

**Classificação das barreiras e facilitadores no atendimento e no tratamento a gestantes com hipertensão, diabetes e obesidade segundo o modelo de Crenças em Saúde (HBM).**

Geysa da Silva Bezerra<sup>1</sup>, Baldomero Antonio Kato da Silva<sup>2</sup>

1 Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba  
(UFDPAr)

2 Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr)

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi classificar as barreiras e facilitadores que influenciam no atendimento e tratamento de gestantes de alto risco atendidas em um Centro Especializado em Atendimento Materno Infantil segundo o Modelo de Crenças em Saúde. Trata-se de um estudo de caráter transversal, exploratório e descritivo, com abordagem qualiquantitativa. Foram avaliadas 71 gestantes com idade entre 20 e 40 anos que apresentavam classificação de alto risco por pertencerem a um dos grupos: hipertensão arterial, diabetes mellitus ou obesidade. A análise temática foi utilizada para facilitar a emergência dos temas, em que dois investigadores capturaram significados e padrões que relacionavam as barreiras e facilitadores que estavam presentes no pré-natal das gestantes e, após esta identificação, os mesmos foram classificados de acordo com os critérios do Modelo de Crenças em Saúde. Os resultados sugerem que a barreira ambiental foi a mais frequente para a realização dos atendimentos e a barreira pessoal foi a mais recorrente como barreira de tratamento. Por outro lado, os facilitadores de categorias pessoal e social foram os que mais se destacaram como facilitadores de atendimento e tratamento.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, obesidade.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to classify the barriers and facilitators that influence the care and treatment of high-risk pregnant women treated at a Specialized Center for Maternal and Child Care according to the Health Belief Model. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study, with a qualitative and quantitative approach. We evaluated 71 pregnant women aged between 20 and 40 years who were classified as high risk because they belonged to one of the groups: arterial hypertension, diabetes mellitus or obesity. Thematic analysis was used to facilitate the emergence of themes, in which two researchers captured meanings and patterns that related the barriers and facilitators that were present in the prenatal care of pregnant women and, after this identification, they were classified according to the criteria of the Health Belief Model. The results suggest that the environmental barrier was the most frequent for carrying out the consultations and the personal barrier was the most recurrent as a treatment barrier. On the other hand, the facilitators of personal and social categories were the ones that stood out the most as facilitators of care and treatment.

**Key words:** High-risk pregnancy, gestational hypertension, gestational diabetes, obesity.

## **INTRODUÇÃO**

A gestação é um período de transformação, antecipação e preocupação para as mulheres e suas famílias<sup>1</sup>, além de ser permeada por aspectos emocionais, espirituais, físicos e socioculturais<sup>2</sup>. É um evento fisiológico e natural, mas associada a fatores de risco pode causar incapacidade ou morte da mãe e/ou do feto<sup>3</sup>. O cuidado pré-natal adequado garante o desenvolvimento da gravidez, possibilitando o parto e um recém-nascido saudável, sem impacto na saúde da mãe e/ou do feto<sup>4</sup>. O cuidado da gestante de alto risco deve ser concebido como um processo singular, que envolve interações, reflexões e autoconhecimento, respeitando e aceitando as singularidades desta gestante enquanto participante ativa de todo o processo<sup>5</sup>.

Em meio a este processo, as gestantes podem desenvolver patologias ou agravar condições preexistentes em decorrência da gravidez, fato que pode levar a uma gestação de alto risco e, assim, resultar em complicações fetais e maternas<sup>6</sup>. Entre essas possíveis condições pode-se destacar: a hipertensão, a diabetes e a obesidade.

A hipertensão gestacional (HG) está entre as patologias mais recorrentes quando a gravidez é de alto risco. É um tipo de hipertensão que se desenvolve antes ou durante a gestação, porém, é frequentemente associada à gestação de alto risco que surge quando a mulher apresenta uma ou mais patologias associadas, desencadeando, assim, um risco potencial para a gestação, além de contribuir para outros agravos de maior natureza que aumentam os índices de morbimortalidade materna<sup>7</sup>.

