

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/ BA
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA - FESF
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

**O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO COMO UMA ESTRATÉGIA DE INSERIR O
PÚBLICO MASCULINO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
CAMAÇARI-BA**

KEYNE ARAGÃO DE OLIVEIRA

CAMAÇARI-BA

2018

KEYNE ARAGÃO DE OLIVEIRA

O Pré-Natal do Parceiro como uma estratégia de inserir o público masculino em uma Unidade de Saúde da Família em Camaçari-BA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à banca examinadora como requisito parcial para apreciação e obtenção do título de especialista em Saúde da Família pela FIOCRUZ/BA-FESF/SUS.

Orientador: Valdemir Albuquerque
Co-orientadora: GilvâniaPatricia do Nascimento Paixão

CAMAÇARI-BA

2018

KEYNE ARAGÃO DE OLIVEIRA

O Pré-Natal do Parceiro como uma estratégia de inserir o público masculino em
uma Unidade de Saúde da Família em Camaçari-BA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à banca examinadora como
requisito parcial para apreciação e obtenção do título de especialista em Saúde
da Família pela FIOCRUZ/BA- FESF/SUS.

.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Waldemir de Albuquerque Costa – Orientadora
E-mail: doutorwal2@gmail.com

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão -Coorientador

“A sabedoria é para a alma o que a saúde é para o corpo.” (François Poitou).

“O homem muito ocupado para cuidar da sua saúde é como o mecânico muito ocupado para cuidar das suas ferramentas.” (Provérbio espanhol).

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.” (Martin Luther King)

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao Criador, pela oportunidade de existir e pela confiança em ter me dado às dificuldades para serem enfrentadas e vencidas.

Aos meus pais, Antônio Raimundo e Luciana, por todo apoio, preocupação, incentivo e por estarem sempre presentes nessa minha caminhada.

Aos meus irmãos, Clarissa e Kayc, por todos os gestos de carinho e palavras de incentivo e admiração.

RESUMO

Trata-se de uma proposta de implantação do pré-natal masculino como estratégia de inserção do homem em uma unidade de saúde da família do município de Camaçari-BA. Este estudo tem como objetivo sensibilizar e instrumentar a equipe de saúde a atender e introduzir os homens em consultas de pré-natal e promover, junto à equipe, reflexões sobre as melhores técnicas para trabalhar com o público masculino. Para a implantação do projeto o método utilizado será encontros programados, atendendo uma metodologia mais participativa que busca a troca de saberes entre os profissionais. Para orientar a elaboração dessa proposta foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre intervenções semelhantes. A implantação desse projeto será uma conquista valiosa tanto para os profissionais envolvidos no processo como também para a comunidade assistida pela unidade, podendo servir de exemplo para os demais serviços de saúde do município de Camaçari-BA.

Palavras-chave: Saúde do homem. Atenção básica. Pré-natal masculino

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ATT- Acidentes de Transportes Terrestres

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

PNAISH- Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem

PSF- Programa de Saúde da Família

MS – Ministério da saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão do Curso

USF- Unidade de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNEB- Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
1.1.Contextualizando o Cenário de Intervenção	12
1.2.Meu desafio	12
2.JUSTIFICATIVA.....	14
3.OBJETIVOS.....	15
3.1. Objetivo Geral	15
3.2. Objetivos Específicos.....	15
4.REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4.1. Saúde do homem.....	15
4.1 O Acesso dos Homens aos Serviços de Saúde.....	17
4.2. A política de humanização do pré- natal	20
4.3. A paternidade e a busca pela saúde do homem.....	22
5. METODOLOGIA	24
5.1. Tipo de estudo	24
5.2. Cenários de intervenção	24
5.3.Sujeitos da intervenção.....	25
5.4.Planos de ação	25
6. RESULTADOS ESPERADOS	33
7.COSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIA.....	34

INTRODUÇÃO

No contexto atual, a família sofreu algumas modificações que levaram homens e mulheres a repensarem seus papéis e a buscarem uma maior simetria com o trabalho, casa e filhos. No entanto, ao contrário das mulheres, que historicamente têm sido vistas como cuidadoras, raramente os homens têm oportunidade de receber informações, trocar experiências ou desenvolver habilidades de cuidado (BRASIL, 2016).

