

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

WANESSA SOARES LUIZ SILVA

**AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PAI/PARCEIRO NO PRÉ-NATAL EM
UMA MESORREGIÃO DO NORDESTE DE MINAS GERAIS E NORTE DO
ESPÍRITO SANTO**

**SÃO MATEUS/ES
2019**

WANEISSA SOARES LUIZ SILVA

AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PAI/PARCEIRO NO PRÉ-NATAL EM
UMA MÉSORREGIÃO DO NORDESTE DE MINAS GERAIS E NORTE DO
ESPÍRITO SANTO

Dissertação apresentada à Faculdade
Vale do Cricaré para obtenção do título de
Mestre em Ciência, Tecnologia e
Educação.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Antonius da
Costa Nunes

SÃO MATEUS/ES
2019

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

S586a

Silva, Wanessa Soares Luiz.

Avaliação da participação do pai/parceiro no Pré-Natal em uma Mesorregião do Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo / Wanessa Soares Luiz Silva – São Mateus - ES, 2019.

115 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes.

1. Pré-Natal. 2. Humanização. 3. Paternidade. 4. Saúde pública. 5. Mesorregião: Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo. I. Nunes, Marcus Antonius da Costa. II. Título.

CDD: 618.24

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

WANESSA SOARES LUIZ SILVA

AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PAI/PARCEIRO NO PRÉ-NATAL EM UMA MESORREGIÃO DO NORDESTE DE MINAS GERAIS E NORTE DO ESPÍRITO SANTO

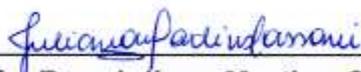
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração a Educação e a Inovação.

Aprovada em 05 de abril de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Profa. Dra. Juliana Martins Cassani
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Me. Luana Frigulha Guisso
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Giovanni Guimarães Landa
Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

RESUMO

SILVA, Wanessa Soares Luiz. **Avaliação da participação do pai/parceiro no Pré-Natal em uma Mesorregião do Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Saúde) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2019.

Há alguns anos, o Ministério da Saúde tem tentado inserir no pré-natal a participação do parceiro, o que em países desenvolvidos já é uma realidade, no entanto, ainda são escassas as pesquisas sobre a qualidade desta inserção, bem como o que os homens pensam sobre esta iniciativa. Assim, optou-se por uma pesquisa junto aos pais ou parceiros de gestantes durante o pré-natal, nas regiões Norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais, a fim de verificar a participação destes homens no pré-natal. Considera-se ser de grande valia os dados a serem coletados, para que estes estados possam planejar ações de saúde voltadas para essas pessoas, tornando possível o ajuste das intervenções já existentes, no sentido de interferir com mais eficiência. O estudo nessas regiões se justifica também para mensurar as variações em relação aos conhecimentos coletivos e individuais sobre a questão em análise, apesar das políticas públicas serem similares para todo país, é de conhecimento que as questões culturais e socioeconômicas são fatores de interferência no resultado final deste trabalho. O estudo tem como objetivo geral avaliar a participação dos pais/parceiros no pré-natal em municípios do Norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais e como objetivos específicos conhecer os pensamentos e comportamentos em relação à participação dos pais/parceiros no pré-natal; avaliar o conhecimento deste público sobre o interesse na participação do pré-natal; mensurar as variações de conhecimento em relação ao pré-natal em cada região estudada; e avaliar os fatores que implicam na participação nas consultas e acompanhamento no pré-natal. Os resultados demonstraram que os pais possuem pouco conhecimento sobre o pré-natal e a importância de sua participação junto à gestante. Tal situação, pode ser devido a pouca motivação por parte dos profissionais de saúde que atendem a mulher, direcionando o cuidado exclusivamente ao binômio mãe e filho, o que leva os pais/parceiros a sentirem-se à parte do processo, além de questões culturais, de onde provém a crença de que ao homem basta o papel de provedor e protetor. Uma parcela significativa da amostra não participou do parto ou sabe cuidar do recém-nascido, o que pode ser o resultado do não acompanhamento do pré-natal e das ações educativas que devem ser oferecidas à gestante e à família. Dentre as justificativas mais citadas para o não acompanhamento às consultas e exames, o horário coincidente com o trabalho foi o mais citado, resultado observado em outros estudos sobre o tema. Desde 2016, foi editada lei que garante que o pai se ausente do trabalho dois dias para esse acompanhamento, no entanto, poucos conhecem a referida legislação. Concluiu-se que, para que o pré-natal do parceiro passe a ser frequente nas unidades de saúde, é necessário que o tema seja mais divulgado, abordando a necessidade e importância da participação do pai durante toda a gestação e no parto, quebrando mitos e tabus, criando espaços onde possam obter informações, trocar experiências e estabelecer vínculo com o conceito ainda durante a gestação.

Palavras-chave: Pré-natal. Humanização. Paternidade. Saúde Pública.

ABSTRACT

SILVA, Wanessa Soares Luiz. **Avaliação da participação do pai/parceiro no Pré-Natal em uma Mesorregião do Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Saúde) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2019.

A few years ago, the Ministry of Health has tried to insert the partner's participation in prenatal care, which in developed countries is already a reality, however, there is still little research on the quality of this insertion, as well as what men think about this initiative. Thus, a survey was carried out with the parents or partners of pregnant women during prenatal care, in the northern regions of Espírito Santo and Northeast of Minas Gerais, in order to verify the participation of these men in prenatal care. It is considered to be of great value the data to be collected, so that these states can plan health actions aimed at these people, making possible the adjustment of existing interventions, in the sense of interfering with more efficiency. The study in these regions is also justified to measure variations in relation to collective and individual knowledge about the disease, although public policies are similar for every country, it is known that cultural and socioeconomic issues are interference factors in the final result of this work . The general objective of the study is to evaluate the participation of parents / partners in prenatal care in municipalities in the North of Espírito Santo and Northeast of Minas Gerais, and as specific objectives to know the thoughts and behaviors regarding parental / partner participation in prenatal care ; evaluate the knowledge of this public about the interest in prenatal participation; to measure variations in knowledge regarding prenatal care in each region studied; and to evaluate the factors that imply participation in prenatal consultations and follow-up. The results showed that parents have little knowledge about prenatal care and the importance of their participation with pregnant women. This situation may be due to the lack of motivation on the part of the health professionals who care for the woman, directing care exclusively to the mother and child binomial, which causes the parents / partners to feel apart from the process, as well as cultural issues , from which comes the belief that man suffers the role of provider and protector. A significant portion of the sample did not participate in childbirth or know how to care for the newborn, which may be the result of not following prenatal care and the educational actions that should be offered to pregnant women and their families. Among the most cited justifications for non-follow-up visits and exams, the coincident schedule was the most cited, a result observed in other studies on the subject. Since 2016, a law has been issued that ensures that the father is absent from work two days for this monitoring, however, few are aware of said legislation. It was concluded that, in order for the prenatal care of the partner to become frequent in the health units, it is necessary that the topic be more publicized, addressing the need and importance of the father's participation throughout pregnancy and childbirth, breaking myths and taboos, creating spaces where they can obtain information, exchange experiences and establish a link with the concept even during gestation.

Keywords: Prenatal care. Humanization. Paternity. Public health.

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-Natal
PNAISH	Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde do Homem
PNHAH	Programa Nacional de Humanização ao Atendimento Humano
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental
ABENFO	Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
FDNE	Fundo de Desenvolvimento do Nordeste
FNE	Fundo Constitucional de Financiamento do Nordeste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFVJM	Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNEC	Centro Universitário de Caratinga
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UNOPAR	Universidade do Norte do Paraná
UNIUBE	Universidade de Uberaba
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pré-Natal na Atenção Básica.....	32
Figura 2	A gestação no âmbito dos direitos.....	38
Figura 3	Os cinco passos da participação do parceiro no pré-natal.....	51
Figura 4	Municípios que compõem a pesquisa.....	52
Figura 5	Área de atuação da SUDENE em Minas Gerais.....	53
Figura 6	Regionalização do estado do Espírito Santo, segundo a Lei Complementar nº 5.120/95.....	55
Figura 7	Principais atividades econômicas por região.....	57
Figura 8	Localização do Vale do Mucuri em Minas Gerais.....	58
Figura 9	Idade.....	64
Figura 10	Escolaridade.....	64
Figura 11	Número de filhos.....	65
Figura 12	Planejamento da gravidez.....	66
Figura 13	Reação do pai ao saber da gravidez.....	67
Figura 14	Conhecimento dos parceiros sobre a importância do pré-natal...	70
Figura 15	Sabe reconhecer quando a mulher entra em trabalho de parto...	70
Figura 16	Sabe os cuidados que se deve ter com os recém-nascidos.....	71
Figura 17	Acompanhou o pré-natal da esposa/companheira.....	75
Figura 18	Motivos para não ter acompanhado o pré-natal.....	76
Figura 19	Acompanhou o parto.....	76
Figura 20	Foi motivado a participar do pré-natal pelo profissional de saúde.....	80
Figura 21	Profissional que consideram mais capacitado a fornecer informações sobre o parto.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Protocolo de exames de rotina no pré-natal de baixo risco.....	35
Tabela 2	Principais índices econômicos dos municípios analisados no estado do Espírito Santo.....	57
Tabela 3	Principais índices econômicos dos municípios analisados no estado de Minas Gerais.....	59
Tabela 4	Distribuição das características da amostra.....	63
Tabela 5	Planejamento da gravidez.....	66
Tabela 6	Conhecimento dos parceiros sobre a importância do pré-natal...	68
Tabela 7	Percepções dos pais em relação à sua participação no pré-natal.....	74
Tabela 8	Conhecimentos adquiridos através dos serviços de saúde e percepção quanto aos profissionais.....	79

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA	17
1.2 JUSTIFICATIVA	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo Geral	18
1.3.2 Objetivos Específicos	18
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	20
2.2 A GESTAÇÃO.....	25
2.3 A ASSISTÊNCIA INTEGRAL À MULHER NO PRÉ-NATAL	29
2.4 EXAMES DURANTE O PRÉ-NATAL	34
2.5 AS LEIS QUE REGEM O PRÉ-NATAL	36
2.6 IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NO PRÉ-NATAL	40
2.6.1 A educação em saúde no pré-natal	42
2.7 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	46
2.8 O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO	50
2.9 PERFIL DAS REGIÕES DA PESQUISA	51
2.9.1 Região Norte do Espírito Santo	53
2.9.2 Nordeste de Minas Gerais - Vale do Mucuri	58
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	60
3.1 DELINEAMENTO.....	60
3.2 LOCAL DO ESTUDO	61
3.3 COLETA DE DADOS	61
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	62
3.6 VISÃO GERAL DA METODOLOGIA	62
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	63
4.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84

REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	97

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto estão entre as experiências mais impactantes e significativas da vida da mulher, podendo ser enriquecedora e positiva ou entendida como um processo traumático, devido à ausência de informações durante a gestação e cuidados no momento do parto, o que pode influenciar negativamente suas futuras experiências. Para que este processo possa ser vivenciado em sua plenitude, é necessário um acompanhamento contínuo, onde haja confiança e segurança entre a gestante e o profissional de saúde, sendo oferecida uma atenção de qualidade e humanizada, indispensáveis para a manutenção da saúde materna e neonatal (MILBRATH et al., 2010).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM nº 569//2000, baseado na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no parto, com o objetivo de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que garantam a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal é um dos indicadores de maior importância do Pacto da Atenção Básica do Sistema único de Saúde, envolvendo uma série de procedimentos que devem ser realizados, garantindo acesso à consulta pré-natal e uma assistência qualificada, a fim de evitar complicações na gestação e mortes maternas (SILVA et al., 2008).

O pré-natal é essencial para obter informações sobre prevenção, identificação e/ou correção das anormalidades maternas ou fetais que podem afetar a gravidez, onde cabe à enfermeira, durante as consultas de enfermagem, instruí-las sobre os cuidados com relação à gravidez, trabalho de parto e parto, além de cuidados com o recém-nascido, promovendo um suporte psicológico adequado. Neste período, os cuidados de enfermagem devem se voltar à avaliação da gestante e do feto durante toda a gestação, além de intervenções e orientações que promovam o autocuidado e minimizem desconfortos frequentes (MA, 2010).

A assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, com ações que integrem todos os níveis

da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.

O período de gestação é considerado de grande importância para a mulher e para a família, sendo um período de mudanças sociais, fisiológicas e psicológicas, proporcionando esperanças, angústias, obstáculos e medos, desencadeando um despertar, da necessidade de inúmeras informações sobre esta nova fase, o que demanda uma assistência para a gestante e a família (RODRIGUES et al., 2011).

A mulher tem sua integridade individual formada e para cada gestante o período gestacional será encarado de uma forma diferente. Um bom trabalho no pré-natal deve abordar aspectos sociais e psicológicos. O enfoque principal deve ser dado ao binômio mãe e filho, mas a participação do companheiro e da família é importante para o bom desenvolvimento da gestação (HEILBORN, 1997).

Considera-se o pré-natal um período de acompanhamento para assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, sendo realizadas várias atividades educativas e preventivas. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os números preconizados são no mínimo 6 (seis) consultas, sendo mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas e semanais até o parto, não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

De acordo com Silva et al. (2013), a humanização é compreendida como um conjunto de informações, atitudes colocadas em práticas pelo profissional de saúde visando à promoção do planejamento de uma família, desde a concepção ao nascimento saudável, tendo como foco a prevenção da morbidade e da mortalidade perinatal e materna, utilizando planejamentos que são essenciais para o fortalecimento da relação desses profissionais com as gestantes e a família, prestando uma troca de informações, apoio das ações gerada pela continuidade do atendimento prestado pelos profissionais, a participação da família junto com a futura mamãe ao seu tratamento.

O acesso para exames e vacinas podem ser considerados pontos positivos do serviço, dentre outros, para que possa prestar um atendimento de qualidade superior a gestante. No âmbito da saúde da mulher, especificamente referindo a prática obstétrica, o enfermeiro exerce um papel de suma importância que constrói uma humanização da assistência, tendo em vista que o processo materno, desde a gestação ao período pós-parto, seja permeado por sentimentos de insegurança,

medo ou fragilidade. Diversas vezes esses sentimentos, aliados à falta de informação e até mesmo uma assistência pré-natal inadequada, são responsáveis por uma gestação complicada (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Um dos itens que estão englobados no planejamento familiar é a avaliação pré-concepcional que consiste em uma consulta para a mulher e de preferência com o parceiro. Essa avaliação é essencial para minimizar diversos riscos, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids (BRASIL, 2012).

O número de mortalidade materna e infantil é diretamente influenciado pela assistência prestada ao pré-natal e ao parto, bem como os aspectos da reprodução humana e pelo desenvolvimento de doenças provocadas ou agravadas durante o período gravídico puerperal. Para a melhora desses índices de morbidade e mortalidade materna e infantil é essencial que seja realizado um planejamento familiar entre o casal e que este seja assistido pela equipe de saúde. A avaliação pré-concepcional é a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação (BRASIL, 2012).

Em 2000, O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); até então, não existia um modelo que normatizasse a assistência das gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu o número de consultas e a idade gestacional, introduziu também, exames laboratoriais aumentando as ações na educação em saúde, e trouxe a oportunidade de abrir para discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em comparação com os modelos empregados em todo o mundo (SILVA et al., 2013).

Em 2009, a Portaria nº 1.944/GM/MS instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, que tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população. Um dos eixos prioritários da PNAISH é a paternidade e cuidado, que tem como objetivo envolver ativamente o homem em todo o processo de planejamento reprodutivo,

gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil, proporcionando oportunidades para a criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pai, mãe e filhos/filhas e visibilizar o homem também como sujeito de cuidado (BRASIL, 2009).

O fluxo do atendimento do pré-natal do parceiro inicia-se na Unidade Básica de Saúde com o acolhimento do casal, seguindo para a consulta com o médico ou enfermeiro, com realização do teste rápido de gravidez. Sendo o resultado positivo, é realizado o cadastramento da gestante no pré-natal. O momento do pré-natal é propício para aproveitar a presença dos homens que acompanham suas parceiras nas consultas periódicas, para informar ao homem como será a sua participação, ofertar exames de rotina e testes rápidos, atualizar caderneta de vacina e oferecer atividades educativas nos serviços de saúde e se preparar para o momento do parto e puerpério, desenvolvendo o exercício da paternidade com cuidado e compromisso (BRASIL, 2016).

Estudo de Reberte e Hoga (2010) observou que uma assistência pré-natal de qualidade não é aquela que envolve somente os aspectos relativos à gestante, mas a que seja capaz de envolver o pai/parceiro nesse cuidado, para que possam compreender as alterações emocionais e fisiológicas.

No mesmo sentido, Pereira et al. (2007) ressaltam que um pré-natal de qualidade deve ser o compromisso de toda a equipe de saúde e este se efetiva somente se houver estímulos à participação do pai durante toda a gravidez.

Para Freitas et al. (2007, p. 139):

A experiência de vivenciar a gravidez permite ao pai a criação de sentimentos afetivos e de vínculo que favorecem a construção do trinômio pai-mãe-filho, aproximando a família e contribuindo para um relacionamento saudável e acolhedor. Vale ressaltar que mulheres que são acompanhadas na rotina de pré-natal por seus parceiros, apresentam menos complicações durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como apresentam menos sintomas físicos e emocionais durante a gestação.

Pesamosca et al. (2008) observaram que nas unidades de saúde faltam materiais informativos e decorativos, demonstrando o quanto a figura do pai/parceiro pode contribuir, o que acaba por fazer com que estes pais entendam aquele espaço como um ambiente feminino e a mulher acredite que cabe somente a ela vivenciar este período.

Para esses autores, apesar das estratégias formuladas pelo Ministério da Saúde para incluir o pai/parceiro na rotina do pré-natal, criando a Lei do Acompanhante e a Rede Cegonha, ainda são raros os espaços adequados à este envolvimento, não havendo incentivo e/ou convite dos profissionais dos serviços de saúde para que a gestante traga o parceiro aos atendimentos (PESAMOSCA et al., 2008).

Melo et al. (2015), constataram que a mulher se sente emocionalmente mais segura com a presença do parceiro nas consultas, exames e no parto, o que traz benefícios à sua saúde e do conceito, ao mesmo tempo que é uma forma do homem sentir-se incluído em todo o processo que está gerando uma nova vida.

De acordo com Albuquerque et al. (2016, p. 3):

Na cultura atual os sinais de exclusão dos pais nos programas de pré-natal são evidentes, visto que de um modo geral a mulher se torna o centro das atenções das atividades programáticas e dificilmente se questiona sobre o pai e em como ele está se sentindo nesse período de adaptação. Ausentes das consultas e do acompanhamento pré-natal, muitos pais podem não compreender adequadamente o programa, bem como, desacreditar sua importância na qualidade do binômio mãe e filho.

É perceptível que a visão sobre as diferenças de gênero sofreu mudanças ao longo do tempo, sendo mais comum que o homem participe mais ativamente em atividades da casa, o que anteriormente cabia somente às mulheres. As relações tornaram-se mais igualitárias, especialmente após o ingresso da mulher no mercado de trabalho. Nesse contexto, também durante a gravidez, o homem tem desenvolvido uma maior consciência da importância de uma participação mais ativa, que vai além da questão financeira e que tal atitude fortalece os laços familiares, tornando possível uma participação mais concreta nesse processo e que o vínculo entre pai e filho tenha início não somente após o nascimento, mas desde o início da gestação (OLIVEIRA et al., 2009).

Ao acompanhar o parto, a equipe de saúde pode dar ao pai a oportunidade de ser protagonista, permitindo-lhe, por exemplo, cortar o cordão umbilical, segurar o recém-nascido no colo, auxiliar no primeiro banho, estimulando sua participação e aumentando a ligação entre pai e filho. Estas são estratégias que visam incluir o pai e contribuem para reduzir as inquietações que o envolvem nesse período (CARVALHO et al., 2009).

Ao analisar os sentimentos dos pais, Francisco et al. (2013) concluíram que:

Mesmo que nos primeiros momentos os pais tenham relatado sentirem certo receio ao manusear seu filho por sua fragilidade, eles desejavam interagir, participar dos cuidados e permanecer ao lado todo o tempo. O parto e nascimento para eles são momentos presentes, do agora, que precisam ser vividos pelo companheiro, sendo fundamental na construção da paternidade. Os pais relataram que após o nascimento sentiram-se fortalecidos ao ver o filho, iniciando o reconhecimento e descoberta entre pai e filho, colaborando para a criação do vínculo. Momento em que reconhece concretamente o filho e se reconhece nele.

Para que estas ações sejam de fato implementadas nos serviços de saúde, é necessário que sejam oferecidas ações educativas, esclarecendo aos pais sobre seus direitos, especialmente em áreas com menor poder socioeconômico, pois possuem menos acesso à informação e aos serviços de saúde.

Os índices mais baixos em saúde são encontrados nos grupos vulneráveis, na base da pirâmide social, havendo uma relação direta entre pobreza, desigualdade social e enfermidades. Isto ocorre devido à falta de saneamento básico, alimentação deficitária, difícil acesso ao sistema de saúde e carência de informações, que levam a uma maior probabilidade de morbidades e mortalidade (COTTA et al., 2007).

No que se refere ao parto, a literatura vem demonstrando que mulheres que pertencem às camadas mais pobres têm recebido uma assistência desigual, de pior qualidade. Além disso, elas têm menos acesso ao pré-natal, o que acarreta maior chance de problemas na gestação e parto, constituindo-se em um problema grave no país (GONÇALVES et al., 2009).

O Brasil ainda não conseguiu oferecer cobertura pré-natal e assistência ao parto a todas as gestantes, não sendo raros os casos de descontinuidade ou ausência de pré-natal, bem como a busca de mulheres em trabalho de parto por vagas em hospitais e condições inadequadas de atendimento. Tais situações ocorrem devido à ausência ou baixa qualidade dos serviços, falta de profissionais e/ou baixo comprometimento dos mesmos (LANSKY, 2006).

Existe grande diferença em relação às consultas pré-natal entre mulheres com maior poder aquisitivo e nível mais elevado de escolaridade e aquelas mais pobres e com pouca instrução formal. O percentual também é inferior entre mulheres residentes da zona rural e de algumas regiões geográficas do país, devido à falta de cobertura da saúde (LIMA, 2012).

De acordo com D'Orsi et al. (2014, p. 161), há uma discriminação às mulheres de baixa renda e escolaridade em alguns serviços de saúde no país, entendendo-as

como incapazes “de entendimento e autonomia para decidir sobre as intervenções no parto”, enquanto aquelas com “maior renda e escolaridade atendidas no setor privado, possuiriam melhores condições de exercer sua autonomia e participar dessas decisões”. Nesse contexto, se sentem desobrigados de prestar informações, não possibilitando que perguntas sejam feitas ou que participem das decisões sobre o parto.

A equidade no sistema de saúde diz respeito a um atendimento igualitário a todos, independente de sua condição socioeconômico ou fonte de pagamento. No entanto, Diniz et al. (2012) constataram que ocorre menor prevalência de violência no parto quando a fonte de pagamento é privada, havendo mais privacidade, respeito, possibilidade da parturiente fazer perguntas, explicações mais claras e participação nas decisões.

No Brasil, apesar dos avanços na assistência perinatal, se mantêm as desigualdades e a qualidade deficiente na assistência no que se refere à segurança dos procedimentos, permanecendo uma cultura discriminatória, correcional e punitiva em relação às mulheres (DINIZ, 2009).

Também no que se refere ao tipo de parto, a condição social interfere negativamente, sabendo-se que as parturientes de classes mais abastadas, que possuem planos de saúde ou pagam diretamente pelos serviços, decidem pelo parto desejado, enquanto nas de menor poder aquisitivo tal decisão torna-se exclusivamente uma decisão médica (COSTA et al., 2008).