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é considerado como um problema de saúde pública, isto por ser uma doença que apresenta disfunção metabólica bastante comum no período gestacional<sup>8</sup>. O diagnóstico precoce das gestantes portadoras de DMG é de suma importância, por isso é imprescindível que os exames sejam realizados ainda no primeiro trimestre, quando se inicia o Pré-Natal. Pois através da identificação de alterações na glicemia, é possível orientar a gestante acerca dos cuidados que deve adotar durante a gravidez, ressaltando a importância de minimizar os efeitos adversos que causam alterações metabólicas sobre o binômio mãe-filho<sup>9</sup>.

Já a obesidade é definida como um distúrbio crônico, caracterizado pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Pode estar associada à diabetes e hipertensão, e esta associação está relacionada a maiores riscos de complicações ao feto e à mãe. Uma mulher grávida é considerada obesa quando apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. O excesso de peso materno durante a gravidez pode resultar em diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, enquanto o feto apresenta maiores riscos para morte fetal e anomalias congênitas<sup>10</sup>.

O Modelo de Crenças em Saúde (HBM) caracteriza-se como uma ferramenta desenvolvida para explicar o comportamento do paciente diante de sua doença ou risco de adoecer. Ele surgiu na década de 1950 e considera que fatores positivos aumentam comportamentos pró-saúde enquanto fatores negativos os diminuem ou inibem<sup>11</sup>. Assim, para adotar comportamentos de cuidados com a saúde e/ou de evitação de riscos para doenças, o paciente deve: (1) acreditar que é suscetível à doença; (2) acreditar que a doença gerará impacto negativo, ao menos moderado, em sua vida; (3) acreditar que adotar determinados comportamentos é, de fato, benéfico para reduzir sua susceptibilidade ou a severidade da doença, caso já a tenha; (4) sobrepor importantes barreiras psicológicas, o que é fundamental para o sucesso da prevenção ou do tratamento<sup>12</sup>.

Apesar da importância deste tema, não encontramos nenhum estudo publicado que tenha investigado as barreiras e facilitadores de atendimento e tratamento em gestantes de alto risco utilizando o Modelo de Crenças em Saúde. Logo, o presente estudo poderá contribuir para a construção de novas pesquisas que busquem a melhoria da conduta e manejo dos profissionais de saúde com as gestantes de alto risco, além de contribuir para a efetividade das ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde na comunidade e que contemplem os fatores relacionados à adesão, como aspectos a serem previstos no planejamento de ações e na operacionalização dos programas em saúde. Sendo assim, o objetivo da pesquisa foi classificar as barreiras e facilitadores que influenciam no atendimento e tratamento de gestantes de alto risco atendidas em um Centro Especializado em Atendimento Materno Infantil segundo o Modelo de Crenças em Saúde.

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo de caráter transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado no Centro Especializado em Atendimento Materno

Infantil (CEAMI) em Caxias-MA, no qual foram colhidos os dados de identificação e antropométricos, e realizado uma entrevista semiestruturada na forma de autopreenchimento para identificação das barreiras e facilitadores do atendimento e do tratamento em gestantes de alto risco.

Ao todo foram avaliadas 71 gestantes com idade entre 20 e 40 anos que apresentavam classificação de alto risco por pertencerem a um dos grupos: hipertensão arterial, diabetes mellitus ou obesidade. O número amostral foi estabelecido por conveniência, tendo em vista a quantidade de gestantes que recebem atendimento no CEAMI, durante os meses em que ocorreu a coleta, sendo que as mesmas foram convidadas e participaram do estudo via convite pessoal no ato em que ocorreu a visita à instituição e/ou via ligação telefônica.