As reflexões acerca da naturalização do cuidado como “intrínseco à mulher” são essenciais para o processo de enfrentamento do fenômeno, visto que a reprodução da cultura machista precisa ser compreendida com maior profundidade para ser desconstruída. Nesse sentido, é essencial o entendimento de que os papéis e comportamentos desempenhados por homens e mulheres na sociedade não são naturais, e sim ensinados, internalizados e conseqüentemente reproduzidos como verdades. Desde criança, homens e mulheres são educados para desempenhar papéis em razão de expectativas que giram em torno de estereótipos socialmente construídos para cada gênero. Para os meninos, é ensinado ser corajoso, viril, forte e, inclusive, violento. Nas brincadeiras reforçam esses comportamentos nas lutas entre super-heróis. Na vida conjugal, os homens são identificados como fortes, provedores, e são impedidos, muitas vezes de realizar o cuidado de modo geral, com conseqüentes prejuízos para sua saúde, da família e comunidade (BRASIL, 2007).

Portanto, o pré-natal é o momento oportuno para que o pai/parceiro cuide de sua saúde e se prepare para o exercício da paternidade responsável. Tendo ciência da importância do envolvimento ativo dos homens em todo o processo desde os direitos sexuais e reprodutivos até o acompanhamento da gestação, parto, puerpério e cuidados posteriores com o crescimento e desenvolvimento físico, psíquico, emocional, intelectual e social das crianças, este pode ser um espaço de grande aprendizado para o autocuidado e fortalecimento do vínculo familiar (BRASIL, 2016).

Neste sentido, com o objetivo de proporcionar uma maior integração do pai com esse momento mudanças na vida do casal e garantir à gestante mais segurança e apoio psicológico no momento do parto, surge a Lei Federal nº 11.108/05, promulgada para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Na maioria das vezes, esses acompanhantes são os próprios pais. Outra garantia foi a licença-paternidade de cinco dias, também concedida pela Constituição Federal, que busca incentivar a participação dos pais nos primeiros momentos de vida da criança (BRASIL,2016).

Outro aspecto que tem ganhado notoriedade nos últimos anos em nosso estado tem sido o regresso das infecções sexualmente transmissíveis (IST) na gravidez, com importante impacto na transmissão vertical. Entre as IST cabe destaque para a sífilis – segundo o Ministério da Saúde, o número de gestantes com sífilis a taxa de incidência elevou de 2006 para 2010 passando de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos, para 6,8 casos/1.000 (nascidos vivos), em 2016 foram diagnosticados 15.247 casos novos de sífilis em gestante, com faixa etária predominante de 20 a 29 anos. Além disto, o percentual de parcerias não tratadas chega a alarmantes 61,4% dos casos. (BRASIL, 2017). Neste sentido, cabe um olhar diferenciado para as graves repercussões da rotina de pouco autocuidado e de baixa procura por serviços de saúde pela população masculina (BRASIL, 2017).

Sabe-se que a atenção de pais cuidadores e afetivos contribui para toda a família, principalmente com o desenvolvimento físico, psíquico, emocional, intelectual e social das crianças. Em contrapartida, a não participação nesse processo gera o que chamamos de “aborto masculino” – uma prática repetida cotidianamente em diversos lugares de nosso país. Constantemente, crianças recém-nascidas, ou ainda em gestação, são abandonadas pelo genitor do sexo masculino, que não as reconhecem; ou que ao deixarem as parceiras, abandonam também a função de pai cuidador; ou ainda, quando a gravidez acontece em relacionamentos casuais, grande maioria das vezes, o homem não assume a paternidade (MENDES, 2012).