Quanto à morbidade e mortalidade pós-natal, esta também é mais prevalente entre as mulheres com menor renda, solteiras, jovens e negras. Apesar da universalidade da assistência preconizada pelo Ministério da Saúde, as mulheres mais ricas tendem a receber uma atenção mais cuidadosa, qualificada e eficaz, apresentando menos problemas decorrentes do parto (DINIZ, 2009).

Diante da importância de verificar o conhecimento e envolvimento ativo do parceiro nas consultas de pré-natal, com intuito de estimular a participação e conscientizando de que a família é responsável pela formação de um ser social, este estudo objetivou avaliar o conhecimento de pais/parceiros sobre a sua importância como ser ativo antes e durante a consulta de pré-natal.

Os municípios pesquisados no estado de Minas Gerais fazem parte da Mesorregião do Vale do Mucuri, Microrregião Nanuque, situados na porção leste do estado (Ataléia, Carlos Chagas, Nanuque e Serra dos Aimorés), sendo considerada,

juntamente com o Vale do Jequitinhonha, a região mais pobre do estado, com sua economia voltada à pecuária de corte e agricultura de subsistência, sem qualquer expressão industrial.

Os municípios pesquisados no estado do Espírito Santo pertencem às Mesorregião Litoral Norte Espírito-Santense, Microrregião Montanha (Montanha, Mucurici Pinheiros e Ponto Belo) e Microrregião São Mateus (Pedro Canário) e Mesorregião do Noroeste Espírito-Santense, Microrregião de Barra do São Francisco (Ecoporanga), regiões que possuem sua economia baseada na agropecuária e extração vegetal.

A escolha das regiões ocorreu em razão das características socioeconômicas e culturais, que são fatores diretamente relacionados ao cuidado e interferem diretamente no resultado final do tratamento, entendendo que estas características influenciam diretamente no resultado final das ações de saúde.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Qual a participação dos pais/parceiros no pré-natal em municípios do Norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais?

1.2 JUSTIFICATIVA

Há alguns anos, o Ministério da Saúde tem tentado inserir no pré-natal a participação do parceiro, o que em países desenvolvidos já é uma realidade, no entanto, ainda são escassas as pesquisas sobre a qualidade desta inserção, bem como o que os homens pensam sobre esta iniciativa. Sabe-se que a inclusão do homem, neste contexto, tem um valor imensurável para reduzir os problemas oriundos da gestação.

A Portaria nº 1.474, de 8 de setembro de 2017, incluiu a avaliação do estado geral de saúde do pai/parceiro, devendo ser solicitados os exames de rotina, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos, atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos do pai/parceiro. Essas ações oferecem assistência à concepção e contracepção, ao

atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato e o controle das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2017).

O pré-natal do parceiro é uma estratégia para integrar os homens, pais biológicos ou não, em todas as ações do planejamento reprodutivo e acolhimento deste público na Atenção Básica. É uma forma de aproximação dos compromissos, deveres e interação afetiva com todo o processo desde a escolha de ser pai até a educação da criança (BRASIL, 2016).

Assim, optou-se por uma pesquisa junto aos pais ou parceiros de gestantes durante o pré-natal, nas regiões Norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais, a fim de verificar a participação destes homens no pré-natal. Considera-se ser de grande valia os dados a serem coletados, para que estes estados possam planejar ações de saúde voltadas para essas pessoas, tornando possível o ajuste das intervenções já existentes, no sentido de interferir com mais eficiência.

O estudo nessas regiões se justifica também para mensurar as variações em relação aos conhecimentos coletivos e individuais sobre a questão em análise, apesar das políticas públicas serem similares para todo país, é de conhecimento que as questões culturais e socioeconômicas são fatores de interferência no resultado final deste trabalho.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a participação dos pais/parceiros no pré-natal em municípios do Norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais.

1.3.2 Objetivos Específicos

Conhecer os pensamentos e comportamentos em relação à participação dos pais/parceiros no pré-natal;

Mensurar as variações de conhecimento em relação ao pré-natal em cada região estudada;

Avaliar os fatores que implicam na participação nas consultas e acompanhamento no pré-natal.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo foi dividido em cinco seções. Primeiramente, na introdução, são apresentadas a contextualização do tema, o problema, a justificativa e os objetivos.

Em seguida, no referencial teórico, é apresentada a literatura que embasou o presente estudo, onde se discorreu sobre a humanização em saúde, os aspectos físicos, sociais e psicológicos da gestação, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde na assistência integral à mulher no pré-natal, os exames que devem ser realizados, o conjunto de leis que tratam dos direitos da mãe e do pai no período gestacional e puerperal, analisando também a importância da informação e da educação em saúde neste período.

Também foi analisada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e o pré-natal do parceiro o Programa Nacional. Por fim, ainda no referencial teórico, traçou-se um perfil das regiões que compõem a pesquisa.

Em um terceiro momento, o trabalho se dedicou a descrever a metodologia, apresentando os passos seguidos para a obtenção dos dados. Posteriormente, no quarto capítulo, os dados obtidos foram descritos e discutidos.

O último capítulo se dedicou a realizar as considerações finais, apresentando as limitações da pesquisa e recomendações para estudos futuros.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Durante muitos anos diferentes estudos apontaram aspectos desumanizantes na saúde relacionados a falhas no atendimento e nas condições de saúde da gestante, tais como, espera de consultas, nas admissões, demora na marcação de exames e de início dos tratamentos, bem como, no amontoado humano dentro das salas, entre outros.

A tecnologização da sociedade moderna influenciou as relações entre os indivíduos e os profissionais, tornando o atendimento uma ação mecânica e destituída de significados. Segundo Hayashi e Gisi (2000), "ao não se dar conta onde termina a máquina e começa o paciente, a relação com a máquina pode tornar o cuidado um ato mecânico e o paciente ser visto como uma extensão do aparato tecnológico".

O cuidado faz parte da vida do ser humano, estando presente em toda a existência, em qualquer atividade humana, sociedade ou cultura. Sem cuidado, o homem deixa de ser humano, pois este faz parte da sua natureza, sendo impossível sobreviver sem que se receba alguma forma de cuidado. Segundo Boff (1999), a palavra cuidada significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato.

O cuidar é uma atividade que ultrapassa o atendimento às necessidades básicas do indivíduo no momento em que ele está fragilizado, sendo, segundo Rios (2007), o compromisso com o cuidado existencial, que envolve também o auto-cuidado, a autoestima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida.

Para Simssen e Crossetti (2004, p. 237):

O cuidar, tem sofrido várias modificações ao longo dos anos, devido ao crescente avanço tecnológico e à decorrente modernização dos equipamentos e instrumentos de trabalho. A prática de enfermagem também sofreu transformações, ocasionadas por este impacto, em que o cuidado de enfermagem, para ser realizado utiliza cotidianamente a técnica.

A humanização no atendimento à saúde vem sendo discutida desde o final da década de 1950, sendo, atualmente, considerada um direito do usuário (BOLELA, 2008).

Diante da necessidade de reformular o atendimento prestado aos usuários da saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização ao Atendimento Humano (PNHAH), em 2001, com a finalidade de buscar iniciativas capazes de melhorar o contato entre profissionais de saúde e usuários, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PNHAH surgiu da percepção acerca da insatisfação do usuário sobre a qualidade do atendimento recebido nas instituições públicas, com o objetivo de deflagrar mudanças no atendimento, em benefício dos usuários e profissionais, com participação efetiva e permanente de todos os profissionais, sejam estes dirigentes, gestores e todo o quadro funcional (BRASIL, 2001).

A humanização é entendida por Camponogara et al. (2011) como uma forma de perceber o cuidado na sua totalidade e valorizar o ser humano na sua unicidade, onde este constrói o seu processo vital baseado nas suas vivências e diferentes formas de compreender e relacionar-se com o universo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que promove uma co-responsabilidade entre eles, um estabelecimento de vínculos solidários à participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Assim, a humanização se constitui em um processo de aproximação, vínculo e cooperação entre os diferentes profissionais da saúde em relação ao usuário e seus familiares, aproximação essa que facilita o processo de cura e de desenvolvimento humano.

A humanização pode ser entendida como um meio de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários na saúde. Para o Ministério da Saúde, pode ser considerada como uma intervenção no atendimento, a fim de tornar o mesmo consoante e integrado aos valores da vida e das relações humanas (BRASIL, 2004).

Segundo Rios (2007, p. 46), a humanização tem por objetivos:

- valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos;
- garantir condições para que os profissionais de saúde efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e para que possam participar como co-gestores do processo de trabalho;
- fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

O atendimento humanizado diz respeito a questões que extrapolam a relação profissional/paciente, envolvendo a forma como este é atendido e tratado, incluindo-se, nesse contexto, a conscientização sobre a necessidade de ser visto como ser humano. Para o Ministério da Saúde, a Humanização, vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004, p. 12).

Desta forma, a humanização deve ser entendida como uma valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, ou seja, os usuários, trabalhadores e gestores; como fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; como possibilitador de um aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; como mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; e um compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Assim, humanizar a atenção e a gestão em saúde constitui-se em um meio para a qualificação das práticas de saúde, através de “acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com vínculo e responsabilidade, valorização dos profissionais e usuários, com avanço da democratização da gestão” (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Humanização diz respeito a posturas e atitudes e, para tal, é essencial que os relacionamentos sejam refeitos. O Ministério da Saúde alerta que é preciso rever a postura com que os profissionais de saúde estão lidando com os usuários ou pacientes, pois se constitui direito de todo cidadão receber um atendimento de qualidade (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a Política de Humanização do SUS baseia-se no pressuposto da produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis, compreendendo suas representações sobre saúde e qualidade de vida, um ser humano histórico e social, co-responsável pela própria existência. A posição fenomenológica é potencializada pela inovação e criatividade, caracterizando o homem como finito, que pode constituir sentidos, inserido numa sociedade. A fenomenologia torna-se, assim, um importante referencial na idéia de promoção da saúde, pois os próprios sujeitos e populações que vivenciam o fenômeno atuam na participação e na melhoria da saúde e na gestão do trabalho (GOMES et al., 2008).

A humanização ocorre quando o profissional é capaz de reconhecer, no seu dia-a-dia, as necessidades do paciente, garantindo a este um atendimento baseado no respeito à sua individualidade e não apenas embasado em ações padronizadas, pois necessidades diversas requerem procedimentos diferentes. Deve-se, portanto, reconhecer a singularidade da pessoa, o que demanda um profissional que tenha o olhar e o agir sensíveis, a fim de atender o indivíduo em sua totalidade (BOLELA, 2008).

A humanização na assistência ao parto e nascimento surgiu na década de 1980, envolvendo diversas organizações não-governamentais (ONG) e associações, visando uma forma mais natural de nascer. Dentre essas organizações, pode-se destacar a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras (ABENFO); ONG Amigas do Parto e Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), entre outras, que propõem medidas que melhorem o atendimento no nascimento (MOREIRA et al., 2006).

A humanização do parto tem como objetivo o respeito à individualidade das gestantes, permitindo a adequação da assistência de acordo com a sua cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões. Entretanto, devido ao modelo de assistência vigente, muitas vezes a mulher não tem noção do que seria o respeito à sua individualidade, satisfazendo-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir (CASTRO, 2003).

Humanizar significa oferecer um atendimento de qualidade, utilizando-se das novas tecnologias, como o acolhimento, melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais, objetivando a promoção do bem-estar fetal durante o nascimento, além de permitir à mulher uma assistência de qualidade, onde

esta tenha a oportunidade de escolha no que diz respeito ao acompanhamento de sua gravidez, parto e nascimento (SIMÕES et al., 2007).

De acordo com Leão (2000), as atitudes emocionais e mentais da mulher afetam o desenvolvimento do trabalho de parto. Dessa forma, suas necessidades, sentimentos e experiência são importantes, devendo ser consideradas frente as rotinas da instituição, pois estas estão disponíveis para servir a mãe, e não o contrário. O papel do profissional que assiste o parto é acolher e fortalecer os pais, utilizando seus conhecimentos e habilidades para suprir e apoiar as ações, instituições e desejos da mulher.

A construção de um modelo de assistência que considere a mulher e sua família como sujeitos do processo do nascimento pode representar um impacto frente aos desfavoráveis indicadores de saúde materna no Brasil, entretanto, para que tal ocorra, faz-se necessário incorporar o modelo de aperfeiçoamento da fisiologia e da humanização, valorizando o processo de nascimento como um acontecimento singular, afastando a despersonalização e as ações intervencionistas (RODRIGUES et al., 2002).

Assim, é preciso que a humanização tenha início nos profissionais que assistem diretamente a gestante e puérpera e sua família. Segundo Rodrigues et al. (2002), o profissional humanizado é aquele que acredita verdadeiramente no parto como um processo fisiológico natural que dispensa, na grande maioria dos casos, qualquer intervenção; acredita na capacidade da mulher de dar à luz e a tem em alta consideração e estima, confiando em sua sabedoria feminina; portanto lhe dá plena liberdade para conduzir o trabalho de parto conforme suas necessidades.

Machado e Praça (2006) ressaltam que o presente quadro de mudanças na assistência obstétrica envolve, ainda, legitimidade profissional e corporativa, com um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, com o deslocamento da função principal no parto normal, do médico obstetra para a enfermeira obstétrica, e do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa/centro de parto.

Enfim, os desafios do processo de humanização da assistência implicam em superar a importância dada à competência técnico-científica em detrimento da humanização; superação dos padrões rotineiros de produzir atos em saúde, como da superação dos modelos convencionais de gestão, dos modelos corporativos das diferentes categorias profissionais e na construção da real humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado. E a enfermagem tem

papel fundamental nesse processo, porque vem discutindo mais profundamente a questão em sua prática profissional (SIMÕES et al., 2007).

2.2 A GESTAÇÃO

Em seu ciclo vital, em geral, a mulher atravessa três períodos de transição, que são a adolescência, gravidez e climatério, considerados como fases do desenvolvimento de sua personalidade, sendo biologicamente determinados, apresentando complexas características metabólicas, psíquicas e sociais, demandando um reajustamento e reestruturação da mulher em seus diversos papéis sociais e culturais (MOTA et al., 2011).

Para uma parcela significativa de mulheres, a gestação representa não apenas uma realização pessoal, mas sua valorização perante a família e a sociedade, além da afirmação de sua identidade (XIMENES NETO et al., 2011).

Durante a gestação, ocorrem significativas mudanças fisiológicas, envolvendo todos os sistemas orgânicos, o que acaba por acarretar alterações emocionais como expectativa, medo, ansiedade e descobertas, sendo necessário que a mulher conheça estas mudanças para que possa viver este período de forma mais tranquila (RODRIGUES et al., 2011).

Segundo Pereira (2011), a gestação é um período de adaptações, onde ocorrem mudanças físicas, existenciais, emocionais e sexuais, que é vivenciado singularmente por cada mulher, sendo um período crítico de transição, que ocasiona mudanças nas relações familiares, sociais, conjugais e na autoestima da mulher.

Nessa fase de transição, especialmente as primigestas, passam da condição de filha para também a de mãe, sendo necessário ajustar não apenas suas relações sociais e afetivas, mas também a econômica, o que acarreta um aumento de sua sensibilidade, tornando-a suscetível a distúrbios emocionais (GOMES et al., 2008).

Ao mesmo tempo em que a mulher vivencia a alegria e o prazer de ser mãe, também sofre com sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e incertezas, não apenas durante a gestação, mas no parto e pós-parto (MOTA et al., 2011). Fatores como estado civil, condições socioeconômicas, local de moradia, educacionais, idade e relacionamento familiar também afetam diretamente o estado emocional da grávida (XIMENES NETO et al., 2011).

No mesmo sentido, Gomes et al. (2008, p. 100) afirmam que:

Inúmeros fatores de ordem intrapsíquica e contextual tendem a influenciar o andamento da gravidez, tais como a estrutura de personalidade da gestante, o nível de resoluções de seus conflitos, e o suporte familiar que ampara a mulher durante a gestação. Os efeitos do estado psicológico atual da gestante, as condições do seu vínculo conjugal, sua aceitação de ter um filho e sua condição econômica. Os objetos internos da mulher influenciam, então, sua capacidade de engravidar, manter a gravidez e dar à luz, isto é, têm grande poder no percurso da maternidade.

As diversas alterações físicas e psicológicas que ocorrem na gestação são vividas de diferentes formas, com intensidade e duração diferentes por cada mulher, dependendo de fatores como a relação familiar, o planejamento da gravidez, o meio socioeconômico em que vive, experiências de gestações anteriores, a cultura, número de filhos, religião, entre outros (SANTOS et al., 2010).

As alterações verificadas na gestante são sistêmicas e locais, que envolvem a deambulação, a postura, o sistema urinário, cardiovascular, respiratório e digestivo, o metabolismo hidreletrolítico, pele, enzimas, articulações e ossos, órgãos dos sentidos e sistema nervoso (ALMEIDA et al., 2005).

De acordo com Ricci (2008), o processo gestacional representa um grande desafio de adaptação dos ritmos hormonais, metabólicos e fisiológicos da mulher, não sendo possível desassociar dos órgãos reprodutores, que passam por profundas alterações, que se iniciam desde a primeira semana da gravidez e permanecem até o seu final, onde todos os órgãos e sistemas passam por mudanças rápidas, a fim de suprir as necessidades do feto em crescimento.

As modificações variam de ocorrência e intensidade de acordo com o período gestacional e de cada gestante, sendo destinadas a suprir as necessidades da homeostasia e do crescimento do feto, sem comprometer significativamente o bem-estar da mãe. Portanto, não são alterações patológicas, mas fisiológicas, que tem por objetivo nutrir e proteger o bebê, aumentando a eficácia das funções corporais (ALMEIDA et al., 2005).

Neste período, a mulher sofre tamanho desequilíbrio que a gestação é sentida como um evento estressor, sendo toda gravidez considerada de risco em alguma medida, no entanto, só considera-se de alto risco quando estão presentes fatores como doenças maternas, idade da mãe, antecedentes obstétricos, história familiar e problemas de consanguinidade ou problemas que surgem no período

gestacional, como infecção materna, diabetes gestacional, hipertensão, dentre outros, que intensificam as dificuldades próprias da gravidez (GOMES et al., 2008).

Segundo Pereira (2011), os nove meses de gravidez são marcados por uma acelerada alteração hormonal, com significativo acréscimo da produção de estrogênios e progesterona, aliado a uma redução das gonadotrofinas, tornando inevitáveis as mudanças corporais observadas no período.

As modificações que ocorrem no sistema cardiovascular são aumento da força de contração do coração, aumento do volume sanguíneo e da frequência cardíaca e edema dos membros inferiores (SILVA, 2007).

As mudanças no sistema respiratório ocasionadas pela gestação ocorrem devido a três fatores: o efeito mecânico do crescimento uterino, o aumento total do consumo de oxigênio pelo corpo e os efeitos estimulantes da progesterona sobre a respiração (ALMEIDA et al., 2005).

No sistema digestório há um relaxamento da musculatura e redução da peristalse devido à influência da progesterona; lentidão do trânsito do alimento no trato gastrointestinal, reabsorvendo mais água que o normal, distendendo o abdômen e provocando constipação intestinal; lentidão no esvaziamento gástrico, acarretando azia, refluxo, vômitos e náuseas (PEREIRA, 2011).

O sistema tegumentar é afetado pela hiperpigmentação da pele da gestante, devido aos níveis de progesterona, estrogênio e hormônio estimulador de melanócitos, além de ser comum o surgimento de estrias, devido ao estiramento da pele, e queda de cabelo. O sistema endócrino sofre significativas alterações, que são ocasionadas para atender as necessidades do feto de controle do aporte da glicose, aminoácidos e lipídeos (RICCI, 2008).

Quanto ao sistema urinário, as alterações são influenciadas pelo estrogênio e progesterona, a pressão do útero em crescimento e maior volume sanguíneo da gestante, que ocasiona um aumento do volume e do fluxo da urina. As alterações no sistema imunológico se apresentam na redução da resistência à infecções causadas pela redução da função leucocitária e diminuição dos níveis de imunoglobulina G nas gestantes (PEREIRA, 2011).

No sistema reprodutor as principais mudanças se apresentam no aparelho genital, em especial no útero e nas mamas, causados pelos altos níveis de estrógeno e progesterona, que provocam o crescimento uterino no primeiro trimestre da gestação (PEREIRA, 2011).

A fecundação é uma complexa sequência de eventos moleculares coordenados que se inicia com o contato entre um espermatozóide e um ovócito e termina com a mistura dos cromossomos maternos e paternos na metáfase da primeira divisão mitótica do zigoto, que muitas vezes se divide e se transforma, progressivamente, em um ser humano multicelular, pela divisão, migração, crescimento e diferenciação celular (MOORE; PERSAUD, 2008).

O ser humano tem seu desenvolvimento dividido em três fases: pré-embriônica ou germinal, que se inicia na fecundação e vai até o décimo quarto dia; embriônica, da terceira até a oitava semana, e fetal, da nona semana até o fim da gestação, sendo tais etapas conexas e integradas, ou seja, é complicado determinar qual dessas seria a mais significativa, pois todas se completam. Que a fecundação do óvulo é a gênese do ser humano já é consenso geral, entretanto, dizer que esse óvulo fecundado já possui status de "pessoa humana" é o norte gerador de inúmeras controvérsias e discussões (MOORE; PERSAUD, 2008).

Desde o início da gravidez, a progesterona mantém o útero com espessamento máximo, a fim de permitir a fixação e o desenvolvimento do feto. Entre o primeiro e o segundo mês, as células da placenta passam a sintetizar estrogênios e progesterona, mantendo sua produção até o fim da gestação (FEBRASGO, 2000).

Além das mudanças hormonais, o organismo materno sofre também modificações cardiovasculares, com aumento do débito cardíaco e do volume sanguíneo para cerca de 30% no final da gravidez; os nutrientes ingeridos além do necessário, são armazenados no período do primeiro trimestre, sendo usados no segundo e terceiro trimestres, quando o feto demanda uma necessidade maior do que a mãe pode suprir; ocorre dilatação capilar do aparelho respiratório, ocasionando o estreitamento da laringe, faringe, brônquios e traqueia, dificultando a respiração nasal; os rins aumentam de peso, ocorrendo dilatação dos ureteres, havendo tendência para infecções e aumento do volume urinário (FEBRASGO, 2000).

O trabalho de parto e o parto é desencadeado, na grande maioria das vezes, entre a 37^a e 42^a semanas completas de gestação, onde cerca de 4% dos nascimentos acontecem antes da 37^a semana e entre 5 a 7% das gestações ultrapassam a 42^a semana sem que a mulher entre em trabalho de parto. Segundo Siqueira (2011), o período entre a 35^a e a 41^a semana se caracteriza por grande

aumento corporal fetal, assim, a cada semana de gestação, o feto pode ganhar ou perder cerca de 250g., afirmando que, como a duração da gravidez possui estreita relação com o peso ao nascer, os nascidos pré-termo ou após o termo correm maiores riscos.

O Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Segundo Lima:

É importante reforçar que, com a implantação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, muito se tem investido na atenção à saúde feminina, o que disso resulta uma indiscutível evolução nas demandas relativas ao ciclo gravídico puerperal. Porém, mesmo com essa notável evolução, percebe-se que a assistência à saúde no que diz respeito ao período puerperal ainda é deficiente (LIMA, 2012, p. 14).

Assim, é assegurado a toda mulher um atendimento de qualidade, para que possa usufruir de uma gravidez saudável, um parto seguro e um puerpério tranquilo, sem que esta esteja sujeita a intercorrências, sendo-lhes garantida uma assistência de enfermagem qualificada, que ofereça todas as informações indispensáveis para si e o recém-nascido (CABRAL et al., 2011).

2.3 A ASSISTÊNCIA INTEGRAL À MULHER NO PRÉ-NATAL

Até a década de 1980, os programas de atenção à saúde da mulher se voltavam especialmente para o grupo materno-infantil, dando enfoque à gestação e parto, a fim de garantir que a mulher gerasse filhos saudáveis. A partir de 1983, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), baseado no conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), sendo uma proposta inovadora que veio romper com a visão tradicional, tornando a mulher o foco central no atendimento das questões ligadas à reprodução (SCHOR et al., 2007).