Todas as participantes foram abordadas via agendamento prévio de horário para participação no estudo, no ano de 2020. As gestantes incluídas na pesquisa foram as primíparas e múltiparas com idade entre 20 e 40 anos que recebiam atendimento de pré-natal de alto risco no Centro Especializado em Atendimento Materno Infantil, com diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes mellitus ou obesidade. Por outro lado, as participantes com incapacidade de compreensão, impossibilidade de preenchimento do questionário completo e as que não concordaram em participar do estudo foram excluídas da pesquisa.

O recurso das entrevistas semiestruturadas atende a inúmeras vantagens e tem ganhado cada vez mais adeptos dentro do campo de investigação qualitativa, assemelhando-se a um diálogo entre o investigador e o participante<sup>13</sup>. Todas as voluntárias foram avaliadas para verificar o enquadramento nos critérios de inclusão e exclusão, e foram divididas em grupos: Grupo 1: Gestante com HG; Grupo 2: Gestante com DMG; Grupo 3: Gestante com obesidade.

As entrevistas ocorreram seguindo um roteiro semiestruturado, realizado de forma individual em consultório fechado. Inicialmente foram colhidos os dados de identificação e dados antropométricos de cada gestante que aceitou participar da pesquisa e solicitado que

fossem o mais sinceras possíveis. O intuito foi investigar, nessa população, as barreiras e facilitadores do atendimento e tratamento das condições crônicas que apresentam de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde.

A coleta de dados teve início em outubro de 2021 e foi finalizada em junho de 2022. Para mensurar a massa corporal, uma balança antropométrica foi utilizada com as participantes descalças, vestindo apenas roupas leves. Para verificar a estatura foi utilizado o estadiômetro, na qual as participantes ficaram descalças e com a cabeça em posição ortostática. Por fim, a partir dos dados coletados, foi calculado o IMC por meio da fórmula: massa corporal (kg) /altura<sup>2</sup> (m). A aferição de pressão arterial foi realizada pelo método auscultatório, com aparelhos devidamente calibrados, fazendo uso de um esfigmomanômetro aneróide de manguito com as participantes sentadas em repouso e um estetoscópio para aferição da PA.

A análise temática foi utilizada para facilitar a emergência dos temas, em que dois investigadores leram várias vezes, de maneira independente, as entrevistas e capturaram significados e padrões que relacionavam as barreiras e facilitadores que estavam presentes no pré-natal das gestantes. Cada investigador identificou as palavras-chave e as sentenças que explicavam os códigos e juntos revisaram para determinar o conjunto final de códigos por consenso.

As respostas dadas pelas gestantes sobre as barreiras, facilitadores e também sobre as respostas livres foram identificados e classificados em:

Tabela 1: Barreiras e facilitadores de atendimento e tratamento.

<b>Barreiras ambientais</b>	acessibilidade, clima, transporte
<b>Barreiras financeiras</b>	falta de dinheiro, desemprego, trabalho
<b>Barreiras pessoais</b>	falta de conhecimento, mau humor, falta de interesse
<b>Barreiras sociais</b>	incentivo da família e dos amigos

<b>Não foi identificado barreiras</b>	quando a entrevistada relatar que não teve dificuldades
<b>Facilitadores ambientais</b>	acessibilidade, clima, transporte
<b>Facilitadores ambientais</b>	acessibilidade, clima, transporte
<b>Facilitadores ambientais</b>	acessibilidade, clima, transporte
<b>Facilitadores financeiros</b>	emprego, renda familiar
<b>Facilitadores pessoais</b>	conhecimento, interesse, importância
<b>Facilitadores sociais</b>	incentivo da família e dos amigos

Após a classificação individual de cada avaliador não foi necessário um terceiro, pois não houve discrepância significativa entre as avaliações e classificações. Em seguida, os mesmos foram classificados de acordo com os seguintes domínios do Modelo de Crenças em Saúde:

Tabela 2: Critérios do Modelo de Crenças em Saúde.

