestas, corroboram os estudos que apontam que atualmente muitas mulheres estão tendo filhos pela primeira vez com idade média em torno dos 30 anos, devido às preocupações referentes à fertilidade e à saúde da mãe e da criança, todavia ainda pode-se observar um número cada vez maior de gravidez na adolescência.¹⁷ Entretanto, a idade materna não deve ser considerada apenas um fator exclusivamente biológico que, isoladamente, pode acarretar complicações para a mãe e seu filho. Vale salientar que mais preocupante que a idade, são as condições de vida e saúde das gestantes, essencialmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e parto.¹⁸

As gestantes deste estudo apresentaram baixa escolaridade em sua maioria. Estudos revelam a importância do grau de instrução como indicador do nível socioeconômico e da qualidade de vida.¹⁹ Dessa forma, a relação entre o nível de escolaridade e a gravidez pode interferir nos cuidados necessários à manutenção deste período com o menor risco possível de intercorrências, através do pré-natal, por exemplo.²⁰ Entretanto, apesar da baixa escolaridade apresentada neste estudo, a renda familiar não foi considerada um indicador de risco, pois a maioria (75,1%) recebe uma renda maior que um salário mínimo.

No que se refere às mudanças no estilo de vida provocadas pela gravidez, verificamos que houve predomínio de gestantes que não praticavam atividade física (91,4%), o que pode ser justificado pelos medos que acometem as mulheres neste período e elas procuram evitar perigos durante a gravidez. Autores apontam que a gravidez não é uma doença, mas um período que envolve muitas mudanças no organismo materno, assim, a prática de atividade física pode trazer alguns riscos, tais como: hipoglicemia, hipertermia, lesões musculoesqueléticas maternas, diminuição do fluxo sanguíneo para a placenta, entre outras, mas também apresenta benefícios, a saber, melhor controle da gordura corporal, facilitação do trabalho de parto, melhoria da circulação sanguínea, redução do inchaço, alívio nos desconfortos intestinais, fortalecimento da musculatura abdominal e facilidade na recuperação pós-parto, entre outros.²¹

De acordo com os resultados encontrados, percebe-se que o consumo de tabaco e bebida alcoólica estão associados ao aumento de intercorrências obstétricas. Estudos confirmam que o consumo de bebida alcoólica e tabaco durante o primeiro trimestre de gravidez está comprovadamente associado a muitas complicações gestacionais e diretamente ligado ao aumento do risco de malformações fetais.^{22,23} É importante destacar que, sendo a gravidez uma época de profundas alterações físicas e psicológicas na vida da mulher, deve ser também uma oportunidade para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.²⁴

A infecção do trato urinário é um problema frequente na gestação, com prevalência estimada em 20%, podendo ocorrer sob três tipos: a bacteriúria assintomática (BA), a cistite e a pielonefrite.²⁵ Semelhante ao presente estudo que encontrou uma prevalência de infecção urinária de 20%, demonstrando que a infecção do trato urinário é um problema frequente na gestação e continua sendo causa de importantes complicações maternas, tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito fetal. Sendo assim, torna-se importante o rastreamento de bacteriúria mesmo assintomática durante o pré-natal, bem como o tratamento adequado, a fim de detectar precocemente os agravos que poderão surgir durante o ciclo gestacional.

Um estudo realizado em um hospital da Etiópia, em 2012, buscou analisar a prevalência e os preditores da anemia materna, verificou-se prevalência de anemia de 16,6% ²⁶, no presente estudo observou-se uma prevalência de 18,4%. É importante destacar que a anemia no período gestacional é considerada um problema de saúde pública, que afeta países de baixa, média e alta renda, as repercussões da anemia durante a gestação compreendem o baixo peso ao nascer, algumas doenças neurológicas no feto e aumento do risco de mortalidade materna e perinatal. ²⁷

Neste estudo, a prevalência de sangramento vaginal ou hemorragia foi considerada baixa. Segundo Cavanagh²⁷, o sangramento vaginal no primeiro trimestre da gravidez é relativamente comum, ocorrendo em aproximadamente 25% das pacientes que estão grávidas. Em muitas o sangramento é autolimitado e deve-se, provavelmente, à implantação ovular no endométrio. Entretanto, se o sangramento não for autolimitado e for acompanhado de dores fortes, contrações uterinas e colo dilatado, as alterações clínicas são irreversíveis e a gestação está condenada ao fracasso, a qualquer sinal de sangramento é importante avaliação clínica e diagnóstica.

No presente estudo foi encontrada uma prevalência entre os casos de hipertensão de 4,3% e diabetes mellitus 1,1%. O diabetes mellitus gestacional (DMG) e a síndrome hipertensiva da gravidez (SHG) são doenças específicas do ciclo gravídico-puerperal, associadas ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal.^{4,28} A SHG é considerada como uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e fetal, com variação em sua prevalência, verificada em aproximadamente cerca de 2 a 10% das gestações,^{29,30} ao passo que o DMG é um problema metabólico mais frequente na gravidez e sua prevalência pode variar entre 1 a 14%.³⁰ Entre os principais fatores descritos na literatura, condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm se mostrado fatores relacionados ao surgimento desses agravos.^{28,31}

CONCLUSÃO

Entre as razões descritas na literatura científica e estudadas na presente pesquisa, as intercorrências durante o primeiro trimestre gestacional são fatores importantes e que devem ser esclarecidos durante a consulta de pré-natal, este acompanhamento é imprescindível desde o início da gestação, a fim de identificar sinais e sintomas, assim como investigar e tratar precocemente com o objetivo de evitar complicações futuras para a mãe e o feto. Das gestantes pesquisadas, pelo menos uma apresentou algum tipo de intercorrência durante o primeiro trimestre gestacional.