O PAISM, regulamentado em 1986, foi o resultado de esforços dos profissionais da área de saúde, que buscavam implementar ações mais amplas no atendimento à saúde das mulheres, defendendo que a atenção à mulher necessitava ser integral, que contasse com exames para o diagnóstico de câncer

cérvico-uterino e de mama, controle de DST, bem como assistência para o planejamento familiar, incluindo a infertilidade e a contracepção (SCHOR et al., 2007).

Segundo Lindner et al. (2006), o PAISM tem por meta a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, através da garantia de direitos legalmente constituídos e da ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o país.

A partir do PAISM, a mulher passou a ser vista em sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital, dando relevância, a partir de então, ao planejamento familiar, englobando a infertilidade e concepção, parto, puerpério e anticoncepção (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que o PAISM foi o pioneiro na utilização do termo integralidade da saúde, tendo nascido antes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da promulgação da Constituição de 1988, tendo sido uma proposta nascida nos movimentos sociais feministas (SOUTO, 2008).

O PAISM tem seus princípios e diretrizes voltados à descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade, tendo como proposta de atuação ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, atendendo a mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer do colo do útero e de mama, assim como as necessidades detectadas segundo o perfil populacional (BRASIL, 1984).

Neste sentido, o PAISM tem por compromisso a implementação de ações e serviços que busquem garantir os direitos humanos das mulheres, reduzindo a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, incorporando a integralidade e a humanização da atenção à saúde e consolidando os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (SOUTO, 2008).

Mesmo com as prerrogativas do PAISM, o panorama da saúde da mulher continuou sendo o ciclo reprodutivo e a atenção à saúde, em todos os níveis de cuidado, mas deixava a desejar em termos de qualidade. A análise dos avanços e retrocessos referentes ao PAISM originou mudanças que se pautam em estratégias para suprir algumas lacunas e culminou com a construção, em 2003, da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Um dos exemplos é a inserção da humanização da assistência como uma nova estratégia para a melhoria do acesso e

da qualidade no ciclo gravídico-puerperal, com destaque para o Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento, instituído em junho de 2000, pelo Ministério da Saúde (SERRUYA et al., 2004).

Uma assistência pré-natal qualificada e humanizada acontece com a adoção de condutas que acolham a gestante, não realizando intervenções desnecessárias, que disponha de acesso fácil aos serviços de saúde e que estes ofereçam ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da futura mãe e do recém-nascido. Dentre os profissionais que atuam na atenção ao pré-natal, ocupa lugar de destaque o enfermeiro, que possui qualificação técnica para atender a mulher, seja através de ações educativas, na promoção e prevenção da saúde, sendo também um agente da humanização ((RODRIGUES e al., 2011).

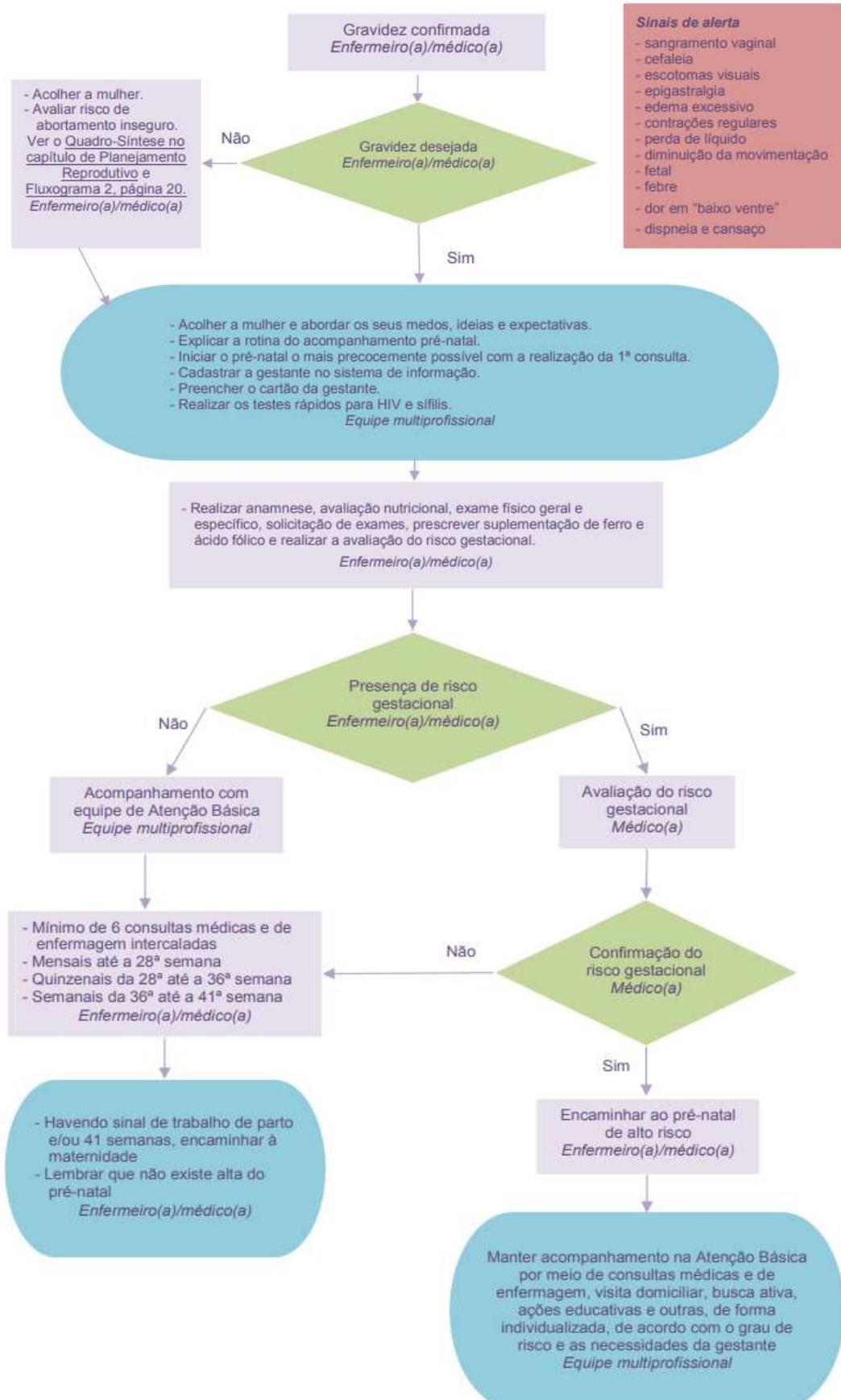
Além das ações citadas, o enfermeiro presta uma assistência individualizada e humanizada tanto à gestante quanto à família, buscando desenvolver uma relação de confiança e respeito mútuos (MA, 2010).

Para tanto, são consideradas atribuições da enfermagem durante o pré-natal:

Anotar as queixas e indagar sobre antecedentes familiares (hipertensão, diabetes, doenças congênitas, etc.) antecedentes pessoais (cardiopatia, doenças renais, anemias, etc.) antecedentes obstétricos (número de gestações e partos, números de natimortos, idade na primeira gestação, dia da última menstruação, data provável de parto, etc) gestação atual (nomes dos medicamento utilizados, hábitos como fumo e/ou álcool, entre outros); verificar peso e pressão arterial; observar sinais que possam indicar anormalidades (edemas, cefaléias constantes, hemorragias, etc.); mensurar altura uterina; auscultar os batimentos cardíacos; registrar as informações dos item acima no prontuário e no cartão da gestante; propiciar atividades educativas com o grupo de gestantes , nos quais se discuta: a importância da prática da amamentação; a dieta recomendada; importância da postura; imunização recomendada; trabalho de parto; modificações no puerpério (KAWAMOTO, 1995, p. 143).

A assistência pré-natal deve ser estabelecida tendo como meta o atendimento às reais necessidades das gestantes, empregando conhecimento técnico e científico, além dos meios e recursos apropriados e disponíveis, com ações que assegurem a continuidade do atendimento e o acompanhamento da mulher até o período perinatal, a fim de prevenir e tratar precocemente qualquer problema que possa colocar em risco a integridade da mãe e do feto e fornecer informações sobre o parto, seguindo as etapas preconizadas pelo Ministério da Saúde, como pode ser observado na Figura 1 (ALVIM et al., 2007).

Figura 1 – Pré-Natal na Atenção Básica



No contexto da assistência humanizada, o Ministério da Saúde preconiza que a gestante deve ser preparada durante o pré-natal para o parto e a maternidade, devendo ser orientada sobre o processo gestacional, modificações emocionais e corporais, trabalho de parto, parto e puerpério, além dos cuidados com o recém-nascido e a amamentação. A mulher deve ser preparada para o momento do parto através de ações que lhe ofereçam uma maior percepção do próprio corpo, facilitem o controle do parto, tais como exercícios de respiração, relaxamento, posições e massagem, para que possa encarar este momento de forma tranquila e segura (BRASIL, 2001).

As ações educativas devem envolver atividades, palestras, orientações sobre sexualidade, fisiologia da reprodução, riscos de aborto, prevenção de doenças, utilizando recursos disponíveis nas unidades de saúde, devendo as mesmas serem oferecidas pelo enfermeiro, profissional de grande importância nestas unidades (MATOS et al., 2013).

Cabe ressaltar que o enfermeiro, para prestar uma assistência de qualidade e humanizada junto às gestantes deve possuir preparo clínico e científico, além de conhecer a realidade cultural e socioeconômica da gestante, da família e da comunidade, para que possa oferecer uma assistência adequada às diversas situações identificadas (SANTOS; RESSEL, 2013).

No acompanhamento da gestante é importante que se trate de situações da vida atual, o parto, o pós-parto, os cuidados com o bebê, a amamentação e outros temas importantes que mesma deseja ou necessite ser abordado, além de contribuir para que elas desmistifiquem tabus relativos à gestação, parto e puerpério; compartilhem conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas; de modo a melhor compreenderem os novos papéis. Por fim, possibilitam que a mulher sintase a vontade para tirar suas dúvidas e inseguranças (SANTOS et al., 2010, p. 67).

Apesar da contribuição do enfermeiro ser inquestionável para a qualidade da assistência pré-natal, ainda existem entraves que prejudicam este atendimento, tais como infraestrutura deficiente nas unidades de saúde, constante falta de materiais e instrumentos necessários ao atendimento, carência de recursos humanos, acúmulo de funções administrativas e assistenciais desenvolvidas pela enfermeira, além da falta de preparo técnico dos profissionais que assistem a gestante e o desconhecimento sobre as questões legais e éticas que envolvem a assistência à

mulher durante a gravidez, o que resulta, muitas vezes, em omissão de cuidado (MELO et al., 2011).

Outro ponto que se apresenta como obstáculo é o distanciamento do profissional com o cotidiano da grávida, da sua família e demais atores sociais que fazem parte do seu dia-a-dia. Assim sendo, a realidade vivenciada pela enfermeira no contexto do pré-natal requer a criação de vínculo como um passo ímpar para uma assistência de qualidade (MELO et al., 2011, p. 751).

Nesse contexto, é necessário que o enfermeiro possa exercer as suas atribuições no pré-natal, criando mecanismos que possam permitir a continuidade da atenção, planejar suas ações, possibilitando à gestante, na consulta pré-natal, ser ouvida e respeitada e que possa expor suas percepções e representações sobre a gestação e o nascimento, fatores indispensáveis para a integralidade da atenção.

2.4 EXAMES DURANTE O PRÉ-NATAL

São essenciais os exames a serem realizados durante a gestação, a fim de prevenir ou tratar possíveis problemas, tanto na gestante quanto no parceiro, devendo ser solicitados pelo profissional de saúde na assistência pré-natal, que deve estar atento a sinais e sintomas para que, além dos exames regulares, outros possam ser feitos em caso de necessidade. Também é de extrema importância que os resultados sejam adequadamente interpretados, para intervenções eficazes (CAVALCANTE et al., 2016).

De acordo com Silva et al. (2013, p. 32):

Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal permitem a identificação de situações de risco e o agir precocemente, além de ajudar na diminuição da morbimortalidade durante esse período. Para melhor adequação das ações de pré-natal no âmbito da atenção primária, é possível afirmar que esforços devem ser direcionados para ampliação da cobertura de pré-natal no primeiro trimestre, mínimo de seis consultas, exames básicos e vacinas, além de estimular atividades de educação em saúde e indicadores que monitorem internamente a qualidade do pré-natal.

O Ministério da Saúde especifica os exames a serem realizados durante a gestação, bem como as ações a serem implementadas em caso de problemas, como se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 1 – Protocolo de exames de rotina no pré-natal de baixo risco

Exame	Período	Interpretação dos resultados
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º trimestre	Hemoglobina > 11g/dl – normal. Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave.
Eletroforese de hemoglobina*.	1ª consulta	HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta	A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo
Coombs indireto	A partir da 24ª semana.	Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada.
Glicemia em jejum	1ª consulta 3º trimestre	Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo. Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG)
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 h pós sobrecarga com 75g de glicose anidro)	24ª -28ª semanas**	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: em jejum > 110 mg/dl; após 2 horas > 140 mg/dl.
Urina tipo I	1ª consulta 3º trimestre	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.
Urocultura e antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.
Teste rápido de proteinúria***	Indicado para mulheres com hipertensão na gravidez	Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). Traços: entre 10 e 30 mg/dl. (+) 30 mg/dl. (++) 40 a 100 mg/dl. (+++) 150 a 350 mg/dl. (++++>) > 500 mg/dl
Teste rápido para sífilis ou VDRL	1ª consulta 3º trimestre (28ª semana)	Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal. Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis.
Teste rápido para	1ª consulta	Teste rápido não reagente: normal.

HIV ou sorologia (antiHIV I e II)	3º trimestre	Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.
Sorologia hepatite B (HBsAg)	1ª consulta 3º trimestre	HBsAg não reagente: normal. HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 3º trimestre****	IgG e IgM reagentes: avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre.
Malária (gota espessa)*****	Em todas as consultas de pré-natal, se necessário	Negativo: sem a doença. Positivo: portadora do Plasmodium sp..
Parasitológico de fezes	Anemia presente ou outras manifestações sugestivas	Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição de parasitos.

* Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha (BRASIL, 2013); ** Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM; *** Conforme Nota Técnica da Rede Cegonha, de 12 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013); **** Se IgG e IgM negativos no 1º exame; ***** Incluir o exame de gota espessa para malária na rotina do pré-natal em áreas endêmicas para a doença.

Fonte: BRASIL (2016)

2.5 AS LEIS QUE REGEM O PRÉ-NATAL

O Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento foi estabelecido pela Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000, estabelecendo os princípios e diretrizes dos direitos da gestante, como a escolha da maternidade, acompanhamento pré-natal, atendimento humanizado no parto, puerpério e assistência neonatal, além de responsabilizar as autoridades municipais, estaduais e federal que não garantirem esses direitos, objetivando oferecer um atendimento digno e de qualidade no período gestacional e no puerpério (BRASIL, 2000a).

No mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000, aprovando norma de orientação para a implantação do método canguru, a fim de promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Também instituiu grupo executivo para elaborar um plano de ação visando a redução da mortalidade

infantil e materna, editada em 20 de setembro de 2000, através da Portaria MS/GM nº 1.041 (BRASIL, 2000b; 2000c).

A Portaria nº 653/GM/2003 estabeleceu que o óbito materno passasse a ser evento de notificação compulsória, a fim de investigar os fatores determinantes e as causas dos óbitos, com o intuito de prevenir novas mortes maternas (BRASIL, 2003). O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado em 2004, objetivando a promoção da melhoria da atenção obstétrica e neonatal por meio da participação das três esferas de governo e a sociedade, sendo instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade (BRASIL, 2003; 2004).

Em 2005, a lei nº 11.108 passou a garantir às mulheres a presença de acompanhante no momento do parto e no pós-parto imediato. O acompanhante deve ser indicado pela gestante e pode ser o marido/parceiro, familiar ou amigo, sendo um direito tanto no parto natural quanto na cesariana, na rede pública e privada (BRASIL, 2005).

A Lei nº 11.634/2007 garantiu o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade onde a gestante irá receber assistência no âmbito do SUS, devendo estas instituições serem comprovadamente aptas a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (BRASIL, 2007).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), buscando efetivar ações para a promoção da saúde do homem, além de inserir o parceiro no pré-natal, tema sobre o qual se discorrerá mais detidamente em tópico deste estudo.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou um conjunto de medidas a fim de garantir atendimento adequado, humanizado e seguro às mulheres durante todo o período gestacional e puerperal, por meio da Rede Cegonha, exames de pré-natal, transporte seguro e parto nos leitos maternos do SUS, tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como referência (BRASIL, 2011).

Em 2016, através da Portaria nº 306, o Ministério da Saúde aprovou as diretrizes de atenção à gestante no que se refere à operação cesariana, estabelecendo parâmetros e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres.

A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, em seu artigo 14, passou a estabelecer que gestantes e famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, a fim de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância (BRASIL, 2016).

Esta lei trouxe artigos voltados especificamente à paternidade, como o aumento da licença paternidade para 20 dias aos funcionários das empresas cidadãs, por se entender que essa ampliação ocasiona impactos positivos no desenvolvimento da criança, proporcionando um maior envolvimento dos pais no cuidado do filho (BRASIL, 2016).

Em 2017, a Portaria nº 1.474, passou a incluir a avaliação do estado geral de saúde do pai/parceiro no pré-natal, determinando que os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos, atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos do pai/parceiro.

Alem das leis voltadas ao pré-natal, a gestante e o pai possuem direitos assegurados em diversos documentos que tratam de questões sociais, trabalhistas e de saúde, como apresentado na figura abaixo.

Figura 2 – A gestação no âmbito dos direitos

DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares. • Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um. • Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.
DIREITOS DO PAI
<ul style="list-style-type: none"> • O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê. • O pai tem direito a participar do pré-natal. • O pai tem direito a acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

DIREITO À SAÚDE

Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS

- Carteira da Gestante: a gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados.
- Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação, assim como a presença de um acompanhante, de livre escolha, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005).
- Realização gratuita de testes no RN (pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho) em todos os hospitais e maternidades.

DIREITOS SOCIAIS

- Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
- Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.

DIREITOS TRABALHISTAS

- **Estabilidade no emprego**
 - Toda empregada gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.
- **Licença e salário-maternidade**
 - A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.
 - O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial.
 - O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes.
 - Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido.
 - Em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias de acordo com a prescrição médica.
- **Funções exercidas pela gestante**
 - Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir – assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade –, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

Fonte: BRASIL (2016)

Observa-se, assim, que apesar das diversas leis voltadas a um pré-natal seguro, onde a gestante possa estar acompanhada e assistida, é necessário que a assistência ao parto só se tornará uma realidade com a mudança das práticas e rotinas no atendimento e com o conhecimento da população sobre os seus direitos.

2.6 IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NO PRÉ-NATAL

A gestação deve ser uma experiência especial e não traumática. Por ser um período de grandes transformações e alterações, a enfermagem exerce um papel essencial, orientando e informando os futuros pais, preparando-os para a maternidade e paternidade (SANTOS et al., 2010).

A expectativa de ser mãe, de vivenciar por nove meses uma nova vida dentro de si, o convívio diário com este ser que ainda não conhece, mas que desde o momento da concepção já faz parte de sua vida e de todos que a cercam são motivos de alegria, satisfação e prazer para a futura mãe. Porém, ela convive ao mesmo tempo com a ansiedade, incerteza, insegurança, sentimentos que permeiam o desenvolvimento da gravidez, o momento do nascimento e o período pós-parto. Esses são aspectos que devem ser considerados ao se buscar compreender como as mulheres puérperas primigestas percebem essas significativas mobilizações. Sentimentos ambivalentes acompanham o cotidiano da gestante até o momento do parto. Assim, o processo de nascimento torna-se um momento singular e importante pelas modificações a que a gestante esteve exposta e pelas novas rotinas que o nascimento demanda (ALVES et al., 2007, p. 417).

De acordo com Centa e Moreira (2002), além do nascimento da criança, ocorre o nascimento de uma família, da mulher para o papel de mãe e do homem para o papel de pai, sendo, portanto, um período em que se adquire novos papéis, não havendo mudanças apenas orgânicas.

A atitude das mulheres diante da gravidez é influenciada por aspectos culturais e, quando são mal informadas, temem não reconhecer o momento do parto e a dor que possam vir a sentir, além do receio dos procedimentos médicos e do ambiente hospitalar (MOTA et al., 2011).

O medo e a insegurança em relação à gestação, ao parto e ao puerpério, em geral, é resultado das informações passadas de geração a geração, sendo de essencial importância as orientações e a educação para a saúde durante a assistência pré-natal, oferecendo, além das informações para o bem-estar da mãe e do filho e a prevenção de doenças, o preparo para o parto e o puerpério, cuidados

com o recém-nascido, planejamento familiar e aleitamento materno (CENTA; MOREIRA, 2002).

A fim de oferecer amparo à gestante durante o pré-natal, devem ser oferecidos, além dos cuidados e procedimentos obstétricos, atividades de educação em saúde, de forma individualizada ou grupal, que possam favorecer o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de preparo para o parto e puerpério (ALMEIDA et al., 2012).

Para favorecer a relação interpessoal e facilitar o processo de comunicação entre o profissional de saúde e a gestante, com ênfase nas informações e orientação pré-natais, devem ser associadas atividades educativas de grupo às consultas individuais. Tendo em vista as questões apontadas, pode-se inferir que o planejamento sistemático e participativo de ações educativas por parte de todos os profissionais que integram a equipe de assistência obstétrica, com ênfase na promoção da saúde, seria o mais adequado para garantir a eficácia e a satisfação da mulher em relação à obtenção de informação e orientação durante o período gestacional (ALMEIDA et al., 2012, p. 823).

Assim, é muito importante que seja avaliado, por meio da interação e observação, o conhecimento cultural, as necessidades, anseios e expectativas das gestantes atendidas, promovendo a participação da família, a fim de planejar e desenvolver ações que promovam harmonia e qualidade da gestação, pois a mulher não está desvinculada do seu ambiente e é através da família que esta aprendeu a interagir em seu meio social e cultural. Portanto, a preparação para o parto no pré-natal deve envolver o atendimento de suas necessidades físicas, educacionais e psicológicas, desmistificando as informações negativas que a gestante possua e fortalecendo as positivas, aumentando a segurança da mulher para o parto e puerpério (CENTA; MOREIRA, 2002).

Cabe, portanto, aos profissionais de saúde que atendem a gestante proporcionarem uma rede de suporte social à gestante, oferecendo informações que sejam compreendidas pela futura mãe, a fim de auxiliá-la em sua adaptação no pós-parto, cuidados com o filho e prática da amamentação. Segundo Santos et al. (2010), a educação em saúde no pré-natal e o apoio continuado após o nascimento devem ser oferecidos através de reuniões em grupo de gestantes e visitas domiciliares para que a mãe possa ser orientada sobre os cuidados com o bebê e as dificuldades que possa enfrentar no aleitamento materno, oferecendo à futura mãe o empoderamento sobre a sua própria vida e a de seu futuro filho.

2.6.1 A Educação em Saúde no pré-natal

Durante décadas, as atividades educativas em saúde tinham por objetivo prevenir e controlar doenças, através de um discurso higienista e uma prática normalizadora, que responsabilizava o indivíduo pela sua saúde, sendo baseada na transmissão e reprodução de conhecimentos, sem refletir criticamente sobre o mesmo, pois o educando era um agente passivo, cabendo ao educador o controle do conhecimento e das ações de saúde. Neste contexto, a educação em saúde se resumia ao controle dos agentes biológicos transmissores ou causadores de doenças (FIGUEIREDO et al., 2012).