<b>Barreiras percebidas</b>	referente aos aspectos negativos da ação que são analisados de acordo com o custo-benefício e considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, esforço e aborrecimentos
<b>Benefícios percebidos</b>	referente às crenças na efetividade da ação e a percepção de suas consequências positivas
<b>Susceptibilidade percebida</b>	percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença
<b>Gravidade percebida</b>	gravidade ou seriedade da doença avaliada pelo grau de perturbação emocional, criada ao pensar na doença e pelos tipos de

	consequências que a doença pode acarretar como: dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais
--	---

Além dos domínios demonstrados na tabela, segundo o Modelo de Crenças em Saúde ainda podemos encontrar auto eficácia e pistas para ação. As participantes foram recrutadas e informadas sobre os procedimentos e, para participação no estudo, foi realizado a assinatura voluntária de um termo de consentimento livre e esclarecido conforme a Resolução CNS 466/2012. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI), sendo aprovado sob o parecer número 4.688.116.

## RESULTADOS

A classificação das barreiras e facilitadores que influenciam no atendimento e tratamento de gestantes de alto risco atendidas em um Centro Especializado em Atendimento Materno Infantil foi realizado de acordo com os critérios do Modelo de Crenças em Saúde. Participaram da pesquisa 71 gestantes que foram divididas em 3 grupos segundo o fator de risco que apresentaram, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição por categoria de risco das participantes. Caxias, 2021 (n = 71)

CATEGORIA DE RISCO	
HG	24
DMG	24
Terceiro	23

Os dados antropométricos coletados, bem como o nível de escolaridade e o trimestre gestacional das participantes que foram entrevistadas estão descritos na tabela 4. Assim como demonstrado na tabela 4, o nível de escolaridade que mais se destacou foi o “ensino médio

completo” e “ensino fundamental incompleto”, o que explica a classificação dos avaliadores como “barreira pessoal” e barreira percebida segundo os domínios do Modelo de Crenças em Saúde. Foi possível, ainda, perceber que esta evidência refletiu na pouca compreensão da importância da mudança de hábitos alimentares e a prática de exercício físico durante o período gestacional.

Tabela 4: Distribuição dos dados antropométricos, nível de escolaridade e trimestre gestacional das participantes do estudo. Caxias, 2021 (n = 71)

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	
Variáveis	Valor (Média±DP)
Idade (anos)	31,6±5,6
Peso (quilogramas)	84,5±15,2
Altura (metros)	1,56±0,08
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	34,5±5,7
ESCOLARIDADE	
Fundamental incompleto	16
Fundamental completo	4
Médio incompleto	9
Médio completo	27
Superior incompleto	4
Superior completo	11
TRIMESTRE GESTACIONAL	
Primeiro	3
Segundo	25
Terceiro	43

As barreiras percebidas de acordo com os domínios do HBM foram identificadas na análise das entrevistas ao observar de forma recorrente a menção à “falta de assistência”, a “lentidão no sistema” e a “distância e os desafios para se locomover” como desafios que enfrentavam para participar dos atendimentos de pré-natal. Entretanto, sobre os facilitadores no atendimento, o “medo” e o “bom atendimento” foram os fatores que mais incentivavam as gestantes a comparecerem aos atendimentos de pré-natal e, em razão disso, foram considerados como benefícios percebidos para dar continuidade aos acompanhamentos.

Algumas dificuldades relacionadas às “mudanças de hábitos” foram referenciadas pelas participantes da pesquisa, particularmente quando se tratava de adquirir “novos hábitos alimentares”. Durante uma análise mais aprofundada das entrevistas foi possível identificar que fazer dieta é considerado uma gravidade percebida e considerada um desafio para as gestantes principalmente por não se tratar de um comportamento típico de rotina. Por outro lado, como benefícios percebidos segundo os critérios do HBM, algumas gestantes reconheceram a importância de realizar uma dieta balanceada e praticar exercício físico para ter uma gestação mais saudável.