A falta de afeto do pai pode deixar sequelas emocionais em seus filhos, além de um sentimento de vazio, uma lacuna sobre quem é esse pai que não se fez presente. Além dos laços não estabelecidos entre pai e filho, há um

prejuízo nos cuidados, na presença, na segurança diária que uma criança tem o direito de receber de seu pai. Desta forma, é fundamental refletir que os homens “abortam” com maior frequência do que imaginamos e o faz tirando a criança da história da sua vida (BRASIL, 2007).

Por outro lado, o envolvimento dos pais nos serviços de saúde é facilitado quando ocorre o envolvimento eficiente dos profissionais em todos os pontos da linha de cuidado à gestante. Para tanto, é necessário o fortalecimento da educação permanente e do treinamento de todos, desde a recepção até os profissionais de nível superior. Torna-se necessário que os profissionais diminuam sua distância com relação aos pais por meio do estímulo do cuidado, do afeto, amor e carinho. Essas ações requerem a atenção dos gestores de forma a repensarem as rotinas (MENDES, 2012).

Neste cenário, destacam-se algumas experiências de enfrentamento do “aborto masculino” no Brasil, como exemplo do município de Salvador-BA. Na capital baiana, grande parte das unidades de Saúde da Família passaram por capacitação para implantação do pré-natal do parceiro com o projeto “Paternidade Cuidadora” – iniciativa que busca estabelecer fluxo de atendimentos estruturados nos serviços de Atenção Básica com consultas masculinas compartilhadas e/ou separadas da gestante (se houver necessidade expressa), além da criação de horários alternativos de atendimento para este público aos sábados. Além da facilitação de acesso deste público, muito foi investido na sensibilização das equipes de saúde para o estímulo da paternidade cuidadora durante os atendimentos (de pré-natal ou não) e atividades educativas.

Outra iniciativa de destaque é a da “Unidade de Saúde Parceira do Pai”, desenvolvida pela secretaria de saúde e defesa civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Neste projeto, foram desenvolvidos materiais de apoio para os serviços de saúde com o passo-a-passo para construção de práticas inclusivas ao público masculino e fortalecimento do cuidado aos filhos. Entre as linhas de intervenção, sugere-se a inclusão dos pais na rotina das unidades básicas, no pré-natal, parto, pós-parto, e nas enfermarias, além da promoção de atividades educativas rotineiras nos serviços.

1.1. Contextualizando o Cenário de Intervenção

Para além do reconhecimento da gravidade do quadro a nível nacional e da escolha de priorização da temática da Saúde do Homem, faz-se necessária a análise cuidadosa dos recursos disponíveis em nosso serviço e território de trabalho para uma intervenção mais efetiva. Partimos então do contexto do município de Camaçari-BA, em particular da Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Aliança, situada em sua sede. Esta unidade foi escolhida para este projeto por ter sido meu campo de prática durante todo o primeiro ano e parte do segundo ano de residência multiprofissional em Saúde da Família (FESF/Fiocruz) e insere-se num contexto de devolutiva para o serviço em que obtive grande parte do aprendizado na Atenção Básica ao longo deste período. A população que habita o território de abrangência desta unidade encontra-se em situação de grande vulnerabilidade, com habitações aglomeradas, com uma população majoritariamente jovem e de alta rotatividade (em busca por melhores oportunidades), muitos deles adultos jovens trabalhadores temporários (característica de uma cidade industrial), oriundos de varias regiões do país e sem grandes raízes com este território (população flutuante). Além disso, não dispõe de grande número de espaços/aparelhos públicos de lazer. Apresenta ainda expressivos índices de violência, grande parte relacionados ao tráfico de drogas, e conta com um público masculino que frequenta muito pouco a unidade de saúde além da grande prevalência de pessoas em uso abusivo de álcool – sobretudo os homens entre 20 e 50 anos. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015)

É neste contexto de grandes desafios que a equipe de Saúde da Família de Nova Aliança opta por priorizar intervenções voltadas à população masculina em situação de maior vulnerabilidade. Para isso, adotamos como documento-base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), e como público alvo, homens com idades entre 25 e 59 anos. Considerando que este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Corresponde também à parcela preponderante da força produtiva, além de exercer um significativo papel sociocultural e político no país. (BRASIL, 2008).