A partir dos anos 1970, a educação em saúde passou a ser repensada, ampliando a compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como uma interação de fatores econômicos, sociais e culturais e não apenas biológicas. Surge, a partir de então, uma prática que se volta ao desenvolvimento da autonomia, da subjetividade dos sujeitos, deixando de lado a transmissão vertical de saberes (FIGUEIRA et al., 2012).

Em 1980, o Ministério da Saúde definiu as diretrizes da educação para a saúde como atividades planejadas que tinham por meta a criação de condições que produzissem a transformação de comportamentos. Neste contexto, uma das estratégias do Programa Saúde da Família (PSF) na capacitação da comunidade para o autocuidado e para o enfrentamento do processo saúde-doença foram as ações educativas, aliando o saber popular e científico, na reconstrução de significados e atitudes (CERVERA et al., 2011).

Para os autores, a educação em saúde permite aos indivíduos se informarem e desenvolverem habilidades para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida, aumentando sua consciência para as mudanças ambientais e políticas necessárias na melhoria de sua saúde (CERVERA et al., 2011).

Segundo Duarte et al. (2011, p. 278):

Educação em saúde é definida como um conjunto de saberes e práticas norteadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana dos sujeitos, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Em todos os contatos dos profissionais de saúde com sua clientela, devem ser desenvolvidas ações educativas pelos profissionais de saúde, propiciando espaços de reflexão dos usuários sobre sua própria saúde, o que estimula modificações e adoções de novos meios para solucionar seus problemas (RIOS; VIEIRA, 2007).

Segundo Santos et al. (2010), a educação em saúde implica em uma combinação de oportunidades que possam favorecer a promoção e a manutenção da saúde, não podendo ser entendida apenas como transmissão de comportamentos, conteúdos e hábitos de higiene do ambiente e do corpo, mas principalmente como a adoção de práticas educativas que almejem a autonomia dos indivíduos em suas condutas, podendo ocorrer de forma individual ou grupal, promovendo o intercâmbio de pessoas que passam por experiências semelhantes, sendo geralmente uma ação gratificante e proveitosa.

Neste contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) se constitui em um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, sendo esta uma das funções dos profissionais dessas equipes (FIGUEIREDO et al., 2012)

A educação em saúde é considerada um alicerce da atenção básica, que busca promover uma maior compreensão dos usuários sobre saúde e doença, oferecendo subsídios para que estes adotem hábitos de vida e medidas de saúde. Desta forma, os profissionais que ali atuam devem ter consciência da importância da participação ativa da comunidade, família e indivíduos nas ações preventivas e de promoção à saúde (TRIGUEIRO et al., 2009).

De acordo com Cervera et al. (2011, p. 1548):

A educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

Desse modo, as práticas de educação em saúde são consideradas como importantes recursos para orientar ações que influenciem a vida cotidiana dos usuários, que passam a compreender, através do conhecimento científico produzido, os fatores que influenciam o processo saúde-doença, recebendo orientações que

contribuem para a adoção de hábitos e condutas saudáveis que auxiliam na melhoria da qualidade de vida (TRIGUEIRO et al., 2009).

Nessa perspectiva, o PSF propõe um modelo de assistência que se dedica a ações preventivas e de promoção da saúde dos usuários, comunidades e famílias, devendo tais ações estarem alinhadas aos preceitos da educação em saúde, devendo para tanto, ser reorganizadas, focadas no modelo assistencial, ajustadas para o fortalecimento da atenção à saúde, com destaque para a integralidade da assistência, no tratamento do indivíduo como parte integrada ao domicílio, à família e à comunidade (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

Assim, pode-se afirmar que a educação em saúde não acontece de forma linear ou imediata, sendo uma construção coletiva, cotidiana e inacabada, não havendo fórmulas ou receitas para que as mudanças de comportamento aconteçam. Segundo Santos e Penna (2009), ainda há que se percorrer um extenso caminho e muitas vezes estas não ocorrerão da forma que o profissional de saúde almeja ou nem sempre serão visíveis. No entanto, de acordo com Moura e Nogueira (2013), o processo de educação em saúde possibilitará um crescimento não apenas dos usuários, mas também dos profissionais.

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e para a emancipação dos sujeitos ao possibilitar a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares, como demonstrado pelas mulheres que participaram deste estudo. Isso nos mostra que a educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e nos remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde que são também educadores por excelência (SANTOS; PENNA, 2009, p. 658).

No que se refere à gestante, a educação em saúde deve promover novos conhecimentos, aumentar a capacidade de escolhas conscientes da futura mãe em relação à sua saúde, além de servir para a troca de experiências, vivências e saberes, que proporcionam a construção e reconstrução do conhecimento (SANTOS; PENNA, 2009).

Sendo o pré-natal o período em que a mulher se prepara física e psicologicamente para o parto e a maternidade, a assistência neste período deve se voltar não apenas à identificação e prevenção de possíveis anormalidades, mas também para ações educativas que permitam conhecer o universo dessas mulheres e a forma como lidam com a gravidez, contribuindo para o fortalecimento das

informações que já possuem e valorizando suas histórias de vida, permitindo que se tornem sujeitos desse processo (DUARTE et al., 2011).

Santos et al. (2010) ressaltam que ações educativas em saúde por meio de encontros ou grupos de gestantes possibilitam uma maior aproximação entre os profissionais e as usuárias dos serviços de saúde, contribuindo também para uma assistência humanizada, pois a construção do conhecimento ocorre através das interações entre os participantes, de forma reflexiva e dinâmica.

Vale ressaltar que a educação em saúde no pré-natal é uma estratégia importante para os enfermeiros tirarem dúvidas da gestante e da família, oferecendo informações importantes que contribuem para a autonomia do cuidado (DUARTE et al., 2011).

Para que as práticas educativas sejam favorecidas, é necessário que sejam criados vínculos e que ocorra o acolhimento das gestantes, o que contribui para um aumento do número de consultas pré-natais, possibilitando que mais orientações sejam passadas à gestante. Segundo Costa et al. (2013), no ciclo gravídico-puerperal, as ações educativas são de essencial importância porque a mulher deve ser orientada neste período para que possa vivenciar o parto de forma mais positiva, ter menores riscos de complicações no puerpério e mais conhecimento no cuidado do recém-nascido, devendo, portanto, ser prioridade para todas as gestantes.

Os profissionais de saúde devem adotar uma postura de educadores que compartilham saberes, promovendo ações de educação em saúde não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas principalmente, para a manutenção ou recuperação do estado de saúde, no qual estão envolvidos aspectos socioeconômicos, culturais, emocionais e espirituais (20). Isso requer a capacitação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, para desenvolver a habilidade de avaliar criticamente as necessidades da clientela e estabelecer uma comunicação eficaz e sensibilizadora, para que as mulheres compreendam a importância dessa intervenção para promoção da saúde (RIOS; VIEIRA, 2007, p. 478).

No entanto, para que a educação em saúde se torne efetiva, é essencial que as equipes de saúde se sensibilizem, se conscientizem e aprimorem o processo comunicativo com as gestantes. Segundo Costa et al. (2013), existe a necessidade de se capacitar os profissionais de saúde para trabalhar questões importantes como planejamento familiar, parto e amamentação, sendo, no entanto, necessários investimentos para qualificar os recursos humanos disponíveis, para que estes possam oferecer, de fato, uma educação em saúde que promova o autocuidado.

2.7 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A partir do século XIX, o Estado passou a fazer intervenções direcionadas a determinados grupos, que passaram a merecer atenção especial, como os doentes mentais e homossexuais, considerados um perigo social; as mulheres, por sua responsabilidade na reprodução; idosos e crianças, devido à sua fragilidade diante de doenças. As ações de saúde eram voltadas a esses grupos, que ganharam visibilidade, enquanto outros eram mantidos na obscuridade, como é o caso dos homens (CARRARA et al., 2009).

Por um longo tempo, a saúde do homem era tratada de forma diferente da saúde da mulher, baseada em teorias biológicas consideradas neutras. Segundo Aquino (2006, p. 122), tal fato é o resultado de concepções de sexo, onde o homem é considerado “modelo universal do humano e a mulher como outro, especial, desviante”. Somente a partir do século XVIII surge a noção de dois sexos biológicos, definindo-se as diferenças entre estes, ressaltando a fragilidade e vulnerabilidade da mulher.

Atualmente, utiliza-se o conceito de gênero, entendendo-o como algo que vai além da simples diferença biológica entre homens e mulheres, levando-se em conta outros determinantes. Segundo Silva (2010, p. 20):

O conceito de gênero surgiu nas ciências sociais e humanas como uma tentativa de unir interesses comuns e expandir a compreensão das relações entre os sexos. Para isso, deve-se levar em conta, não a ideia de que existem machos e fêmeas na espécie humana, mas que o sentido do masculino e feminino, em nossa sociedade, é definido em termos da relação entre ambos e do contexto sócio-histórico mais amplo, em que coexistem outras categorias, tais como raça/etnia, idade e classe social.

Os homens são alvo de diversos problemas de saúde, apresentando índices significativos de mortalidade, quando comparados à população feminina. Entre os problemas mais frequentes, podem ser citados o câncer, doenças cardiovasculares e eventos relacionados à violência, dependência do álcool, doenças hepáticas e uso de substâncias ilícitas, dentre outras, que causam grande impacto na mortalidade masculina (FIGUEIREDO, 2008).

Não é rara a concepção, por parte dos homens, de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais destinados ao atendimento de crianças, mulheres e

idosos, sendo muito pequena a presença masculina neste serviço. Segundo Figueiredo (2005), esta situação pode ser explicada pela pouca valorização do homem com o autocuidado, levando-os a buscarem serviços de saúde em farmácias ou pronto-socorros, onde são atendidos com mais rapidez, além de contarem com um atendimento masculino, não se vendo obrigados a expor seus problemas a profissionais mulheres.

Diante desse contexto, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a proposta de uma política pública de atenção à saúde do homem, a fim de implementar ações de atenção integral a essa população. A PNAISH foi instituída através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tendo como objetivo a promoção da melhoria das condições de saúde dos homens, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzindo a morbimortalidade, otimizando o acesso às ações e serviços de assistência à saúde, possuindo nove eixos de ação: comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública (BRASIL, 2009).

A PNAISH tem como metas o estímulo ao autocuidado, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania de todos, buscando aumentar a expectativa de vida e reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, através de ações que considerem a realidade masculina e suas singularidades, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos (BRASIL, 2008).

De acordo com Silva (2009, p. 27), a PNAISH tem como objetivo:

A promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Além disso, visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção à saúde.

Assim, efetivar as ações descritas na atenção básica, efetivada por meio da Portaria nº 648-GM/2006, que determina a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde, vem sendo um desafio para os profissionais que atuam nas unidades básicas. Para Fontes et al. (2011, p. 432):

A compreensão de fenômenos de saúde vinculados a esse grupo populacional articula as inúmeras questões que envolvem, entre outros aspectos, os determinantes de saúde-doença, questões envolvendo gênero e a prematuridade das discussões frente às suas demandas de saúde. Estudos nesse campo evidenciam, em sua maioria, um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e pela política feminista e, conceitualmente, pressupõem que vivenciar a masculinidade tradicional causa déficit de saúde.

De acordo com Silva (2009), os homens apresentam maior vulnerabilidade à doenças do que as mulheres, especialmente as doenças graves e crônicas. No entanto, essa população não busca os serviços de atenção primária como ocorre com as mulheres, sendo mais frequente sua entrada no sistema hospitalar e ambulatorial, agravando a morbidade devido à não procura de atendimento preventivo, o que ocasiona um maior custo ao sistema de saúde.

A não procura pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, caso a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados, se os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (SILVA, 2009, p. 16).

As características socioculturais estão diretamente ligadas a pouca procura dos homens pelos serviços básicos de saúde, sendo constatado que mulheres e crianças realizam muito mais consultas que os homens, pois as mulheres declaram mais suas doenças, realizam mais exames e consomem mais medicamentos. No entanto, é maior o número de homens internados em estado grave e nos serviços de emergência, sendo essencial que os serviços de saúde se voltem a esse tema (BRAZ, 2005).

Para os homens, com base nessa “teoria da negação”, assumir um estado de deficiência da saúde é assumir um estado de fraqueza, e a fragilidade é um dos atributos relacionado ao feminino. Além disso, os homens habitualmente relacionam o espaço das unidades básicas de saúde (UBS) com mulheres e crianças, sendo esse um dos motivos que os afasta dos serviços de atenção primária a saúde. De fato, as UBS foram organizadas de forma a desenvolver ações voltadas às mulheres, o que ganhou força com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, como resultado, entre outros, das manifestações do movimento feminista (VILLAR, 2007, p. 20).

Outra situação que pode explicar a baixa frequência de homens nas unidades de saúde se refere ao menor tempo destinado a essa população por parte dos

profissionais, oferecendo-lhes poucas explicações, quando comparadas àquelas oferecidas às mulheres. De acordo com Figueiredo (2008, p. 59), “essas ações reforçam a idéia de uma percepção cultural de problemas de saúde dos homens como não existente ou dissociada das construções de gênero das masculinidades”.

Estudo de Gomes (2008) observou que a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária se deve à vergonha de se exporem a um profissional homem ou mulher, especialmente quando buscam diagnosticar o câncer de próstata, sendo resistentes em expor o corpo para o exame.

Segundo Silva (2009), na socialização do homem, não estão presentes questões como o autocuidado ou o cuidado ao outro, levando os homens a se cuidarem menos do que as mulheres. Além das questões sociais, existem também barreiras na organização do sistema que acaba por afastar a população masculina daqueles locais, tais como: a equipe ser predominantemente feminina; o horário de funcionamento ser incompatível com a disponibilidade de quem está inserido no mercado de trabalho formal; e as ações de saúde serem direcionadas prioritariamente à população feminina e infantil.

Outro fator considerado importante quando se trata da baixa frequência dos homens em unidades básicas de saúde se refere ao modo como os profissionais prestam assistência e cuidados. Desta forma, da mesma maneira como os homens entendem tal assistência como dedicada ao atendimento de mulheres, os profissionais, como os membros da sociedade, reproduzem ali as mesmas concepções, também compreendendo este como um espaço da mulher, entendendo que estas são responsáveis pela própria saúde e pela do parceiro (FIGUEIREDO, 2008).

Além de todos os fatores relacionados acima, também pode ser citada a baixíssima existência, nos serviços de saúde, de atividades ou programas voltados às necessidades de saúde da população masculina, o que acaba por interferir naqueles considerados alvo, como a saúde da mulher, pois atender às demandas trazidas depende de ações direcionadas aos seus parceiros. Desta forma, é necessário que se construam práticas de saúde que relacionem os gêneros, sendo específicas para o universo masculino, pois grande parte destas ações vêm sendo desenvolvidas, no Brasil, por organizações não governamentais (ONGs) (FIGUEIREDO, 2008).

2.8 O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A PNAISH inseriu também o pré-natal do parceiro, a fim de ampliar o acesso e o acolhimento dos homens nos serviços e programas de saúde, qualificando as práticas de cuidado no SUS, realizadas por meio de ações educativas, campanhas e capacitações, que pretendem valorizar a paternidade e sensibilizar a sociedade como um todo (BRASIL, 2016).

A falta de ações que promovam a presença do homem no pré-natal dificulta a sua participação. De acordo com Pontes et al. (2009, p. 401), o que se observa, é que “o homem é deixado de lado, em grande parte, pelos próprios profissionais da saúde, por falta de estratégias que auxiliem a ida desse homem nas consultas de pré-natal junto à sua companheira”.

As pesquisas sobre o relacionamento entre pais e filhos se concentram predominantemente nas mães. Isto pode ser atribuído aos padrões da sociedade, onde as mães eram geralmente vistas como as principais cuidadoras, que ficavam em casa e cuidavam de seus filhos, enquanto os pais trabalhavam fora da casa para prover financeiramente a família. Hoje em dia, entretanto, esses padrões tradicionais de papel são menos prevalentes. Isso se reflete em mais mães que trabalham meio período ou integralmente fora de casa e os pais, muitas vezes, vêm tomando um papel mais ativo na educação dos filhos (MAUME, 2011).

Nos últimos tempos, vem sendo cada vez mais discutida a presença do pai, desde a concepção, na vida dos filhos, sendo consenso que este envolvimento tem um efeito positivo no desenvolvimento social, comportamental, psicológico e cognitivo da criança. (SARKADI et al., 2008).

De acordo com a PNAISH, "é necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo". Assim, a paternidade deixa de ser considerada somente sob seus aspectos legais, mas como um direito do parceiro em acompanhar todo o processo de forma ativa, desde a opção por ter ou não filhos, quando tê-los e por acompanhar a gestação, o parto, puerpério e a educação da criança (BRASIL, 2009, p. 28).

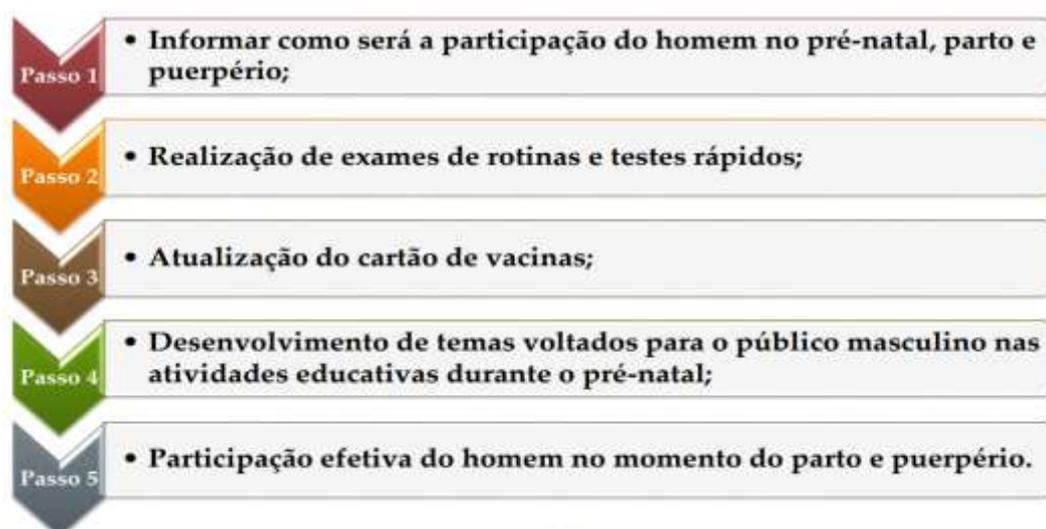
Esta conscientização se estende também aos pais adolescentes e adultos jovens, que devem ser reconhecidos pelos serviços de saúde como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, não devendo a paternidade nesta fase da vida ser encarada somente como algo a ser evitado. Assim, essa população deve ser

assistida levando em conta seus projetos de vida e necessidades, devendo ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos, além de lhes assegurar, em caso de gravidez, condições para vivenciarem a paternidade de forma responsável (BRASIL, 2009).

O pré-natal do parceiro tem como uma de suas metas aproveitar a presença do pai nas consultas médicas da gestante para inseri-lo nos serviços de saúde, oferecendo exames atividades educativas, atualizando a caderneta de vacinação e os preparando para o exercício da paternidade de forma cuidadosa e comprometida.

A participação do parceiro no pré-natal tem início na consulta médica ou de enfermagem, após a confirmação da gravidez, sendo este processo composto por cinco passos, apresentados na Figura 3.

Figura 3 – Os cinco passos da participação do parceiro no pré-natal



Fonte: BRASIL (2009)

Em caso de gravidez não confirmada, o parceiro deve ser vinculado às ações de saúde da unidade, realizando exames de rotina e testes rápidos e atualizando o cartão de vacinação.

2.9 PERFIL DAS REGIÕES DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em municípios das regiões Norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais, apresentados na Figura 4. As duas regiões são fronteiriças, sendo reconhecidas pelo baixo dinamismo econômico, maior incidência de pobreza e menor grau de desenvolvimento humano.

Figura 4 – Municípios que compõem a pesquisa



Fonte: Google Maps

As regiões fazem parte da área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), como pode ser observado na Figura 5, recebendo incentivos do Fundo de Desenvolvimento do Nordeste (FDNE) e do Fundo Constitucional de Financiamento do Nordeste (FNE) para projetos de desenvolvimento regional, a fim de atrair investimentos, acesso a recursos e políticas públicas.

O povoamento foi estimulado, a fim de garantir o domínio territorial do estado com Minas Gerais e Bahia, tendo sido oferecidas concessões de exploração de madeira, o que acabou por provocar um desmatamento abusivo na região (SANTOS, 2017).

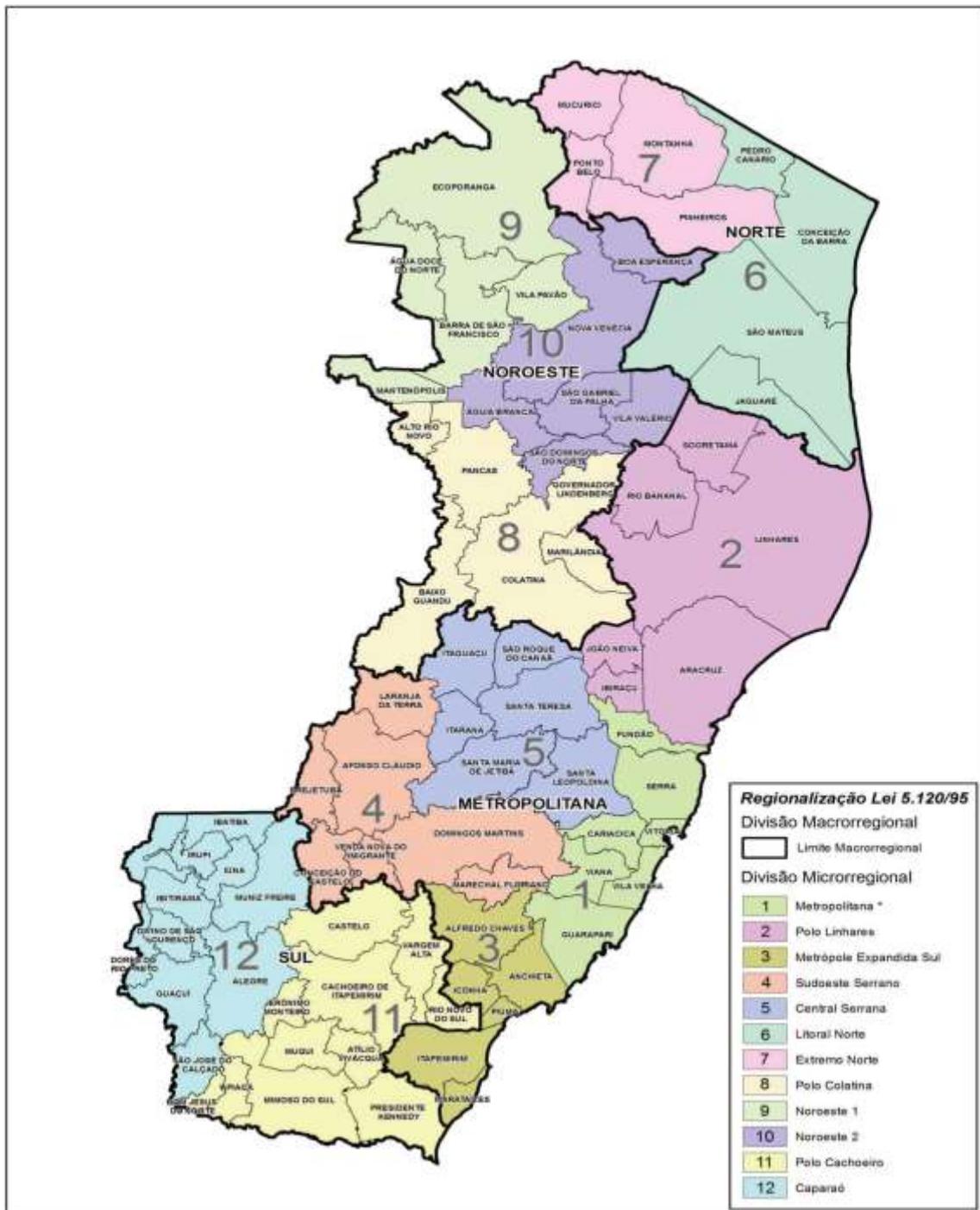
Apesar dos indicadores de pobreza no Espírito Santo virem apresentando queda ao longo dos últimos anos, ainda existem regiões deprimidas economicamente que criam as condições para o enraizamento de bolsões de pobreza nestas regiões, dentre as quais o norte do estado (BARROS et al., 2010).