Foi abordado recorrentemente pelas gestantes durante a entrevista o desejo de ter um percurso gestacional saudável, além de sua finalização sem intercorrências. Este foi considerado como um facilitador de tratamento, o que também se enquadra como pistas para ação para identificar quais comportamentos podem ser adotados que mais beneficiariam a saúde da mãe do bebê.

No relato de algumas entrevistas de participantes com DMG uma carência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi evidenciada, ao observar nas falas de algumas gestantes, a desmotivação relacionada ao acesso escasso e a dependência de equipamentos básicos para acompanhar a glicose, bem como a falta de materiais básicos de uma UBS como, por exemplo, o glicosímetro. Esta falta de material e o valor das lancetas associado aos desafios de distância

e locomoção representaram as razões que mais impediam o acompanhamento dos níveis de glicose no sangue pelas gestantes pertencentes ao grupo com diabetes, fato que, segundo as participantes, era considerado desmotivador para a continuidade do tratamento. Logo, estes fatores apresentaram-se como barreiras percebidas, pois influenciavam negativamente na continuidade do tratamento.

Foi possível observar que a maioria das gestantes com HG não apresentaram dificuldades para realizar os atendimentos de pré-natal e o facilitador pessoal prevaleceu neste grupo, classificando-se como benefícios percebidos segundo o Modelo de Crenças em Saúde. Além disso, os avaliadores observaram que as gestantes com HG e com obesidade apresentaram o mesmo perfil de barreiras e facilitadores de tratamento, em que a barreira pessoal obteve maior destaque e foi classificada como barreiras percebidas segundo os critérios do HBM.

Por outro lado, no que diz respeito aos facilitadores de tratamento, a classificação predominante foi o facilitador pessoal evidenciando que a maior parte das mulheres entrevistadas possuem consciência sobre os benefícios de realizar as etapas necessárias do tratamento para obter cuidados mais efetivos durante o percurso gestacional, assumindo, assim, uma posição de protagonismo.

Em pacientes com DMG a barreira ambiental foi a mais evidente na análise das dificuldades de atendimento e classificada como barreiras percebidas, uma vez que faz referências a aspectos negativos para a continuidade da participação dos atendimentos. Já em relação aos facilitadores, a classificação prevalente foi o facilitador social, pois o objetivo de cuidar da saúde do bebê e da preocupação em fazê-lo ter um nascimento saudável se tornou um fator que serviu como um incentivador social que influenciou a gestante com diabetes a ir às consultas de pré-natal e evidencia-se como um benefício percebido segundo o HBM.

A gravidade percebida, que também se refletiu como uma barreira pessoal, foi evidenciada nos fatores relacionados ao exercício físico e dieta, na qual foi possível perceber

que as gestantes apresentaram uma percepção de que elas próprias são as responsáveis por melhorar este aspecto relacionado à saúde física e alimentar, o que mais uma vez tornou-se perceptível o protagonismo das mulheres sobre as condições de agravo que as mesmas podem se sujeitar caso não pratiquem os devidos cuidados.

Em gestantes obesas, a susceptibilidade percebida esteve relacionada com a barreira ambiental de atendimento, que foi a mais identificada pelos investigadores e se mostrou intimamente ligada à falta de vaga e também à lentidão no sistema para agendar ou conseguir vaga para consultas de pré-natal. No que se refere aos facilitadores sociais de atendimento os que mais se destacaram foram o medo incentivado pelo filho que já possuíam ou pelo filho que ainda iria nascer, o que, naturalmente, foi classificado como gravidade percebida devido a perturbação emocional causada pelo medo de morte ou de maiores agravos.