Percebe-se que em algum momento do período gravídico podem acontecer intercorrências de natureza variada, cabendo aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento neste período, atenção, monitoramento e esclarecimento das principais dúvidas durante o atendimento, a fim de prevenir e controlar possíveis complicações durante o primeiro trimestre, especialmente, foco deste trabalho, pelos riscos que poderão ocorrer nesta fase.

Existem limitações com relação à generalização dos dados desta pesquisa, pois as informações apresentadas se referem às participantes do estudo, não podendo ser utilizadas como um todo para grávidas de outras cidades ou do Brasil. Porém, tais resultados podem ser úteis para reflexão acerca do significado das variáveis estudadas e suas possíveis interferências durante o período gestacional.

Portanto, o impacto sobre os cuidados com os hábitos maternos durante a gestação é de significativa relevância, devido aos diferentes graus de complicações nos desfechos obstétricos e a influência nas características clínicas do feto e recém-nascido. Esses resultados podem subsidiar a atenção à saúde no que concerne às políticas voltadas ao público de gestantes, com a intenção de proporcionar uma assistência ao pré-natal qualificada, além de incentivar a capacitação dos profissionais que trabalham com esse público na atenção básica, objetivando auxiliá-los com conhecimentos e práticas sobre esse fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Montenegro CAB, Rezende FJ. *Obstetrícia Fundamental*. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Gestação de alto risco*. 5.ed. Brasília: editora. 304, 2009. Série A. Normas e manuais técnicos.
3. Nogueira NN, Silva DMC, Lima GSP, Cavalcante, RMS. *Alimentação na gestação e na lactação*. In: Cozzolino SMF, Cominetti C, organizadores. *Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição: nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença*. Barueri, SP: Manole; 2013.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. *Mortalidade materna: uma abordagem atualizada*. *Comunicação ciências da saúde, suplemento 22* [online]. 2011; 1:141-152, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 05 jun.2018.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde: *uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012; p. 345-57.
7. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. *Assistência pré-natal no Brasil*. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (1): 85-100.
8. Bonfim CFA. *Estado Nutricional e Intercorrências gestacionais: Uma revisão*. *Rev.Saúde.Com*. 2014; 10(4): 409-421.
9. Brasil. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM*. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

10. Siqueira AL, Sakurou E, Souza MCFM. Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos. Departamento de Estatística/Associação brasileira de Estatística. ISC/UFBA. 2001.
11. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2006; 6 (1): 93-98.
12. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. RevBrasGinecol Obstet. 2012; 34(3):102-6.
13. Atalah E, Castillo CL, Castro RS, Amparo A P. Propuesta de un Nuevo estándar de evaluación nutricional de embarazadas. Rev Med Chile. 1997; 125(12): 1429-36.
14. World Health Organization; United Nations Children's Fund; United Nations Population Fund; World Bank Group; United Nations. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
15. Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tuncalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. Bull World Health Organ 2013; 91:794-6.
16. Say L, Barreix M, Chou D, Tunçalp O, Cottler S, McCaw-Binns A, et al. Maternal morbidity measurement tool pilot: study protocol. Reprod Health 2016; 13:69.
17. Newcombe N. Desenvolvimento Infantil: abordagem de Mussen. 8a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999.
18. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(7):326-34.
19. Costa, M. C. O., Santos, B. C., Souza, K. E. P., Cruz, N. A. L., Santana, M. C., & Nascimento, O. C. (2011). HIV/Aids e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/ HIV/Aids na rede pública de saúde SUS, Bahia, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública, 35(supl. 1), 179-195
20. Teixeira, S. V. B., Rocha, C. R., Moraes, D. S. D. Marques, D. M., & Villar, A. S. E. Educação em saúde: a influência do perfil socioeconômico-cultural das gestantes. Revista de Enfermagem da UFPE. 2010; 4(1): 133-141.
21. Petrov Fieril K, Fagevik Olsén M, Glantz A, Larsson M. Experiences of Exercise During Pregnancy Among Women Who Perform Regular Resistance Training: A Qualitative Study. Physical Therapy.

2014;94(8):1135-43.

22. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

23. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):37-45

24. Lin YH, Tsai EM, Chan TF, Chou FH, Lin YL. Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung medical journal*. 2009 Nov-Dec;32(6):650-61.

25. Hackenhaar, AA, Albernaz, EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.35, n.5, 2013.

26. Melku M, Addis Z, Alem M, Enawgaw B. Prevalence and predictors of maternal anemia during pregnancy in Gondar, northwest Ethiopia: an institutional based cross-sectional study. *Hindawi Publishing Corporation* 2014:1-9.

27. Cavanagh D, Comas MR. Spontaneous abortion. In: Danforth DN, ed. *Obstetrics and Gynecology*. 4th ed. Philadelphia: Harper and Row; 1982:378-392.

28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 302 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

29. World Health Organization. *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Geneva: World Health Organization; 2011.

30. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enferm*. 2010 abr-jun;15(2):250-5

31. Massucatti LA, Pereira RAP, Maioli TU. Prevalência de diabetes gestacional em Unidades de Saúde Básica. *Rev. Enferm Atenção Saúde*. 2012;1(1):70-9.