A divisão das regiões do estado do Espírito Santo foi feita de acordo com a Lei Complementar nº 5.120/95, que dispõe sobre a criação de “Macrorregiões de Planejamento e Microrregiões de Gestão Administrativa no Estado do Espírito Santo” (Figura 6). Dos municípios pesquisados, pertencem à Microrregião Nordeste I o município de Ecoporanga; à Microrregião Extremo Norte os municípios de Montanha, Mucurici Pinheiros e Ponto Belo; e Microrregião Litoral Norte os municípios de São Mateus e Pedro Canário (ESPIRITO SANTO, 1995).

Nas regiões estudadas se encontra a maior concentração de municípios com incidência significativa de pobreza (Ecoporanga, Ponto Belo, Montanha Pinheiros e Pedro Canário) (FRANÇA et al., 2011).

A Macrorregião Noroeste possui sua economia baseada na agropecuária e extração vegetal, com uma variedade de atrativos naturais, mata de vegetação nativa e fauna diversificada. A economia está atrelada a agricultura, com a cafeicultura e pecuária como principal atividade econômica. É a região menos populosa do estado, além de ser a única que não possui nenhum dos seus municípios banhados pelo mar.

Figura 6 - Regionalização do estado do Espírito Santo, segundo a Lei Complementar nº 5.120/95



Fonte: FRANÇA et al., 2011

A cidade de Ecoporanga apresenta grande concentração fundiária, o que contribui para o crescimento urbano, sendo uma área da região que passa por um processo de diversificação agrícola, mantendo, no entanto, forte presença da plantação de café e pecuária de corte.

O setor agropecuário se dedica, além da cafeicultura e da pecuária, ao cultivo de arroz, mandioca, milho, feijão, banana, fruticultura, sendo o município de Pinheiros o maior produtor de mamão do estado e um dos maiores do país tanto do mamão quanto do maracujá. Também são encontradas agroindústrias na região, com fábricas de farinha de mandioca, aguardente e laticínios (IJSN, 2013).

A região sofre com longos períodos de estiagem, o que prejudica significativamente sua economia baseada na agropecuária. O desmatamento também é um problema, ocasionado pela expansão de áreas de pastagens, o que acarreta erosão do solo, sendo necessário que a população tenha maior consciência da necessidade de preservação do meio ambiente.

Na região, há uma grande concentração de extração de minerais, que absorve grande parte da força de trabalho empregada.

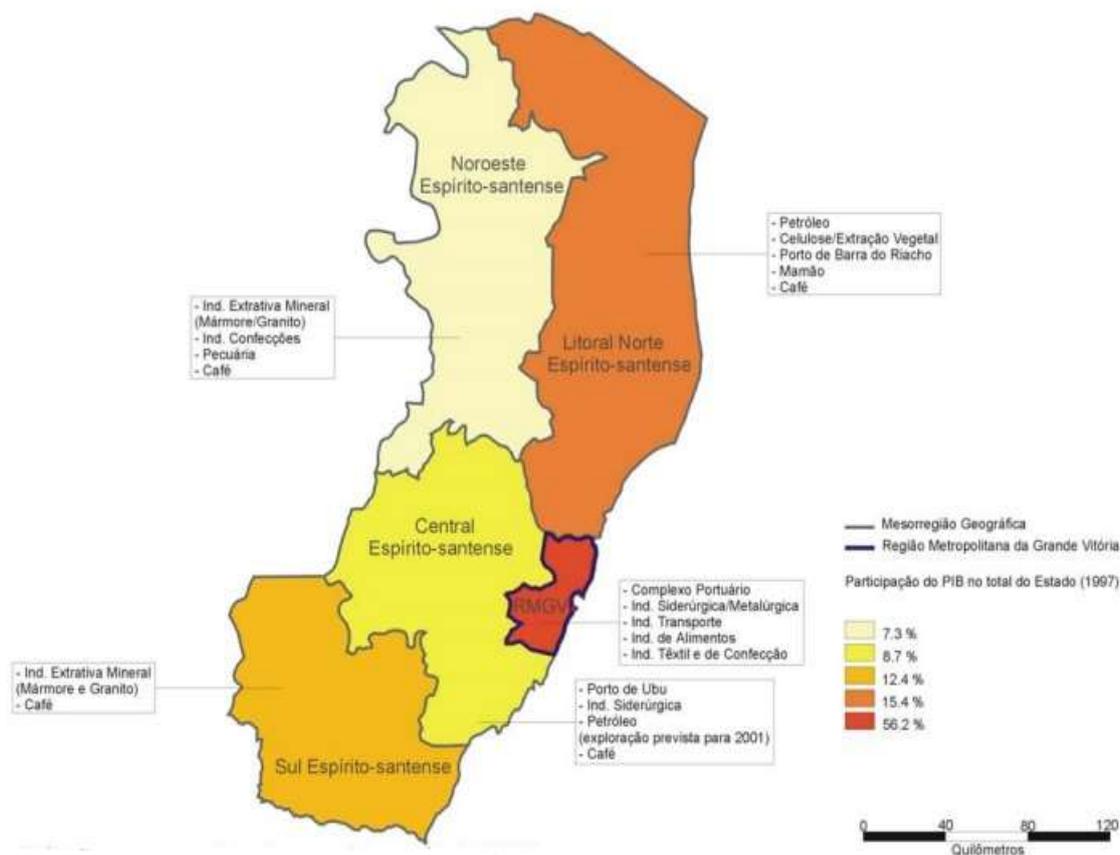
A Microrregião Litoral Norte possui a faixa litorânea e a parte interior, tendo como atividade econômica a agricultura empresarial intensiva e a agroindustrialização. Grande parte da população é carente de serviços públicos elementares.

De acordo com o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN, 2013, p. 45):

A sede de São Mateus tem o papel de "cidade regional", enquanto ponto urbano de vinculação de todo o território com a metrópole. É o principal local de reprodução de toda a economia regional, principalmente no que se refere ao provimento de comércio e serviços públicos/privados. Internamente, este espaço cumpre a função de solidificar um processo produtivo ligado majoritariamente ao complexo agroindustrial, subordinado diretamente ao capital industrial. Funciona São Mateus como núcleo emanador da lógica empresarial para a agricultura do Norte capixaba. Do ponto de vista externo à microrregião, intermedeia fluxos de mercadorias e renda, além de interesses em relação à metrópole, capturando nesse processo economias sediadas no Sul da Bahia.

Na faixa litorânea, a economia é baseada na pesca artesanal, além de atividades turísticas. O setor agropecuário se dedica ao cultivo da fruticultura, pecuária leiteira e de corte, suinocultura, macadâmia, cafeicultura, feijão, arroz, milho, mandioca, e cultivo de pimenta do reino, especialmente em São Mateus, que é o maior produtor estadual. Existe uma forte presença de agroindústrias, com produção de palmito em conserva, laticínios, processamento de macadâmia, havendo grande concentração fundiária em São Mateus, como pode ser observado na Figura 7.

Figura 7 – Principais atividades econômicas por região



Fonte: IJSN (2013)

Os principais índices econômicos dos municípios capixabas que fizeram parte do estudo estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Principais índices econômicos dos municípios analisados no estado do Espírito Santo

<i>Município</i>	<i>População do município</i>	<i>População ocupada (%)</i>	<i>Domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (%)</i>	<i>PIB per capita (R\$)</i>
Ecoporanga	23.014	11,4	42,5	13.369,56
Mucurici	5.552	9,6	43,2	12.392,80
Montanha	18.770	14,4	37,5	16.612,16
Pinheiros	26.763	12,7	34,8	15.233,24
Ponto Belo	7.784	11,1	11,1	10.289,53
Pedro Canário	25.982	10,2	10,2	11.115,35

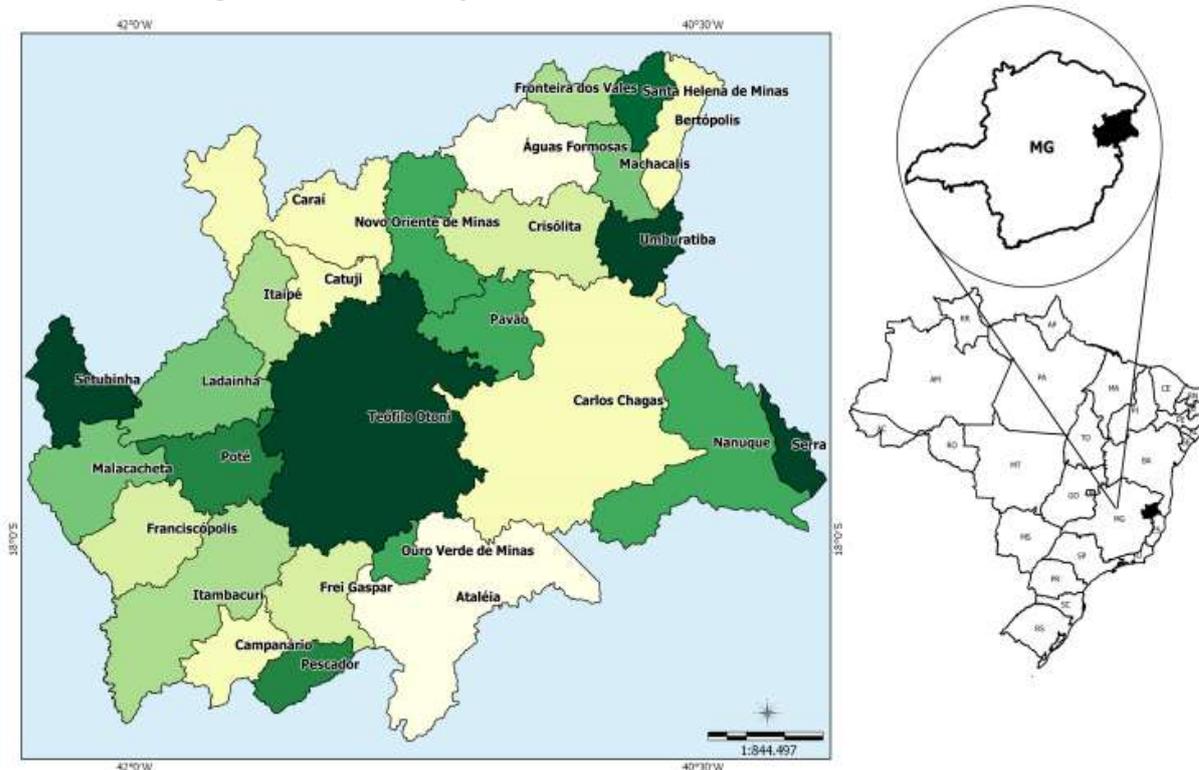
Fonte: IBGE, 2018

2.9.2 Nordeste de Minas Gerais - Vale do Mucuri

A mesorregião do Vale do Mucuri é formada por 23 municípios, que estão agrupados nas microrregiões Nanuque e Teófilo Otoni, recebendo esta denominação devido ao rio Mucuri, que percorre a região. A região faz divisa com os estados da Bahia e Espírito Santo, tendo como principais pólos as cidades de Nanuque e Teófilo Otoni. Sua colonização não é recente, tendo ocorrido no período minerador, no entanto, a ação dos indígenas acabou por retardar a fixação de colonos nessas terras (CERQUEIRA NETO, 2005).

Os municípios pesquisados no estado de Minas Gerais fazem parte da Mesorregião do Vale do Mucuri (Figura 8), Microrregião Nanuque, situados na porção leste do estado (Ataléia, Carlos Chagas, Nanuque e Serra dos Aimorés), sendo considerada, juntamente com o Vale do Jequitinhonha, a região mais pobre do estado, com sua economia voltada à pecuária de corte e agricultura de subsistência, sem qualquer expressão industrial. A Mesorregião do Vale do Mucuri é formada por 23 municípios, sendo Teófilo Otoni a cidade mais desenvolvida da região.

Figura 8 – Localização do Vale do Mucuri em Minas Gerais



Fonte: BARROSO; BARROSO, 2014

A região possui bastante diversidade social, física e econômica, apresentando clima semiárido, com chuvas irregulares, concentrando-se em poucos meses do ano e longos períodos de seca, além de temperaturas elevadas. A economia baseia-se na pecuária extensiva e agricultura voltada ao agronegócio, que ocupam a maior parte do território (CARNEIRO FILHO, 2013).

Os principais problemas dessa região são a seca, a pobreza, a dependência dos municípios de auxílio econômico do estado e governo federal e o isolamento regional. Dentre as mesorregiões que compõem o Nordeste de Minas Gerais, o Vale do Mucuri é a que apresenta os mais baixos indicadores socioeconômicos, com 34% da sua população vivendo na zona rural.

Os principais índices econômicos dos municípios mineiros que fizeram parte do estudo estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Principais índices econômicos dos municípios analisados no estado de Minas Gerais

<i>Município</i>	<i>População do município</i>	<i>% da população ocupada</i>	<i>% de domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa</i>	<i>PIB per capita (R\$)</i>
Ataléia	14.455	6,6	46,1	10.193,35
Carlos Chagas	20.069	11,8	42,2	16.443,73
Nanuque	40.839	15	36,9	15.254,39
Serra dos Aimorés	8.685	9,8	41,1	12.536,58

Fonte: IBGE, 2018

As atividades econômicas da região estão voltadas à agroindústria (café, laticínios e frigoríficos), além de extração e comércio de pedras preciosas (FÁVERO et al., 2011).

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

De acordo com Gil (2010), a metodologia de pesquisa pode ser caracterizada segundo dois critérios: quanto aos objetivos ou fins e quanto aos procedimentos ou meios.

Quanto aos objetivos ou fins, esta pesquisa é exploratória e descritiva, uma vez que expõe características de determinado fenômeno, que no caso consiste na participação dos pais/parceiros no pré-natal. A pesquisa descritiva tem como uma de suas características mais significativas a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados (GIL, 2010, p. 44).

Quanto aos procedimentos ou meios, foram utilizadas como fontes, primeiramente a pesquisa bibliográfica, a fim de se aprofundar no tema e, em seguida, levantamento através de questionário estruturado e, ao final, realizou-se a análise das informações coletadas.

A escolha dos métodos e técnicas utilizados depende “dos vários fatores relacionados com a pesquisa, ou seja, a natureza dos fenômenos, o objeto da pesquisa, os recursos financeiros, a equipe humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.33).

A abordagem da pesquisa é quali-quantitativa que, segundo Malhotra (2006), não são contraditórias, pois ambas possuem natureza, objetivos e aplicações distintas. Enquanto a pesquisa qualitativa oferece uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, a pesquisa quantitativa busca quantificar os dados, utilizando análise estatística.

De acordo com Gunther (2006), é cada vez mais consensual que a complementaridade entre as duas abordagens é fundamental, tendo em vista os vários e distintos objetivos de uma pesquisa, cujos propósitos não podem ser alcançados por uma única abordagem metodológica.

Segundo Chaer et al. (2011, p. 258), “as duas abordagens, qualitativa e quantitativa, vistas até certo tempo como antagônicas, podem apresentar um resultado mais considerável e significativo, se utilizadas na pesquisa de um mesmo problema”.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, definido por Gil (2010, p. 128) como “a técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”.

Gil (2010, p. 128-9) relaciona as seguintes vantagens do questionário sobre outras técnicas de coleta de dados:

a) possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa, já que o questionário pode ser enviado pelo correio;

b) implica menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige o treinamento dos pesquisadores;

c) garante o anonimato das respostas;

d) permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente;

e) não expõe os pesquisadores à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em seis municípios da Mesorregião do Noroeste Espírito-Santense, Microrregião Barra de São Francisco, Mesorregião Litoral Norte Espírito-Santense, Microrregião Montanha e Microrregião São Mateus, entrevistando 200 indivíduos dos municípios de Ecoporanga, Mucurici, Montanha, Pinheiros, Ponto Belo e Pedro Canário.

Também foram entrevistados 200 indivíduos da Mesorregião do Vale do Mucuri, Microrregião Nanuque, no estado de Minas Gerais, compreendendo os municípios de Carlos Chagas, Nanuque, Serra dos Aimorés e Ataléia.

Os municípios analisados somam uma população total de 191.913 habitantes, sendo 107.865 capixabas e 84.048 mineiros.

3.3 COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados consistiu em um questionário estruturado, aplicado com homens que preencheram os critérios de inclusão,

analisando primeiramente as características da amostra e posteriormente sobre as percepções e conhecimentos dos entrevistados em relação ao pré-natal da esposa/companheira.

O questionário foi composto por 23 questões fechadas, sendo aplicado nos serviços de saúde dos municípios participantes. Em um primeiro momento, buscou-se caracterizar a faixa etária dos respondentes, bem como grau de instrução e número de filhos. Em seguida, buscou-se avaliar a percepção dos pais/companheiros sobre o pré-natal e sua participação (Apêndice A).

Todos os respondentes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e, após aceitação em participar, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados coletados foram tabulados e analisados através de estatística descritiva das variáveis, a fim de identificar o perfil da amostra. Procedeu-se a análise através de frequência absoluta e percentual nas variáveis.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu às exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré.

3.6 VISÃO GERAL DA METODOLOGIA



4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A amostra foi composta por 400 pais, tendo sido averiguado, em um primeiro momento, as variáveis idade, escolaridade e número de filhos dos respondentes, como se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 4 – Distribuição das características da amostra

<i>Variável</i>	<i>Minas Gerais</i>		<i>Espírito Santo</i>		<i>Total</i>	
	N	%	n	%	n	%
Idade						
18 a 20 anos	22	11	17	8	39	10
21 a 35 anos	80	40	95	48	175	44
36 a 40 anos	56	28	70	35	126	31
41 anos ou mais	42	21	18	9	60	15
Escolaridade						
Analfabeto	8	4	3	1	11	3
Ensino Fundamental incompleto	30	15	27	13	57	14
Ensino Fundamental completo	41	20	45	23	86	21
Ensino Médio completo	60	30	60	30	120	30
Curso técnico	4	2	2	1	6	1
Superior incompleto	36	18	34	17	70	18
Superior completo	21	11	29	15	50	13
Número de filhos						
Um	86	43	88	44	174	43
Dois	54	27	58	29	112	28
Três	18	9	20	10	38	10
Mais de três	15	7	13	6	28	7
No momento, a mulher está gestante	27	14	21	11	48	12

Ao se analisar as características da amostra, foi possível observar que nas duas regiões a maioria dos pais está na faixa etária de 21 a 35 anos, havendo um maior número no Espírito Santo (Figura 9). Em relação à escolaridade, os percentuais foram muito semelhantes nas duas regiões pesquisadas, com uma maioria possuindo ensino médio completo, seguida de ensino fundamental completo (Figura 10). Em Minas Gerais houve uma pequena superioridade de respondentes com ensino superior incompleto e analfabetos, enquanto no Espírito Santo ocorreu um percentual superior de indivíduos com ensino superior completo.

Figura 9 – Idade

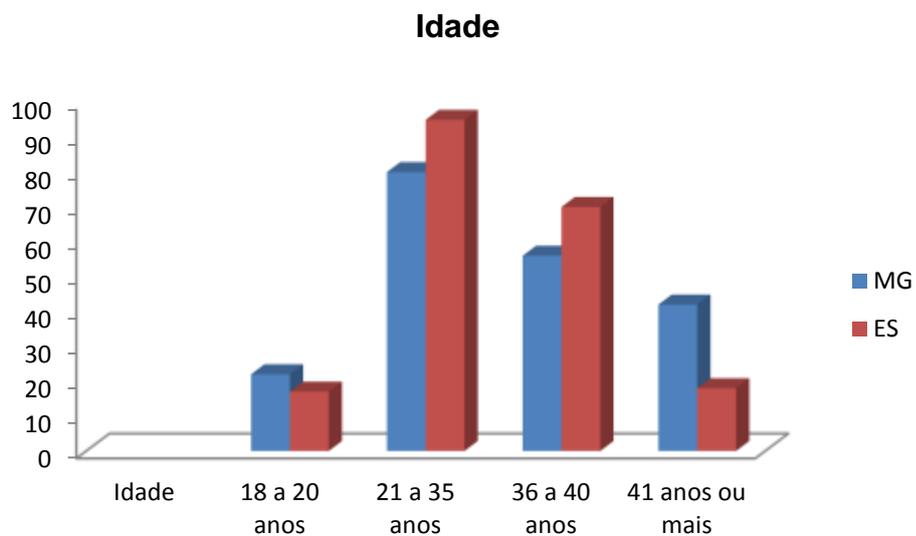
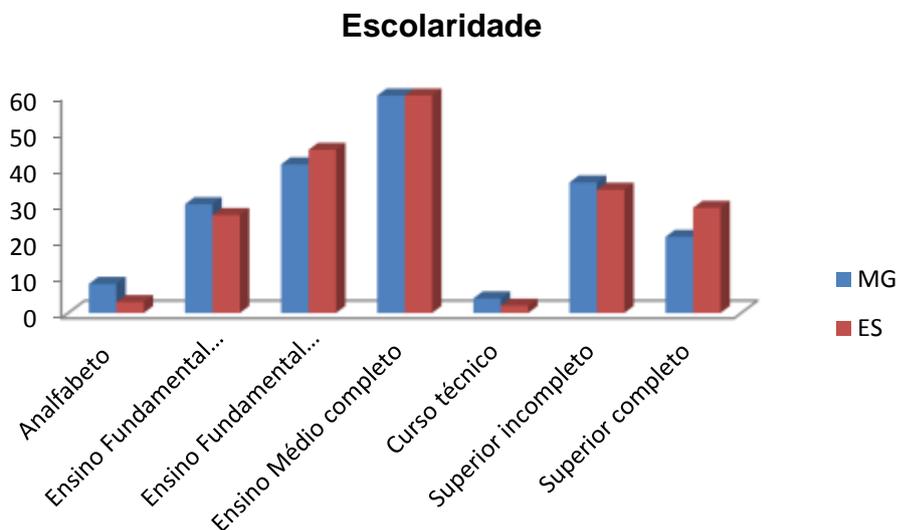
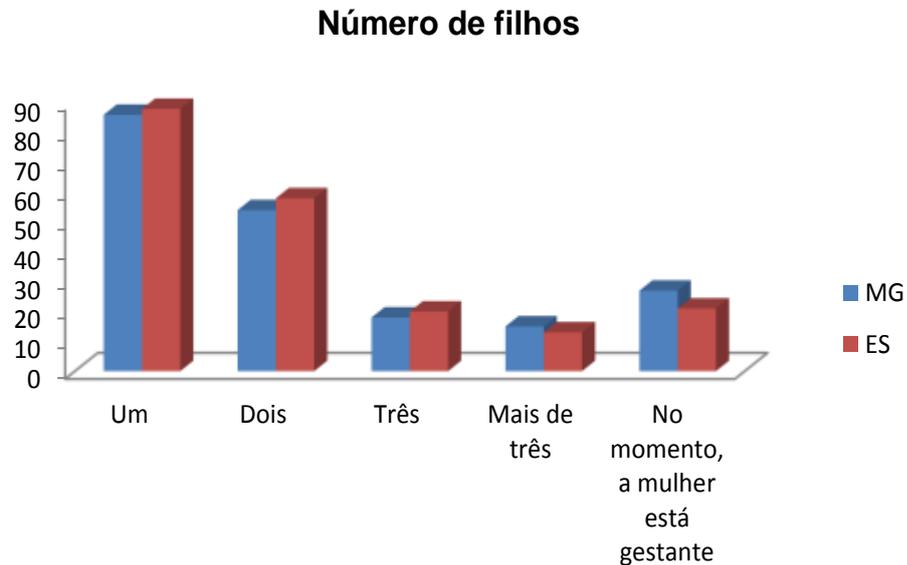


Figura 10 – Escolaridade



Em relação ao número de filhos, os maiores percentuais nas duas regiões foram de indivíduos com um e com dois, havendo superioridade no número de pais em que a mulher está gestante pela primeira vez na região mineira, como se pode observar na Figura 11.