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo descreveu e caracterizou as principais barreiras e facilitadores que influenciaram, de acordo com a análise dos dados das entrevistas, no atendimento e no tratamento das gestantes de alto risco atendidas no Centro Especializado em Assistência Materno Infantil em Caxias-MA. Dentre os motivos mais recorrentes que dificultam as gestantes de participarem dos atendimentos de pré-natal destacam-se: a falta de assistência, a lentidão no sistema de acolhimento, a distância e as dificuldades para se locomover. E os motivos que mais facilitaram destacaram-se: o medo e a saúde do bebê.

Algumas dificuldades relacionadas às “mudanças de hábitos” foram referenciadas pelas participantes da pesquisa, particularmente quando se tratava de adquirir “novos hábitos alimentares”. Durante uma análise mais aprofundada das entrevistas foi possível identificar que fazer dieta é considerado uma gravidade percebida e considerada um desafio para as gestantes principalmente por não se tratar de um comportamento típico de rotina. Por outro lado, como

benefícios percebidos segundo os critérios do HBM, algumas gestantes reconheceram a importância de realizar uma dieta balanceada e praticar exercício físico para ter uma gestação mais saudável. Da mesma forma, foi revelado que a prevalência da barreira “condição atual de saúde” foi o fator que, sozinho, mais se manifestou como um obstáculo para a realização do protocolo de atividade física e mudança de hábitos<sup>14</sup>.

Foi identificado uma correlação entre os sintomas físicos da gravidez como um fator que impactou a experiência individual de nutrição e atividade física das gestantes e sintomas como fadiga, desconforto físico, aversão alimentar, náuseas e complicações descritas como barreiras percebidas para adotar comportamentos saudáveis para as participantes entrevistadas neste estudo<sup>15</sup>.

O apoio e o incentivo da equipe de saúde foram vistos como essencial para a confiança das participantes durante a gravidez, e quando isso faltava, as pacientes saíam insatisfeitas e frustradas<sup>16</sup>. Por outro ângulo, o bom atendimento se apresentou como um facilitador do atendimento, e, conseqüentemente, como benefício percebido, pois incentivou as gestantes a irem às consultas de pré-natal, já a falta de assistência se apresentou como barreira de atendimento e barreira percebida, segundo o Modelo de Crenças em Saúde.

O acolhimento está relacionado em posicionar-se junto ao problema do outro e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde, sendo que esta demanda deve ser atendida de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que os usuários dos dispositivos de saúde trazem<sup>17</sup>. Nesse sentido, conforme as entrevistas analisadas, as gestantes que participaram do estudo viram como barreira percebida este acolhimento, sendo identificado como um critério de grande relevância que seu atendimento seja de forma esclarecedora e que gere uma satisfação por ter sido atendida. Barreiras percebidas também foram identificadas na realidade vivenciada por algumas gestantes que, mesmo encaminhadas ao pré-natal de alto risco, foram inseridas em filas de espera devido à falta de vaga.

O critério do Modelo de Crenças em Saúde relacionado à susceptibilidade percebida também foi evidenciado na referência que algumas gestantes fizeram sobre o medo da criança crescer muito e a condição referida pela DMG, bem como a preocupação da gestante em não ter uma gestação e parto de sucesso, o que poderia afetar a saúde e vida do bebê. O mesmo foi apresentado e evidenciado pelas seguintes declarações “A parte mais difícil foi a culpa associado com o açúcar alto no sangue... Você consegue um enorme sentimento de culpa; 'Você sabe, que não está afetando apenas você, agora está afetando o bebê também, 'e você só quer baixar com a maior rapidez e segurança possível... aquela sensação de saber que você está afetando a criança é um grande peso para ter em seus ombros”<sup>18</sup>.

As mulheres costumam priorizar a nutrição e a atividade física acima de outros interesses e responsabilidades, muitas vezes citando a saúde do bebê como principal motivação<sup>19</sup>. Entretanto, outra barreira de tratamento percebida pelas participantes do estudo foi a falta de tempo que as faziam recorrer para comidas pronta e, assim, acabavam não priorizando a alimentação balanceada e saudável. Este fator foi agravado com o isolamento social, trazido pela pandemia, pois as academias das praças foram fechadas, os grupos de gestantes nas UBSs não foram realizados e as alternativas ficaram cada vez mais escassas.