Figura 11 – Número de filhos



Tais dados corroboram situação observada em todo o país, de casais com um número menor de filhos, devido à inserção da mulher no mercado de trabalho, situação econômica e acesso a métodos contraceptivos (ALBUQUERQUE et al., 2016).

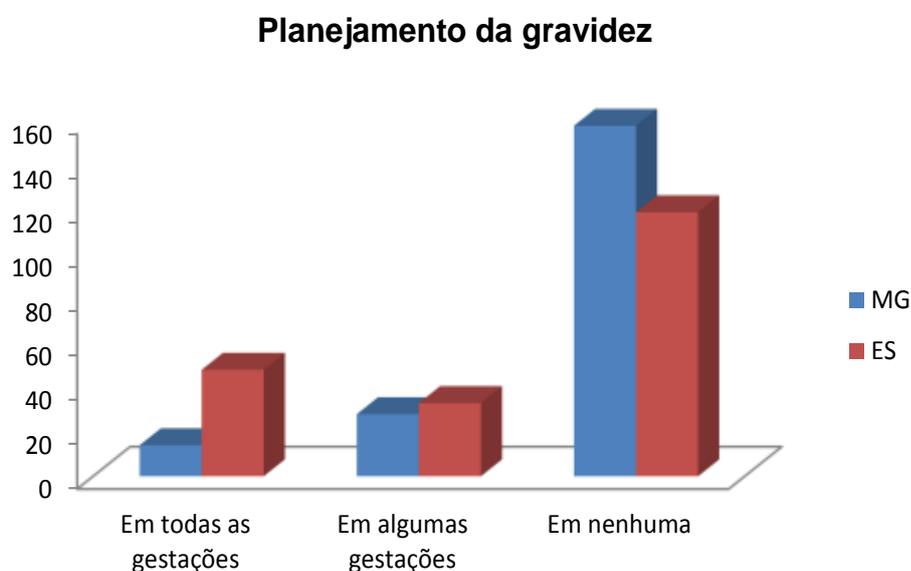
O questionário buscou averiguar se a gravidez foi planejada e os sentimentos dos pais diante da sua confirmação, sendo os resultados apresentados na Tabela abaixo.

Tabela 5 – Planejamento da gravidez

<i>Variável</i>	<i>Minas Gerais</i>		<i>Espírito Santo</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Houve planejamento da gravidez?						
Em todas as gestações	14	7	48	24	62	16
Em algumas gestações	28	14	33	16	61	15
Em nenhuma	158	79	119	60	277	69
Qual a sua reação ao saber da gravidez?						
Surpreso	127	63	98	49	225	56
Motivado	33	16	74	37	107	27
Desinteressado	29	15	18	9	47	12
Insatisfeito ou indiferente	11	6	10	5	21	5

Na região do estado do Espírito Santo, houve um percentual maior de gravidezes planejadas (24%), quando comparado a Minas Gerais (7%), onde prevaleceu um percentual significativo de gestações não planejadas (79%) (Figura 12), o que explica o percentual de 56% da amostra ter afirmado sentir-se surpresa com a confirmação da gravidez.

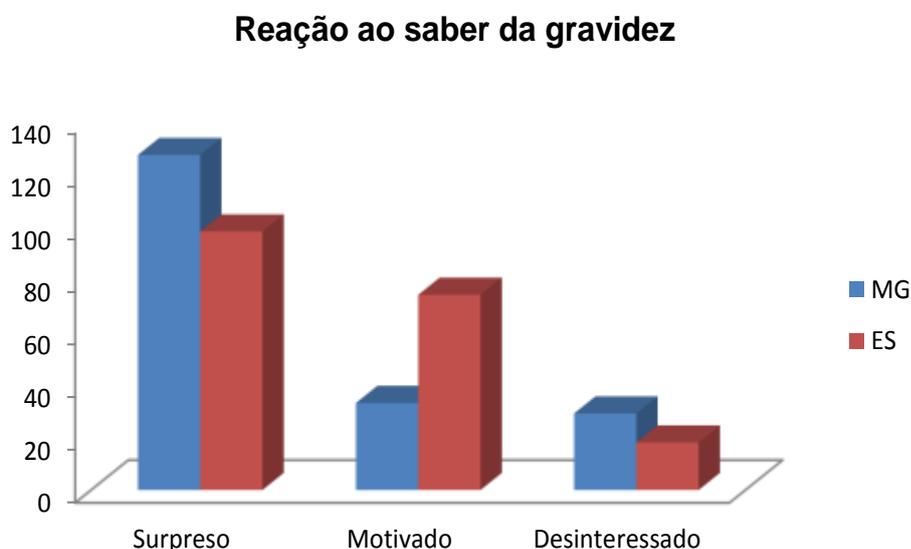
Figura 12 – Planejamento da gravidez



Ao se comparar os números de gestações planejadas, observou-se que na região capixaba houve um percentual consideravelmente maior do que em Minas Gerais. A média das duas regiões relativas a gravidez não planejada (69%) foi superior às estatísticas nacionais, onde, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2017), somente 54% dos nascimentos são planejados, 28% são desejados em um outro momento e 18% não são esperados.

O número de pais surpresos com a gestação em Minas Gerais foi 14% maior do que no Espírito Santo. O inverso se observou em relação ao pai sentir-se motivado ao saber da gravidez, onde 37% da amostra capixaba relatou tal sentimento, enquanto apenas 16% da região mineira afirmou sentir-se dessa forma, como demonstrado na Figura abaixo.

Figura 13 – Reação do pai ao saber da gravidez



Os pais da região de Minas Gerais apresentaram percentual levemente superior aos do Espírito Santo em relação ao sentimento de desinteresse e insatisfação com a gravidez, no entanto, tais percentuais foram pequenos em relação ao total da amostra.

Segundo Berquó e Lima (2009), o desejo de não engravidar é proporcional ao aumento da idade, variando de 9,4% entre mulheres de 15 e 19 anos, para 20,3% entre 30 e 49 anos, com uma média de 40% de nascimentos não desejados entre mulheres com mais de 35 anos.

Observa-se uma contradição entre a alta prevalência no uso de métodos contraceptivos (81%) e o significativo percentual de gravidezes sem planejamento

no país, o que demonstra que as questões relativas ao planejamento familiar ainda se constituem desafios a serem vencidos nos serviços de saúde, para que as diretrizes preconizadas se tornem realidade no que se refere à promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008).

Em relação à surpresa pela gravidez não esperada, estudo de Oliveira et al. (2009, p. 75) constatou que:

As questões emocionais culturais, religiosas e familiares permeiam a paternidade como uma experiência desejada ou não desejada, desejável ou não desejável, ditando como se estabelecerá a relação homem-mulher e com o filho(a). As vivências deste período são semelhantes a todas as pessoas, estando as diferenças condicionadas ao cenário da gestação, se desejada ou não, primeiro ou segundo filho, com ou sem vínculo estável entre o homem e a mulher. Aqueles homens que desejam a gravidez passam por vivências emocionais que são criadas para lidar com as dificuldades que surgem, e muitos dos que não a desejam procuram adaptar-se a essa situação, buscando e desenvolvendo recursos emocionais, mas às vezes estes não são alcançados.

No que se refere ao conhecimento dos parceiros sobre a importância do pré-natal, os resultados encontram-se descritos a seguir, na Tabela 6.

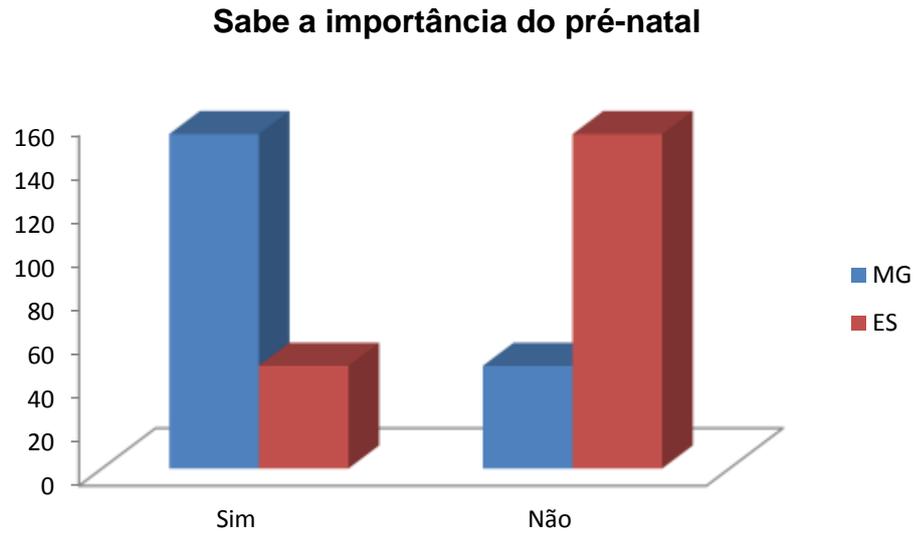
Tabela 6 – Conhecimento dos parceiros sobre a importância do pré-natal

<i>Variável</i>	<i>Minas Gerais</i>		<i>Espírito Santo</i>		<i>Total</i>	
	n	%	n	%	n	%
Você sabe a importância do pré-natal?						
Sim	153	76	47	24	200	50
Não	47	24	153	76	200	50
Quantas consultas de pré-natal devem ser realizadas durante a gestação?						
Apenas uma é suficiente	25	12	12	6	37	9
De duas a três	98	49	45	22	143	36
De quatro a cinco	29	15	102	51	131	33
De seis a sete	48	24	41	21	89	22
Quais exames devem ser realizados durante a gestação?						
Hemograma	92	46	95	47	187	47
Grupo sanguíneo e fator RH	74	37	90	45	164	41
Sorologia para sífilis (VDRL)	54	27	85	42	139	35

Sorologia anti-HIV	81	40	96	48	177	44
Sorologia para hepatite B (HBSAG)	53	26	90	45	143	36
Não soube informar	73	36	60	30	133	33
Situações que podem apresentar risco para a gestação						
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas	178	89	120	60	298	74
Ocupação (carga horária extensa, exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, estresse, etc.	163	81	108	54	271	68
Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg	69	34	20	10	89	30
Não aceitação da gravidez (especialmente entre adolescentes)	87	43	45	22	132	33
Violência doméstica	99	49	98	49	197	49
Suporte familiar ou social inadequado	83	41	36		119	35
Sabe reconhecer quando a mulher entra em trabalho de parto?						
Sim	121	60	103	51	224	56
Não	79	40	97	49	176	44
Sabe os cuidados que deve ter com o recém-nascido?						
Sim	33	16	28	14	61	15
Não	167	84	172	86	339	85

Observou-se que um percentual significativo dos pais da região de Minas Gerais afirmou saber a importância do pré-natal, como demonstrado na Figura 14, apresentando também maior conhecimento sobre o número de consultas. Entretanto, demonstraram menor conhecimento sobre os exames a serem realizados durante a gestação, quando comparados com os pais da região do Espírito Santo.

Figura 14 – Conhecimento dos parceiros sobre a importância do pré-natal



No que se refere às situações que podem colocar a gestação em risco, ao reconhecimento de quando a mulher entra em trabalho de parto (Figura 15) e os cuidados com o recém-nascido (Figura 16), os pais de Minas Gerais apresentaram percentuais maiores.

Figura 15 – Sabe reconhecer quando a mulher entra em trabalho de parto

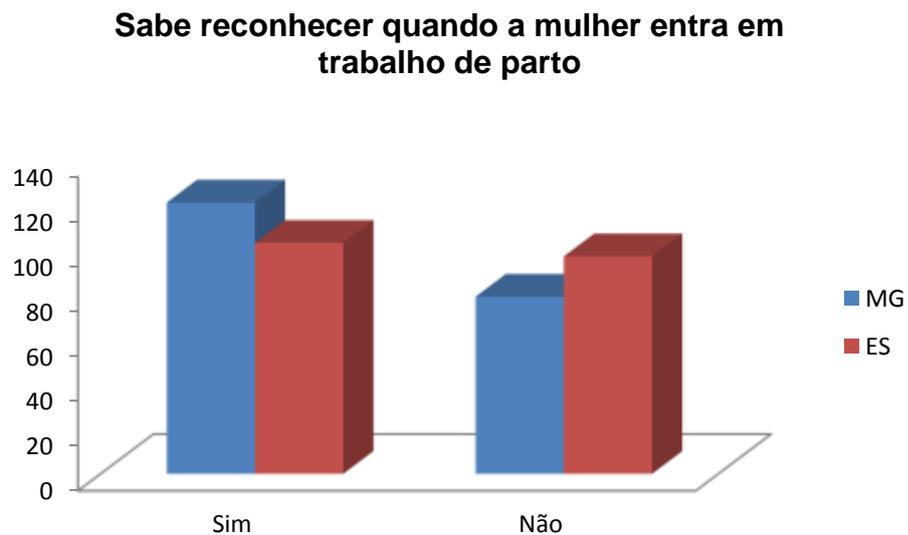
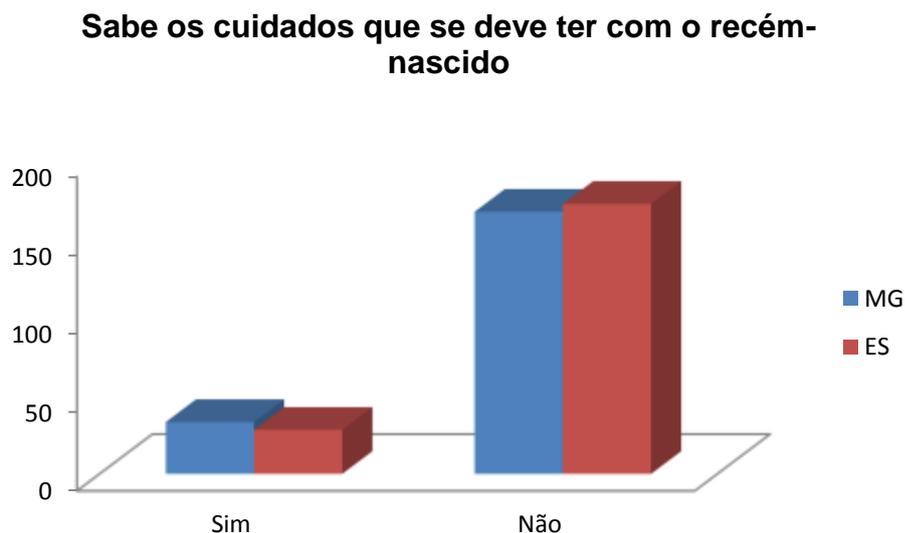


Figura 16 – Sabe os cuidados que se deve ter com os recém-nascidos



Em relação ao pré-natal, observa-se que somente 50% do total da amostra afirmou saber sobre a sua importância. A assistência pré-natal se constitui no ponto de partida para uma gestação e nascimento saudável, promovendo e mantendo o bem-estar físico e emocional da gestante durante todo o processo, além de oferecer informações e orientações sobre o desenvolvimento do feto, trabalho de parto e amamentação. Desta forma, aumenta a probabilidade de viver esse período de mudanças físicas e emocionais de forma mais tranquila e saudável. No entanto, mesmo diante das informações e acesso aos serviços, cerca de 75% das gestantes iniciam o pré-natal tardiamente, depois de completado o primeiro trimestre da gravidez. Tal fato pode se dever ao desconhecimento também das mulheres sobre a importância do pré-natal (BRASIL 2011).

Ao serem questionados sobre o número de consultas que devem ser realizadas durante o pré-natal, observou-se que somente 22% da amostra respondeu que devem ser realizadas seis ou mais, enquanto 69% acredita que devem ser realizadas entre duas e cinco consultas.

O Ministério da Saúde recomenda que sejam feitas pelo menos seis consultas durante o pré-natal, no entanto, desde 2016, a Organização Pan-Americana de Saúde sugere que menos oito consultas ao longo da gestação. Segundo o documento, contatos mais frequentes e melhores entre a gestante e os profissionais de saúde durante a gestação facilitam a “adoção de medidas preventivas, detecção oportuna de riscos, redução de complicações e a abordagem das desigualdades na saúde” (OPAS, 2016, s.p.).

Para Albuquerque et al. (2016, p. 9):

A falta de conhecimento sobre o pré-natal pode estar relacionado à ausência de participação dos pais nas consultas, visto que muitas vezes os mesmos referem trabalhar, bem como, à concepção de que quem está grávida é a mulher, deixando claro que seu papel é o de provedor e não um colaborador e coadjuvante nesse processo, reforçando os estereótipos de masculinidade. Ainda, por o foco da atenção dos profissionais, muitas vezes, ser a mãe e a criança, os pais podem sentir-se marginalizados do processo, o que repercute na sua ausência às consultas de pré-natal.

De acordo com Ferreira et al. (2014), é importante que o pai conheça a forma como o pré-natal deve ser realizado, para que possa estimular a gestante a comparecer nas consultas, a fim de prevenir e tratar precocemente qualquer intercorrência que possa afetar a integridade do feto.

No que se refere aos exames a serem realizados durante o pré-natal, o conhecimento da amostra foi relativamente baixo, com menos da metade da amostra tendo assinalado, inclusive aqueles mais simples, como o hemograma. Tais resultados confirmam o baixo conhecimento dos pais sobre o pré-natal e sua importância, como atestado em pergunta anterior.

Em relação às situações que podem ocasionar riscos para a gravidez, a dependência de drogas e riscos relacionados ao trabalho foram os mais assinalados (74% - 68%). No entanto, questões como baixo peso ou sobrepeso (30%), suporte familiar (35%) e não aceitação da gravidez (33%) não foram considerados pela maioria dos respondentes, enquanto a violência doméstica foi considerada como risco para menos da metade da amostra (49%), situação bastante preocupante, haja vista a prevalência desse tipo de violência variar entre 1,2% a 66%, dependendo do estudo, gerando graves problemas à mulher (sangramentos, depressão, estresse pós-traumático, etc.) e ao feto (baixo peso ao nascer, prematuridade, abortamento) (OKADA et al., 2015).

Quanto ao trabalho de parto, 56% dos pais afirmou saber reconhecer os sinais e sintomas. Tal resultado coincide com estudo de Melo et al. (2015), onde a maioria dos homens soube reconhecer a proximidade do parto e conduzir a gestante à maternidade, o que proporciona conforto e diminui a vulnerabilidade da parturiente no período que antecede o nascimento.

Quanto aos cuidados com o recém-nascido, 85% dos respondentes afirmou não conhecer. Culturalmente, cabe à mulher os cuidados com o filho, sendo estas

preparadas desde a infância para a maternidade, seja através de brincadeiras ou repetindo as ações que observa em sua mãe, o que acaba por limitar o conhecimento e a inserção do pai nessas tarefas.

Nesse contexto, Santos et al. (2012), afirmam que os pais buscam tais informações a partir do nascimento, sendo a família a principal fonte de apoio diante das dúvidas e receios que experimentam, sendo de essencial importância que os profissionais de saúde se dediquem à tarefa de oferecer informações e tirar dúvidas a esses pais, capacitando-os para que possam contribuir no cuidado ao recém-nascido.

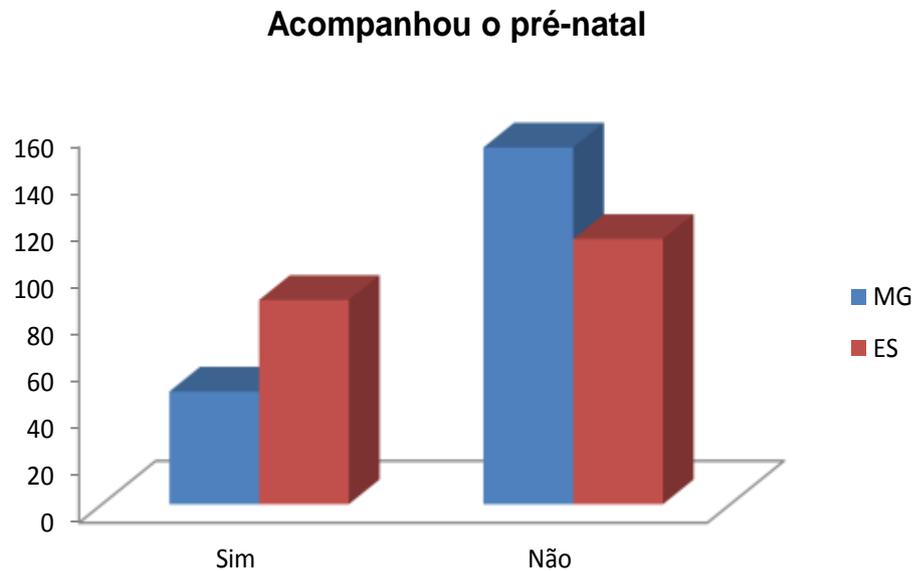
Em relação à percepção dos pais quanto à sua participação no pré-natal, os resultados estão demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 7 – Percepções dos pais em relação à sua participação no pré-natal

<i>Variável</i>	<i>Minas Gerais</i>		<i>Espírito Santo</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Já acompanhou o pré-natal da esposa/companheira alguma vez?						
Sim	48	24	87	43	135	34
Não	152	76	113	57	265	66
Em caso afirmativo, participou de quantas consultas?						
Uma	26	13	50	25	76	19
De duas a cinco	14	7	12	6	26	6
Mais de cinco	8	4	25	12	33	8
Se não acompanhou, por quais motivos isso ocorreu?						
Não acha importante	19	9	16	8	35	9
Devido ao horário de trabalho	118	59	121	60	239	60
Não se sentiu motivado pela mãe/gestante	39	20	27	13	66	16
Não tinha um relacionamento com a mãe/gestante	20	10	33	17	53	13
Não foi informado pela mãe/gestante ou pelo profissional de saúde	4	2	3	2	7	2
Considera importante a presença do pai nas consultas do pré-natal?						
Sim	152	76	131	65	283	71
Não	48	24	69	35	117	29
Acompanhou o parto?						
Sim	67	33	17	8	84	21
Não	133	67	183	92	316	79
De que forma o pai pode contribuir para uma boa gestação?						
Apoio emocional	118	33	170	38	288	36
Apoio financeiro	98	27	127	28	225	28
Participação nas consultas	59	17	88	19	147	18
Acompanhamento na realização dos exames	67	19	56	12	123	15
Participação em grupos de gestantes	15	4	12	3	27	3

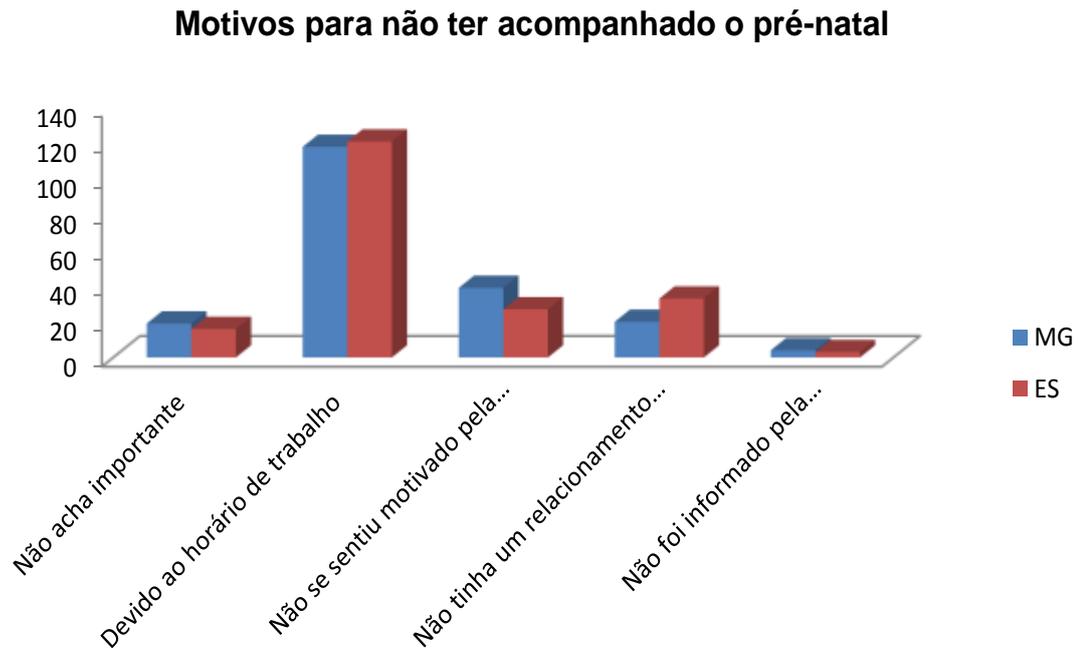
Quando perguntados se acompanharam o pré-natal da companheira alguma vez, 76% dos respondentes de Minas Gerais e 57% do Espírito Santo responderam que não, perfazendo 66% da amostra (Figura 17). Dos 34% que já acompanharam a gestante, somente 8% o fez em mais de cinco consultas.

Figura 17 – Acompanhou o pré-natal da esposa/companheira



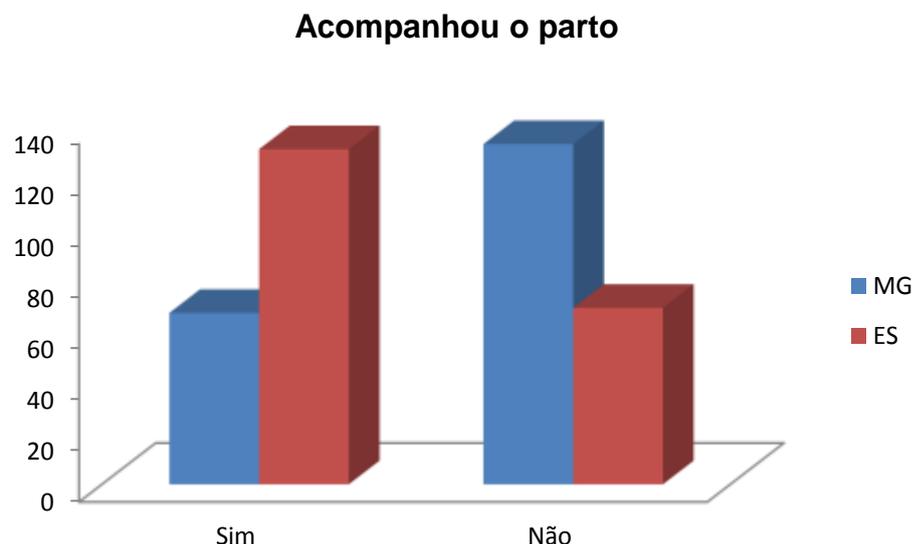
Os percentuais foram semelhantes nas duas regiões sobre o motivo de não acompanharem a esposa/companheira às consultas e exames de pré-natal (Figura 18). Sobre se consideram importante a presença do pai nesses momentos (consultas e exames), os pais de Minas Gerais apresentaram pequeno percentual a mais de respostas afirmativas.

Figura 18 – Motivos para não ter acompanhado o pré-natal



Em relação ao acompanhamento do parto, somente 8% dos pais da região capixaba responderam afirmativamente, apresentando um número significativamente inferior ao de Minas Gerais, onde 33% acompanharam este momento, como apresentado na Figura 19. Para os pais capixabas e mineiros, a melhor forma de contribuição do pai é o apoio emocional, financeiro, participação nas consultas na realização dos exames, tendo as duas regiões apresentado percentuais próximos.

Figura 19 – Acompanhou o parto



Estudo de Albuquerque et al. (2016) encontrou percentual ainda mais baixo da presença dos pais no pré-natal do que aqueles obtidos neste estudo, constatando que somente 6,6% participava as consultas. Segundo Benezzi et al. (2011), a ausência dos pais nas consultas de pré-natal é evidente em todo o país e dificilmente este fato é questionado, pois, em geral, o foco da atenção se dirige à gestante. Esta ausência torna ainda mais difícil para o pai compreender a proposta do pré-natal do parceiro, bem como a importância da sua presença.

Amendola et al. (2008) ressaltam que o comparecimento da mulher nas consultas e exames do pré-natal sem a presença do parceiro é considerada aceitável, sendo comum a ausência do acompanhante, quando não proibida ou desestimulada, e sua presença é solicitada somente em caso de intercorrências que agravos da saúde da gestante.

Indagados do por que não acompanharem a esposa nas consultas, 60% do total da amostra alegou que o horário de trabalho não permite, no entanto, 71% consideram importante a sua participação. Este resultado coincide com outros estudos, que também constataram ser esta a justificativa da grande maioria dos pais que não participam do pré-natal.

Estudo de Oliveira et al. (2009) obteve resultados semelhantes ao desta pesquisa, tendo constatado que 53% dos homens do pré-natal devido ao trabalho, confirmando que este é um fator que dificulta essa inclusão, haja vista que essas consultas ocorrem em horário comercial.

Em 2016, a Lei nº 13.257, em seu artigo 37, alterou o artigo 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), acrescentando o inciso X, que garante ao pai se ausentar por até dois dias ao trabalho para acompanhar consultas e exames de pré-natal da esposa/companheira, no entanto, muitos desconhecem esse benefício (BRASIL, 2016).

Oliveira et al. (2009), alerta que o fato do pai não acompanhar as consultas pré-natal não significa que seja ausente e não esteja dando apoio à gestante, no entanto, quando sua presença nas consultas, exames e cursos de preparação favorece significativamente os cuidados à saúde da mulher e do concepto.

Perguntados se acompanharam o parto, 79% do total da amostra afirmou que não, tendo havido uma diferença significativa entre as duas regiões, onde, no Espírito Santo o percentual foi de 92%, enquanto em Minas Gerais foi de 67%. Neste estudo, não se buscou verificar o porquê da não participação dos pais, não

sendo possível analisar de forma mais profunda as razões do percentual considerável de pais que não acompanharam o parto.

A parturiente conquistou o direito de ter um acompanhante no momento do parto e pós-parto a partir da Lei nº 11.108/2005, independente do tipo de parto, nos serviços públicos. No entanto, estudo de Tomeleri et al. (2007) constatou que muitos pais desconhecem esse direito. Outro estudo detectou que as mulheres muitas vezes preferem outra companhia, por considerar que o pai não está preparado para esse acompanhamento (FRANCISCO et al., 2013).

Para Tarnowski et al. (2005), muitas vezes os profissionais de saúde consideram a presença dos pais nos centros obstétricos como um entrave ao desenvolvimento das atividades, ao mudar a rotina do trabalho, o que acaba por deixar os pais pouco a vontade de participar. Outro estudo observou que, apesar dos empecilhos, os pais têm interesse e sentem-se satisfeitos em acompanhar o parto dos filhos, apesar da apreensão e medo que experimentam (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Ao serem indagados sobre a forma como o pai pode contribuir para uma boa gestação, as respostas mais frequentes do total da amostra foram com apoio emocional (36%) e apoio financeiro (28%), enquanto a participação nas consultas (18%), acompanhamento dos exames (15%) e participação em grupos de gestantes (3%) apresentaram percentuais bem menores, ou seja, foram menos valorizados pelos pais como contribuintes para uma boa gestação.

Os resultados obtidos foram similares aos encontrados por Oliveira et al. (2009), que constatou que mais da metade dos entrevistados consideraram o apoio emocional e financeiro como sendo a maior importância da contribuição do homem durante a gravidez, seguido da participação nas consultas pré-natais com 38%, o acompanhamento na realização de exames com 23% e a participação em grupos de gestantes, com 7%.

Para Staudt (2007), a sociedade atribui à figura masculina o papel de provedor e protetor e a função de pai, no plano afetivo e acolhedor, acaba ficando em segundo plano. Nesse sentido, não se espera que frequentem o pré-natal ou façam parte dos grupos de gestantes, situações que cabem à mãe, sendo de grande importância que os profissionais de saúde que assistem à gestante, busquem incluir os pais/parceiros nas atividades envolvidas no pré-natal, a fim de sensibilizá-los para a sua participação, em busca de quebrar tal paradigma.

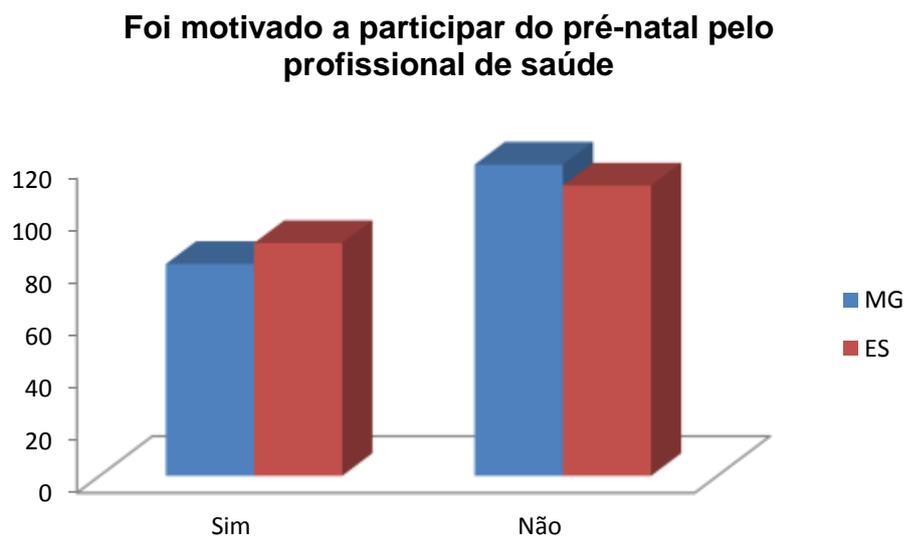
Quanto aos conhecimentos adquiridos através dos serviços de saúde e a percepção dos pais/parceiros sobre os profissionais que assistem a mulher no pré-natal, os resultados estão descritos na tabela a seguir.

Tabela 8 – Conhecimentos adquiridos através dos serviços de saúde e percepção quanto aos profissionais

<i>Variável</i>	<i>Minas Gerais</i>		<i>Espírito Santo</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
O profissional de saúde que acompanhou a gestação motivou a sua participação?						
Sim	81	40	89	44	170	42
Não	119	60	111	56	230	58
Acompanhou algum grupo de gestantes durante o pré-natal?						
Sim	32	16	13	7	45	11
Não	168	84	187	93	355	89
Em caso afirmativo, considerou essa participação importante?						
Sim	22	69	10	77	32	71
Não	10	31	3	23	13	29
Participou de alguma palestra esclarecendo sobre os tipos de parto?						
Sim	56	28	22	11	78	19
Não	144	72	178	89	322	81
Em caso afirmativo, em que local ocorreu a palestra?						
Estratégia Saúde da Família	45	80	12	54	57	73
Em associações	5	9	0	0	5	7
No trabalho	6	11	5	23	11	14
Outros locais	0	0	5	23	5	6
Qual profissional você considera mais preparado para dar esclarecimentos sobre o parto?						
Médico	166	83	184	92	350	87
Enfermeiro	30	15	16	8	46	12
Outros	4	2	0	0	4	1

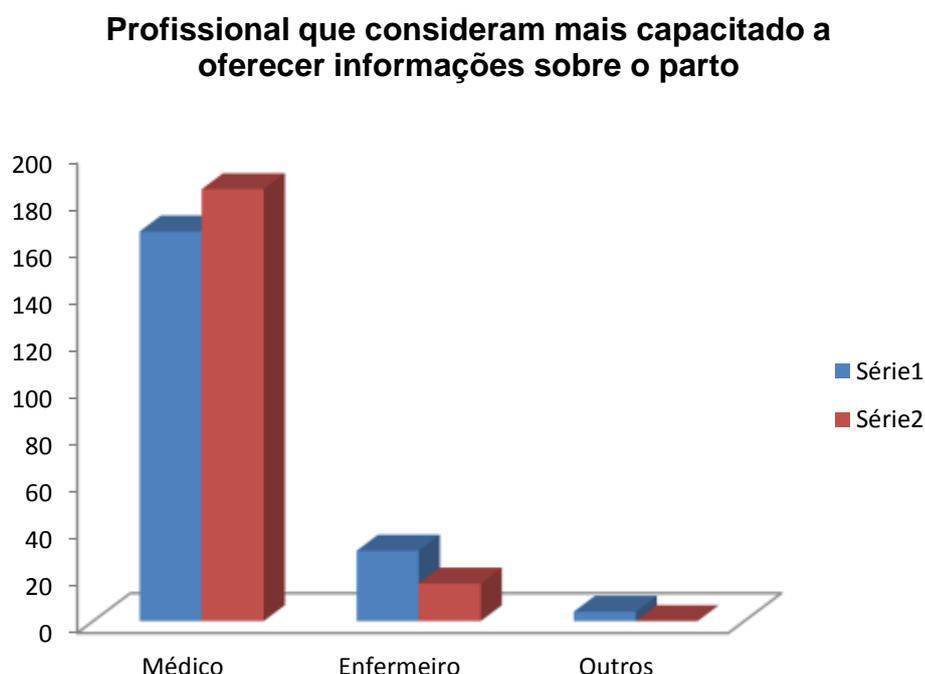
Observa-se que tanto em Minas Gerais como no Espírito Santo, quase metade dos pais alegou que não ter sido motivado pelo profissional que acompanhou o pré-natal para que fizesse parte desse processo, como apresentado na Figura 20. Poucos participaram de grupos de gestantes, havendo um percentual maior dos pais de Minas Gerais, bem como nas palestras educativas, sendo possível perceber que a maioria desses pais participou dessa ação na Estratégia Saúde da Família.

Figura 20 – Foi motivado a participar do pré-natal pelo profissional de saúde



No que se refere ao profissional que consideram mais preparado para esclarecê-los sobre o parto, apesar dos resultados terem sido semelhantes, também houve um pequeno percentual maior em Minas Gerais dos pais que consideram o enfermeiro um profissional capacitado para tal (Figura 21).

Figura 21 – Profissional que consideram mais capacitado a fornecer informações sobre o parto



Do total de entrevistados, grande parte dos pais afirmou não ter sido estimulado pelos profissionais de saúde para participarem do pré-natal (58%). De acordo com Cavalcante (2007), a falta de motivação por parte dos profissionais de saúde ocorre por estes concentrarem os cuidados na gestante e no concepto, levando os pais a se tornarem meros expectadores e por isso acabam não se inserindo efetivamente no pré-natal.

No mesmo sentido, Perdomini (2010) constatou que, apesar dos pais terem o desejo de acompanhar a mulher, oferecendo-lhe apoio emocional, os profissionais de saúde ainda valorizam pouco a participação do pai no ciclo gravídico-puerperal, levando esses homens a não se sentirem como parte do processo ou preparados para acompanhar a mulher.

Questionados se acompanharam algum grupo de gestantes, 89% dos entrevistados respondeu que não e, dos 11% que o fizeram, 71% considerou essa participação importante. De acordo com Henriques et al. (2015, p. 25):

De maneira geral, os grupos de gestantes são desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, assistindo às mulheres em todo o seu contexto biopsicossocial; melhorar a aderência das gestantes aos hábitos considerados mais adequados;

diminuir a ansiedade e compreender de forma mais clara os sentimentos que surgem nesse período, permitindo a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado; além de favorecer um espaço para a troca de conhecimentos e vivências entre os participantes.

Estes grupos têm como objetivo, engajar pai e familiares na gravidez, informando-os sobre a gestação, parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, oferecendo suporte emocional, estimulando a participação e aumentando a segurança do pai nesse processo. No entanto, de acordo com Junckes et al. (2009), ainda não é frequente a presença dos pais nesses grupos.

Em relação à palestras com informações sobre a gravidez, parto e puerpério, 81% da amostra total afirmou não ter participado. Destes, 73% o fez na Estratégia Saúde da Família.

Segundo Carvalho et al. (2015), atividades educativas favorecem a troca de conhecimentos, reduzem o medo e as incertezas em relação às mudanças e a responsabilidade de ser pai. Quando o trabalho educativo é feito em grupo, seja com palestras ou nos grupos, os pais tornam-se mais propensos a tirar suas dúvidas, ampliando a possibilidade de uma maior participação na gestação.

Do total da amostra, 87% consideram que o médico é o profissional mais capacitado para fornecer informações sobre o parto, e somente 12% citaram o enfermeiro.

A importância do médico durante a gestação é de fato importantíssima, no entanto, é necessário que a mulher e a família saibam que o enfermeiro é o profissional de saúde mais diretamente ligado à gestante no pré-natal e puerpério, sendo ele quem realiza ações que promovem a saúde da mulher e as prepara para sua adaptação após o parto, para o aleitamento, evitando, por meio de informações, que permaneçam dúvidas ou surjam complicações, devendo fazer o acompanhamento da gestante do início da gravidez até o puerpério (MORAIS et al., 2010).

Diante desses resultados, observa-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido pelos profissionais de saúde para que o pai/parceiro passe a participar ativamente do pré-natal e conhecer sua importância para uma gestação tranquila e um parto e puerpério bem-sucedido, onde a mulher se sinta apoiada e acolhida, tanto pelos profissionais que a assistem quanto pelo companheiro.

4.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO

Diante dos resultados obtidos neste estudo, não há dúvidas sobre a necessidade de oferecer a estes pais orientações e acolhimento nas unidades de saúde, para que possa haver uma real participação destes parceiros no pré-natal da companheira. Nesse sentido, foram redigidos ofícios a serem encaminhados às Secretarias Estaduais de Saúde dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, bem como às secretarias de saúde dos municípios que compuseram esta pesquisa, sugerindo ações educativas voltadas aos pais (Apêndice C).

Também foi redigido ofício ao Conselho Regional de Enfermagem desses dois estados, solicitando que o pré-natal do parceiro seja abordado em suas publicações, a fim de sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância desta participação e do seu papel fundamental para que a mesma se concretize (Apêndice D).

Por fim, foi montada uma cartilha de linguagem acessível, com visualização gráfica que permite aos pais obterem informações básicas sobre o pré-natal do parceiro, entendendo que conteúdos carregados de textos são, em geral, pouco lidos. Portanto, seu objetivo é chamar a atenção para o assunto, embasada nos materiais educativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Apêndice E).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pré-natal é de essencial importância para que a gestação ocorra de forma mais tranquila para a mãe e o feto, pois o acompanhamento profissional nesse período previne, identifica e corrige possíveis problemas que possam afetar a gravidez, cabendo aos profissionais de saúde que assistem à gestante levar em consideração não apenas os aspectos físicos, mas também os socioeconômicos e emocionais, contribuindo para que esse período ocorra sem ansiedades quanto à gravidez, parto, trabalho de parto e os cuidados com o recém-nascido, promovendo o autocuidado e o suporte psicológico à mulher e sua família, dos possíveis desconfortos decorrentes do período gestacional.

Neste sentido, a atenção nas consultas pré-natal deve ser cuidadosa, esclarecendo possíveis dúvidas, anseios e temores da gestante e do pai/parceiro, orientando-os quanto às modificações decorrentes da gravidez, sobre os cuidados que devem ter durante esse período e no pós-parto e sobre questões relacionadas ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

O pré-natal, quando realizado de acordo com as recomendações preconizadas nos manuais técnicos, que ressaltam a importância do acompanhamento e orientações às gestantes e parceiros, pode proporcionar uma gravidez, parto e puerpério sem complicações e mais tranquilos para a mãe, o pai/parceiro e recém-nascido. No entanto, há consenso na literatura de que muitas mulheres chegam ao pré-natal de forma tardia, após o primeiro trimestre e ainda são raros os pais/parceiros que acompanham a gestante às consultas, exames e no parto.

Neste estudo, ficou evidenciado que os pais possuem pouco conhecimento sobre o pré-natal e a importância de sua participação junto à gestante. Tal situação, pode ser devido a pouca motivação por parte dos profissionais de saúde que atendem a mulher, direcionando o cuidado exclusivamente ao binômio mãe e filho, o que leva os pais/parceiros a sentirem-se à parte do processo, além de questões culturais, de onde provém a crença de que ao homem basta o papel de provedor e protetor.

Uma parcela significativa da amostra não participou do parto ou sabe cuidar do recém-nascido, o que pode ser o resultado do não acompanhamento do pré-natal e das ações educativas que devem ser oferecidas à gestante e à família. Dentre as

justificativas mais citadas para o não acompanhamento às consultas e exames, o horário coincidente com o trabalho foi o mais citado, resultado observado em outros estudos sobre o tema. Desde 2016, foi editada lei que garante que o pai se ausente do trabalho dois dias para esse acompanhamento, no entanto, poucos conhecem a referida legislação.

Observa-se, assim, que cabe aos profissionais de saúde que atuam junto às gestantes reforçar constantemente a necessidade da presença dos pais no acompanhamento do pré-natal, a fim de informá-los sobre o programa, seus direitos e deveres e a importância do mesmo para uma gravidez saudável e bem-sucedida.

As regiões estudadas possuem baixo nível socioeconômico, o que pode influenciar nos resultados, haja vista a desigualdade social estar diretamente ligada às questões envolvendo a saúde da população e os serviços de saúde muitas vezes não conseguem atender integralmente os grupos sociais mais vulneráveis, dentre os quais a gestante durante o pré-natal.

O Brasil ainda não foi capaz de alcançar a universalidade e principalmente a equidade, tornando realidade um sistema de saúde que ofereça uma assistência qualificada, que envolva a gestante e o parceiro, independente da área onde resida e sua condição social, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal.

Apesar do pré-natal do parceiro ser uma realidade nos manuais técnicos, a realidade ainda está aquém do idealizado, sendo necessário que mais ações educativas sejam desenvolvidas, sensibilizando os pais/parceiros, bem como os profissionais de saúde, a fim de que este conheça as mudanças físicas e emocionais por que passa a mulher, criando um maior envolvimento deste com a gestação e tornando-o parte integrante deste processo.

Conclui-se que, para que o pré-natal do parceiro passe a ser frequente nas unidades de saúde, é necessário que o tema seja mais divulgado, abordando a necessidade e importância da participação do pai durante toda a gestação e no parto, quebrando mitos e tabus, criando espaços onde possam obter informações, trocar experiências e estabelecer vínculo com o conceito ainda durante a gestação.

Considera-se como fatores limitantes deste estudo a falta de informações sobre as condições econômicas dos participantes, além de informações sobre a qualidade dos serviços oferecidos nas unidades de saúde dos municípios pesquisados.

Recomenda-se, para estudos futuros, que sejam investigadas junto aos profissionais de saúde dos municípios que compuseram esta amostra, as ações educativas oferecidas às gestantes e aos pais durante o pré-natal, a fim de se analisar a visão desses profissionais sobre as causas que levam um percentual significativo desses pais a não participarem das consultas, exames e do parto.

REFERÊNCIAS¹

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Percepção dos pais sobre a importância do pré-natal na qualidade de vida do binômio mãe e filho. V Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde – CONVIBRA. Anais... 16 a 19 de novembro de 2016.

ALMEIDA, L. G. D. et al. Análise comparativa das PE e PI máximas entre mulheres grávidas e não-grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. Revista Saúde e Comunicação, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2005.

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-27, 2012.

ALVES, A. M. et al. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. Cogitare Enfermagem, v. 12, n. 4, p. 416-27, out./dez. 2007.