A ausência da rede de apoio, principalmente do companheiro e a ausência paterna no pré-natal foi identificado na análise das entrevistas. Para as entrevistadas, a participação paterna possibilitaria o compartilhamento de conhecimentos, superação e compreensão das alterações biológicas, psicológicas e sociais presentes na gravidez. Durante a pandemia e com isolamento social a rede de apoio foi reduzida, uma vez que demais familiares que não morem na mesma casa e amigos deixam de se fazer presentes fisicamente<sup>20</sup>.

O “acolhimento da equipe” durante o pré-natal e o “acolhimento no parto” foram identificados como os incentivos mais determinantes para o retorno puerperal<sup>21</sup>. Similarmente, durante a análise dos dados coletados foi possível observar que o “bom atendimento” foi

identificado como um dos facilitadores e benefícios percebidos fundamentais para o comparecimento das participantes aos atendimentos de pré-natal. E o contrário também foi notado, sendo que a falta de assistência e a precariedade dos serviços foram uma das barreiras de atendimento.

O acolhimento aparece como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização. Deve-se, portanto, atender a essa necessidade de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços, o que confirma que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma diretriz norteadora de sua forma de funcionamento<sup>22</sup>.

Durante a análise das entrevistas foi observado que não há disponibilidade de glicosímetro e fita para todas as gestantes com DMG, e o acesso a essas ferramentas não é fácil, o que acaba sendo uma barreira percebida de tratamento como citado nos resultados da pesquisa. A principal característica do acesso é a disponibilidade dos serviços e recursos, uma vez que é condição necessária para a utilização<sup>23</sup>.

As dificuldades de mudar os hábitos alimentares e realizar atividade física foram mencionadas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde como as barreiras percebidas mais dominantes nas entrevistas analisadas, uma vez que esses desafios foram percebidos quase que unanimemente pelas gestantes como motivos que desafiaram a participação efetiva no tratamento dos fatores de risco que apresentavam. Da mesma forma revelam que a prevalência da barreira “condição atual de saúde” foi o fator que, sozinho, mais se manifestou como um obstáculo para a realização do protocolo de atividade física<sup>24</sup>.

## **FINANCIAMENTO**

Este estudo contou com o apoio da Universidade Federal do Delta do Parnaíba através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/UFDPar.

## REFERÊNCIAS

1. Sondaal SFV, Browne JL, Amoakoh-Coleman M, Borgstein A, Miltenburg AS, Verwijs M, et al. Assessing the effect of mhealth interventions in improving maternal and neonatal care in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154664. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154664>.
2. Sanfelice C, Stumm KE, Ressel LB, Flores LP. Crenças e Práticas do Período Gestacional: Uma Revisão Integrativa. *Saúde (Santa Maria)*. 2013 Oct 8;39(2). <https://doi.org/10.5902/223658345524>.
3. Badakhsh M, Hastings-Tolsma M, Firouzkohi M, Amirshahi M, Hashemi ZS. The lived experience of women with a high-risk pregnancy: a phenomenology investigation. *Midwifery*. 2020;82:102625. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102625>.
4. Byerley BM, Haas DM. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):329. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-15222>. DÉBORA, Batista; RODRIGUES; TEREZINHA, Marli; et al. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 43, p. 20210155, 2022.
5. RODRIGUES, Ana Klara Alves et al. The clinical profile and the therapeutic management of the HELLP syndrome: integrative review. *Research, Society and Development*. v. 10, n. 14. 8p. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22194>>. Acesso em: 28 jan. 2022.
6. Grenier LN, Atkinson SA, Mottola MF, Wahoush O, Thabane L, Xie F, et al. Be Healthy in Pregnancy: Exploring factors that impact pregnant women's nutrition and exercise behaviours. *Maternal & Child Nutrition*. 2020 Jul 23;17(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13068>.
7. Costa, p. v. d. p. et al. (2020). a educação em saúde durante o pré-natal frente a prevenção e controle da hipertensão gestacional: relato de experiência. *research, society and development*. 9(10), 1-14.