ALVIM, D. A. B.; BASSOTO, T. R. P.; MARQUES, G. M. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. Revista Meio Ambiente e Saúde, v. 2, n. 1, p. 258-72, 2007.

AMENDOLA, F; OLIVEIRA, M. A. C; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm, v. 17, n. 2, p. 266-72, 2008.

ANDREUCCI, C. B; CECATTI, J. G; Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 6, p. 1053-64, 2011.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública, v. 40, n. esp., p. 121-32, 2006.

BARROS, R. et al. Pobreza no Espírito Santo. Texto para Discussão n. 1476, IPEA, mar. 2010, 45p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BENEZZI, A. S. T; LIMA, A. B. S; SOUSA, A. P. Pré-natal Masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. R. Pol. Públ., v. 15, n. 2, p. 327-33, 2011.

BERQUÓ, E.; LIMA, L. P. Planejamento da fecundidade: Gravidezes não desejadas – PNDS 1996 e 2006. In: BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis. Editora Vozes, 1999.

BOLELA, F. A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

BRASIL. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Assistência Pré-Natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

_____. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito a acompanhante às mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Política Nacional de Demografia e Saúde 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº 1.041, de 20 de setembro de 2000. Institui o Grupo Executivo para a elaboração do Plano Nacional de Intensificação das Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 1.474, de 8 de setembro de 2017. Altera os testes rápidos de gestantes para gestantes e parceiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Portaria nº 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde/Hospital Sírio Libanês, 2016.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre a justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

CABRAL, R. W. L.; MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. S. R. Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: proposta de sistematização. VII

Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Anais... Belo Horizonte: ABENFO-MG, 2011.

CAMPONOGARA, S. et al. O cuidado humanizado em terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. R. Enferm. UFSM, v. 1, n. 1, p. 124-32, 2011.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-78, 2009.

CARVALHO, I. S. et al. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiro. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v. 17, n. 2, p. 70-7, 2015.

CARVALHO, J. B. L. et al. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 125-31, 2009.

CASTRO, J. C. Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CAVALCANTE, K. O. R. et al. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 10, Supl. 3, p. 1415-22, 2016.

CAVALCANTE, M. A. A. A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C. Vou ser mãe e agora? Família Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 134-42, jul./dez. 2002.

CERQUEIRA NETO, S. P. Contribuição ao estudo geográfico do município de nanuque (MG). Caminhos de Geografia, v. 9, n. 15, p. 82-92, 2005.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, Supl. 1, p. 1547-54, 2011.

CHAER, G.; DINIZ, R. R. P.; RIBEIRO, E. A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. Evidência, Araxá, v. 7, n. 7, p. 251-66, 2011.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 516-22, abr./jun. 2013.

COSTA, N. D. L. et al. Realização do parto e desigualdade social. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais... Caxambu, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 31, n. 3, p. 278-86, 2007.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, Suppl 1, p. 154-68, 2014.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equidade e serviços de saúde da mulher para contracepção, aborto e parto no Brasil. *Reproductive Health Matters*, v. 20, n. 1, p. 94-101, 2012.

DUARTE, S. J. H.; BORGES, A. P.; ARRUDA, G. L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da universidade federal do mato grosso. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 1, n. 2, p. 277-82, abr./jun. 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Assistência pré-natal: manual de orientação*. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2000.

FERREIRA, T. N. et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 5, n. 2, p. 337-45, 2014.

FIGUEIRA, M. C. S.; LEITE, T. M. C.; SILVA, E. M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 3, p. 414-9, jun. 2012.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-29, abr./jun. 2012.

FIGUEIREDO, W. S. *Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

_____. *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-3, 2011.

FRANCISCO, B. S.; SOUZA, B. S.; VITÓRIO, M. L. *Percepções do pai acerca de sua vivência durante o processo de nascimento de seu filho no centro obstétrico*. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. saúde pública*, v. 23, n. 1, p. 137-45, 2007.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. G. et al. *Maternidade em Idade Avançada: aspectos teóricos e empíricos*. *Interação em Psicologia*, v. 12, n. 1, p. 99-106, 2008.

GOMES, A. M. A. et al. Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n.1, p.143-152, 2008.
GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2507-16, 2009.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201-10, 2006.

HAYASHI, A. A. M.; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 824-37, 2000.

HEILBORN, M. L. Saúde, Sexualidade e Reprodução: compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.

HENRIQUES, B. et al. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 28, n. 1, p. 23-31, 2015.

IBGE. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 18 out. 2018.

JUNCKES, J. M. et al. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/pai no processo de nascimento. *EXTENSIO: Revista Eletrônica de Extensão*, v. 6, n. 7, p. 55-72, 2009.

KAWAMOTO, E. E. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.

LANSKY, S. Mortalidade perinatal evitável em Belo Horizonte, 1999: desigualdades sociais e o papel da assistência hospitalar à gestante e ao recém-nascido. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

LEÃO, M. R. C. “Tendo uma pessoa do lado, a gente fica muito mais forte ... a dor até diminui”: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por “doulas”. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

LIMA, D. M. O cuidado de enfermagem no puerpério cirúrgico: aplicação de um modelo de cuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

LIMA, M. C. B. M. A desigualdade espacial do baixo peso ao nascer no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

LINDNER, S. R. et al. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. *Cogitare Enferm*, v. 11, n. 3, p. 197-205, 2006.

MA, R. T. K. Conhecimento das puérperas sobre o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2010.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm*, v. 40, n. 2, p. 274-9, 2006.

MALHOTRA, N. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos da metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, D. S.; RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. *Enfermagem Revista*, v. 16, n. 1, p. 18-33, jan./br. 2013.

MAUME, D. J. Reconsidering the temporal increase in fathers' time with children. *Journal of Family and Economic Issues*, v. 32, n. 2, p. 411-23, 2011.

MELO, R. M. et al. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 454-9, 2015.

_____ et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. *Revista Rene*, v. 12, n. 4, p. 750-7, out./dez. 2011.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 462-7, jul./set. 2010.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. *Embriologia Básica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MORAIS, T. C.; FREITAS, P. X.; NEVES, J. B. Percepção das primigestas acerca do aleitamento materno. *Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga*, v. 3, n. 2, nov./dez. 2010.

MOREIRA, K. A. P. et al. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n. 3, 2006.

MOTA, E. M. et al. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. *Revista Rene, Fortaleza*, v. 12, n. 4, p. 692-8, out./dez. 2011.

MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management and Primary Health Care, Recife*, v. 4, n. 1, p. 36-41, 2013.

OKADA, M. M. et al. Violência doméstica na gravidez. *Acta Paul Enferm*, v. 28, n. 3, p. 270-4, 2015.

OLIVEIRA S. C. et al. A Participação do Homem/Pai no Acompanhamento da Assistência Pré-Natal, *Cogitare enferm*, v. 14, n. 1, p. 73-8, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Quase metade das gestações no Brasil não é planejada, destaca Fundo de População da ONU. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu/>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820. Acesso em: 15 jan. 2019.

PERDOMINI, F. R. I. A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PEREIRA, M. B. B. D.; NOVO, N. F.; ARMOND, J.E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal na periferia da zona sul, no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 465-76, 2007.

PEREIRA, P. M. Sexualidade na gravidez: o que mudou? Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

PESAMOSCA, L. G.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *REME rev. min. Enferm*, v. 12, n. 2, p. 182-8, 2008.

PONTES, C. M. et al. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v. 9, n. 4, p. 399-408, 2009.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. *Cienc. Enferm*, v. 16, n. 1, p. 105-14, 2010.

RICCI, S. S. *Enfermagem Materno-neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, n. 4, p. 477-86, 2007.

RIOS, I. J. A. Mãe e Bebê Prematuro Extremo: Possibilidade de Vínculo em Situação Adversa. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

RODRIGUES, A. M.; SOUZA, C. V. D.; SANTOS, Z. I. Humanização da assistência obstétrica no pré-parto e parto. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Vale do Paraíba, 2002

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 45, n. 5, p. 1041-7, 2011.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Revista Rene*, v. 11, n. esp., p. 61-71, 2010.

SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. Pré-natal e enfermagem: conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. *Revista Caçador*, v. 2, n. 1, p. 79-87, 2013.

SANTOS, L. B. Interesses e conflitos latentes, manifestos e explícitos na apropriação social do território: natureza e colonização do norte do Espírito Santo entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX. VI Congresso Internacional UFES/Paris-Est. Universidade Federal do Espírito Santo e Université Paris-Est Marne-la-Vallée. Anais... 11 a 14 de setembro de 2017, p. 720-39.

SANTOS, R. et al. Dificuldades dos pais no cuidar do recém-nascido. *Medwave*, v. 1, n. 2, p. e5408, 2012.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-60, out./dez. 2009.

SARKARDI, A. et al. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, v. 97, n. 1, p. 153-158, 2008.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Rev Bras Enferm*, v. 60, n. 4, p. 434-8, 2007.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G., LAGO, T. G. Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-9, 2004.

SILVA, C. M. F. S. et al. Cuidados de Enfermagem e Aspectos Psicológicos da Assistência Pré-Natal no Programa de Saúde da Família. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, ed. Esp., out. 2008. Disponível em: <http://www.foa.org.br/cadernos/especiais/pmvr/62.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2013.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev Bras Saude Mater Infant*, v. 13, n. 1, p. 29-37, 2013.

SILVA, J. C. *Manual Obstétrico: Um guia prático para Enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2007.

SILVA, S. O. *Cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

SILVA, V. L. Q. Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009.

SIMÕES, S. M. F.; JESUS, D. V.; BOECHAT, J. S. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 6, n. 2, 2007.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 25, n. 2, p. 231-42, 2004.

SIQUEIRA, A. A. F. O Nascimento Biológico da Criança. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2011.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, v. 10, n. 22, p. 161-82, 2008.

STAUDT, A. C. P. Paternidade em tempos de mudança: uma reflexão sobre a contemporaneidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TARNOWSKI, K. S.; PRÓSPERO, E. N. S.; ELSEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto Contexto Enferm*, v. 14, n. 8, p. 102, 2005.

TOMELERI, K. R. et al. “Eu vi meu filho nascer”: vivência dos pais na sala de parto. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 28, n. 4, p. 497-504, 2007.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 8, n. 4, p. 660-6, out./dez. 2009.

VILLAR, G. B. Gênero, cuidado e saúde: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. *Ciência y Enfermería*, v. 17, n. 1, p. 95-103, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Prezado entrevistado, esta pesquisa é parte de um trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação/Faculdade Vale do Cricaré) e tem por objetivo analisar, por meio de pesquisa de campo, Avaliar a participação do pai/parceiro no Pré-Natal em uma Mesorregião do Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo.

.

I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Qual sua idade?

- 18 a 20 anos.
- 21 a 35 anos.
- 36 a 40 anos.
- 41 anos ou mais.

2. Qual o seu nível de instrução?

- Analfabeto.
- Ensino fundamental incompleto.
- Ensino fundamental completo.
- Ensino médio completo.
- curso técnico.
- Superior incompleto.
- Superior completo.

3. Quantos filhos tem?

- Um
- Dois
- Três
- Mais de três
- no momento a mulher está gestante

II – PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

4. Foi realizado o planejamento da gravidez?

- () Em toda(s) as gestações
- () Em algumas das gestações
- () Em nenhuma

5. Qual a sua reação ao saber da gravidez?

- () Surpreso ao receber a notícia da gravidez
- () Ficou motivado
- () Desinteressado
- () Insatisfeito e indiferente

III - CONHECIMENTO DOS PARCEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

6. Você sabe a importância do pré-natal?

- () Sim
- () Não

7. Quantas consultas de pré-natal devem ser realizadas ao longo da gravidez?

- () Apenas uma é o suficiente
- () De duas a três
- () Quatro a cinco
- () Seis a sete

8. Quais exames devem ser realizados durante a gestação?

- () Hemograma completo
- () Grupo sanguíneo e fator rh
- () Sorologia para sífilis (VDRL)
- () Sorologia anti-HIV – repetir entre 28-30 semanas.
- () Sorologia para hepatite B (HBSAG)
- () Não sei informar

9. Situações que podem representar risco para a gestação:

- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse.
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg.
- Suporte familiar ou social inadequado.
- Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Violência doméstica.

10. Sabe reconhecer quando a mulher entra em trabalho de parto?

- Sim
- Não

11. Sabe os cuidados que deve ter com o recém nascido?

- Sim
- Não

12. Sabe reconhecer quando a mulher entra em trabalho de parto?

- Sim
- Não

13. Acompanhou o(s) parto(s)?

- Sim
- Não

14. Sabe os cuidados que deve ter com o recém-nascido?

- Sim
- Não

IV - PERCEPÇÕES DOS PAIS EM RELAÇÃO À SUA PARTICIPAÇÃO NO PRÉ-NATAL

15. Acompanhou alguma vez o pré-natal da esposa/companheira?

- Sim

Não

16. Em caso afirmativo, participou de quantas consultas?

Uma

De duas a cinco

Mais de cinco

17. Se não acompanhou, por quais motivos isso ocorreu?

Não acha importante a presença do pai, pois é apenas direcionado para a criança e a gestante.

Horário do trabalho coincide.

Não sentiu motivado pela mãe.

Não acompanhou porque não tinha um relacionamento com a mãe.

Não acompanhou porque não foi informado pela mãe e nem pelo profissional de saúde.

18. Considera importante a presença do pai nas consultas de pré-natal?

Sim

Não

19. Acompanhou o parto?

Sim

Não

19. De que forma o pai pode contribuir para uma boa gestação?

Apoio emocional

Apoio financeiro

Participação nas consultas

Acompanhamento na realização de exames

Participação de grupos de gestantes

V - CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS ATRAVÉS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E PERCEPÇÃO QUANTO AOS PROFISSIONAIS

20. O profissional de saúde que acompanhou o pré-natal motivou a sua participação?

() Sim

() Não

21. Acompanhou algum grupo de gestante durante o pré-natal?

() Sim

() Não

22. Em caso afirmativo, considerou essa participação importante?

() Sim

() Não

23. Participou de alguma palestra de esclarecimento em relação aos diversos tipos de partos?

() Sim

() Não

24. Em caso afirmativo, em que local ocorreu a palestra?

() Estratégia Saúde da Família

() Em associações

() No trabalho

() Outros locais

25. Qual profissional você considera mais preparado para esclarecer sobre o parto?

() Médico

() Enfermeiro

() Outros

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para um Trabalho de conclusão do curso de mestrado e para publicação de um artigo científico. O objetivo é elaborar uma pesquisa sobre: **A avaliação da participação do pai/parceiro no Pré-Natal em uma Mesorregião do Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo**. Sua participação é completamente voluntária, não existindo nenhuma forma de remuneração para sua participação. Se você concorda em participar do trabalho, basta apenas responder a um questionário padronizado que se encontra logo abaixo.

Assim, peço sua colaboração de ser o mais fidedigno possível em suas respostas. Os resultados serão utilizados para elaboração do trabalho de conclusão de Curso de Mestrado e para publicação de um artigo científico. Todos os questionários utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá contatar a Estudante **Wanessa Soares Luiz Silva** (profenfwanessasoares@hotmail.com) ou o Prof. Orientador **Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes**, pelo e-mail marcaonunes@hotmail.com.

() Concordo

() Não concordo

Data: ____/____/2018

Nome do (a) entrevistado (a):

APÊNDICE C – PROPOSTA DE OFÍCIO AO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de fevereiro de 2019

Ao Dr.

Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais/Espírito Santo

Assunto: **Pré-natal do parceiro**

Senhor Presidente,

Estudo sobre a participação dos pais/parceiros no pré-natal da companheira, realizado pela mestrandia da Faculdade Vale do Cricaré, Wanessa Soares Luiz Silva, sob a orientação do professor Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes, nas regiões Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo constatou que esses pais possuem pouco conhecimento sobre o pré-natal e a importância de sua participação junto à gestante. Tal situação pode ser devido a pouca motivação por parte dos profissionais de saúde que atendem a mulher, direcionando o cuidado exclusivamente ao binômio mãe e filho, o que os leva a sentirem-se à parte do processo, além de questões culturais, de onde provém a crença de que ao homem basta o papel de provedor e protetor.

Diante desta situação, sugerimos que sejam dedicados espaços sobre o tema nas publicações deste respeitável órgão, a fim de conscientizar estes profissionais sobre a importância do seu papel como educador e no acolhimento desses pais nas unidades básicas de saúde, haja vista ser o profissional que acompanha as gestantes durante todo o pré-natal e puerpério.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de cartilha organizada de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, caso seja do interesse deste órgão. Nesta ocasião, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Certos de contarmos com a sua participação, reiteramos votos de protestos e consideração.

Atenciosamente,

Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

Wanessa Soares Luiz Silva

Cirurgiã dentista, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e
Educação da Faculdade Vale do Cricaré

APÊNDICE D - PROPOSTA DE OFÍCIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de fevereiro de 2019

A Sua Excelência, o Senhor Secretário Estadual/Municipal de Saúde de Minas Gerais/Espírito Santo

Assunto: **Pré-natal do parceiro**

Senhor(a) Secretário(a),

Estudo sobre a participação dos pais/parceiros no pré-natal da companheira, realizado pela mestranda da Faculdade Vale do Cricaré, Wanessa Soares Luiz Silva, sob a orientação do professor Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes, nas regiões Nordeste de Minas Gerais e Norte do Espírito Santo constatou que esses pais possuem pouco conhecimento sobre o pré-natal e a importância de sua participação junto à gestante. Tal situação pode ser devido a pouca motivação por parte dos profissionais de saúde que atendem a mulher, direcionando o cuidado exclusivamente ao binômio mãe e filho, o que os leva a sentirem-se à parte do processo, além de questões culturais, de onde provém a crença de que ao homem basta o papel de provedor e protetor.

Diante de tal quadro, vimos por meio deste ressaltar a importância das Unidades Básicas de Saúde desenvolverem ações educativas sobre o tema, a fim de reduzir o número de contaminações, levando-se em conta que quanto maior o conhecimento, menos as chances de contaminação e, conseqüentemente, de gastos do sistema de saúde.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de cartilha organizada de acordo com as orientações do Ministério da Saúde para ser utilizada nas Unidades Básicas de Saúde, caso seja do interesse desta secretaria. Nesta ocasião, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Certos de contarmos com a sua participação, reiteramos votos de protestos e consideração.

Atenciosamente,

Dr. Marcus Antonius, da Costa Nunes

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

Wanessa Soares Luiz Silva

Cirurgiã dentista, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e
Educação da Faculdade Vale do Cricaré

APÊNDICE E – CARTILHA PARA PAIS/PARCEIROS



Esta cartilha é parte integrante da Dissertação de Mestrado de
Wanessa Soares Luiz Silva
Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação
Faculdade Vale do Cricaré
2019





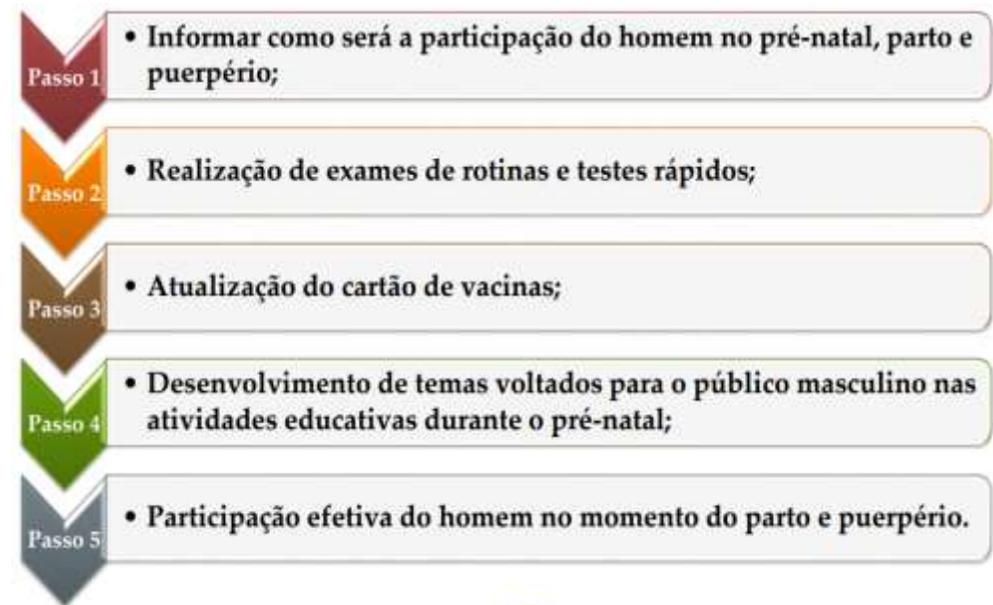
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população.



Um dos eixos prioritários da PNAISH é a paternidade e cuidado, que tem como objetivo envolver ativamente o homem em todo o processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil, proporcionando oportunidades para a criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pai, mãe e filhos/filhas e visibilizar o homem também como sujeito de cuidado



A participação do parceiro no pré-natal tem início na consulta médica ou de enfermagem, após a confirmação da gravidez, sendo este processo composto por cinco passos.



O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

TEM COMO OBJETIVO PREPARAR O HOMEM PARA A PATERNIDADE ATIVA E CONSCIENTE, ASSIM COMO DETECTAR PRECOZEMENTE DOENÇAS, ATUALIZAR SUA CARTEIRA VACINAL E INCENTIVAR SUA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE



#saúde nasredes SUS /minsaude

Atenção !!



DIREITOS GARANTIDOS AOS PAIS/PARCEIROS

- Participar do pré-natal (PNAISH, Portaria nº 1.944/2009)
- Acompanhar o parto (Lei nº 11.108/2005)

Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005)



Os serviços de saúde são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de **1 acompanhante** (escolhido por ela) durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato.

👤 Licença paternidade de 5 dias, garantido pela Constituição Federal, e de 20 dias, quando funcionário de empresa cidadã (Lei nº 13.257, 2016).

Situação da Licença Paternidade no Brasil

A licença paternidade no Brasil é de **5 dias consecutivos**.

Para funcionários públicos, pode chegar a **30 dias**.

Empresas Cidadãs garantem **20 dias** de licença para seus funcionários

👤 Exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos, atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto e amamentação.

Você sabia que na nova versão da **caderneta da gestante do Ministério da Saúde** tem um espaço destinado ao **pré-natal do parceiro?**

Nele pode ser preenchido o nome, idade, peso, altura, vacinas aplicadas, odontograma, tratamento para sífilis e resultado de exames realizados pelo pai/parceiro

#saúde nasredes SUS + /minsaude

VANTAGENS DE REALIZAR O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

- Estimular vínculos afetivos saudáveis entre pai, mãe e filho/filha
- Conscientizar a população masculina sobre o autocuidado e sobre o cuidado com a parceira e com o filho/a filha
- Prevenir doenças, como IST's e Aids
- Reduzir a morbimortalidade masculina
- Promover a saúde masculina



#saúde
nasredes



/minsaude

VOCÊ SABIA QUE O HOMEM TAMBÉM PODE REALIZAR CONSULTAS DE PRÉ-NATAL?

Nas **Unidades Básicas de Saúde do SUS**, os homens também têm o direito de **cuidar de si** ao mesmo tempo em que **acompanham suas parceiras** e podem realizar procedimentos como:

- Testes de sífilis, hepatites e HIV
- Medidas antropométricas (peso, altura, IMC)
- Exames de rotina, como hemograma, lipidograma, dentre outros
- Atualização do cartão de vacina
- Aferição da pressão arterial
- Teste da glicemia



#saúde
nasredes



/minsaude

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Converse com sua parceira sobre a gravidez, falem sobre suas emoções e o que esperam desta nova vida.

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!



#saúde nasredes SUS  /minsaude

A GRAVIDEZ TAMBÉM É UM ASSUNTO DE HOMEM!

A participação do pai/parceiro durante todo esse processo pode ser **fundamental para o bem estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio**



#saúde nasredes SUS  /minsaude