8. LIMA, D.A.; BRASILEIRO, A.A; ROSA, L.P.S. Riscos e consequências das diabetes gestacional: uma revisão bibliográfica. Estudos., Goiânia, v.39. n. 4. p.561-567, out. 2018.
9. ROSSETT, T.; WITTMANN, T.; ROTTA, K.; GONÇALVES, R.; PESCADOR, M. Prevalência de diabetes mellitus gestacional em um ambulatório de alto risco do estado do Paraná. *fagjournalofhealth(fjh)*. 2020, 2(2), 195-204. <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.193>.
10. Gonçalves, C. V., Mendoza – Sassi, R. A., Cesar, J. A., Castro, N. B. D., & Bortolomei, A. P. (2012). Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34 (7), 304 – 309.
11. Maiman LA, Becker MH. Health Belief Model: origins and correlates in psychological theory. *Health Educ Behavior*. 1974;2(4):336-53; <https://doi.org/10.1177/109019817400200404>
12. Kim HS, Ahn J, No JK. Applying the Health Belief Model to college students' health behavior. *Nutr Res Pract*. 2012;6(6):551-8. <https://doi.org/10.4162/nrp.2012.6.6.551>.
13. NUNES, Suênya Farias Martins et al. Repercussões da síndrome hipertensiva gestacional na saúde mental de gestantes: revisão integrativa da literature. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 103995–104006, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22445>>. Acesso em: 28 jan. 2022.
14. Seabra G, De Carvalho Padilha P, Agrícola De Queiroz J, Saunders C. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. *Pregestational overweight and obesity: prevalence and outcome associated with pregnancy*. 2011 Oct.
15. SILVA, Sheila Denilsa Fernandes. Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: barreiras e facilitadores no período perinatal. *Estudo Geral*. 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/31510>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

16. Luz BG, Soares LT, Grillo VTRS, Viola MB, Laporte IC, Bino DBM, et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013-14. *J. Health Biol. Sci.* 2015; 3(3): 137-43.
17. Singh H, Ingersoll K, Gonder-Frederick L, Ritterband L. “Diabetes Just Tends to Take Over Everything”: Experiences of Support and Barriers to Diabetes Management for Pregnancy in Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum.* 2019 May 1;32(2):118–24.
18. Vasconcelos Rodrigues Paz S. Universidade Federal do Ceará Centro de Ciências Agrárias Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz Acesso de Gestantes ao Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade de Referência para a Rede Cegonha: Uma Investigação Avaliativa. Fortaleza 2021. 2021 Jan.
19. NETA, Francisca Adriele Vieira et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. *Rev Rene: Fortaleza*, p. 823-831. 2014. Disponível em: <[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10657/1/2014\\_art\\_cgpcalou.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10657/1/2014_art_cgpcalou.pdf)>. Acesso em: 27 dez. 2021.
20. ANDRADE, Ursulla Vilella; SANTOS, Juliete Bispo; DUARTE, Caiana. A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. *Revista Psicologia e Saúde.* Campo Grande, v. 11. n. 01. p. 53-61. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>>. Acesso em: 28 dez. 2021.
21. CALOU, Cinthia Gondim Pereira. Maternidade segura: estrutura física e organizacional de instituições habilitadas pela Rede Cegonha. 2018. 162f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
22. CARDOSO, Ana Carolina Alifantis; VIVIAN, Aline Groff. Maternidade e suas vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, Rio Grande do Sul, p. 43-51, 2017.

23. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, 2019.
24. TONOSAKI, Lúcia Midori Damaceno et al. Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 40 n. 2, p. 138-45. 2018.