Até o momento, as únicas ações desenvolvidas em nossa USF se remetem à captação do público masculino através do programa Hiperdia (acompanhamento de hipertensos e diabéticos), e poucas atividades educativas sobre a Saúde do Homem. Não existia linha de cuidado estruturada para a Saúde do Homem, ações estratégicas de grande alcance populacional, registro ou monitoramento de programas específicos para este público. A equipe de saúde de Nova Aliança, como tantas outras, mantém o foco de suas Ações Programáticas voltado preferencialmente para mulheres, crianças e idosos. Sendo que a procura por atendimento do público masculino se concentra em grande parte na demanda espontânea e nas marcações semanais e as equipes não discutem formas de ampliar o cuidado específico para um maior alcance deste público masculino.

De todas as estratégias para se trabalhar com a Saúde do Homem em nossa USF, percebemos que o Pré-Natal do Parceiro, espelhado nas iniciativas desenvolvidas nos municípios de Salvador e do Rio de Janeiro, pode se tornar uma etapa inicial de grande impacto e de fácil implantação, com futuros desdobramentos sobre a captação do público masculino neste serviço para outras iniciativas.

1.2 Meu desafio

O primeiro ano de residência multiprofissional em saúde visou à inserção dos residentes na atenção básica no período de um ano, em unidades de saúde da família de Camaçari-Ba. Nesse período o residente tem a possibilidade de vivenciar como sujeito responsável pelas práticas sanitárias num território adscrito.

Durante meu período de R1-residente do primeiro ano, observei a ausência masculina na unidade de saúde, seja como participantes nos grupos ou em consultas agendas. Sua presença era quase sempre restrita a sala de vacina, farmácia, atendimento odontológico (em caso de emergências odontológicas) ou quando levavam suas companheiras (os) a consulta de pré-natal. Nessas consultas, quando não convidados a participar, muitos apenas levavam suas parcerias e esperavam fora da sala. Não entendiam sua importância nesse processo e não se envolviam durante a consulta, mesmo

quando relatado pelo profissional o valor da participação do companheiro(a) nesse cenário gravídico.

Sendo assim, algumas perguntas surgiam: como trabalhar com o público masculino? Como atrair a população masculina para unidade de saúde? E ainda durante o primeiro ano, dois profissionais da unidade tentaram fazer essa aproximação com o público masculino, inserindo-se num torneio de dominó programado por um grupo de homens. Esse torneio me fez pensar que a via de aproximação mais transitável seria adentrar no cotidiano dessa população e ter acesso a locais frequentados por esse público.

Enfim, durante meu primeiro ano de residência não tive a oportunidade de trabalhar com a saúde masculina, apesar do conhecimento prévio, durante minha participação no grupo de pesquisa da UNEB.

Partindo desse princípio, a ideia de manter o pré-natal masculino como uma estratégia, foi uma das possibilidades que encontrei a fim de que a equipe pudesse modificar suas práticas de saúde, pois é essencial que o profissional da atenção básica se volte a população masculina adulta jovem e desenvolva algumas estratégias de inclusão que vá além das programáticas (atendimento de hipertensão), visando melhorar a qualidade de vida do público masculino.

2. JUSTIFICATIVA

A motivação para a realização desse trabalho emergiu por parte nos estudos quando integrante de um grupo de pesquisa na Universidade do Estado da Bahia, que buscava compreender quais relações de gênero e masculinidade ao acesso na atenção básica. Por outro lado, as inquietações vivenciadas durante a assistência na estratégia Saúde da Família corroboraram para reconhecer o grave problema de saúde pública em que se encontra nossa população masculina e suas severas repercussões no cuidado dos filhos (abandono, transmissão vertical de IST, etc).

São notórios os dados epidemiológicos que evidenciam a superior morbimortalidade do público masculino quando comparado ao feminino em nosso país (BRASIL, 2009). Homens morrem em sua maioria por doenças crônicas e causas externas, mas mesmo assim têm-se utilizado de práticas assistências curativistas, médico-centradas, concentradas em serviços de

urgência e emergência, de forma insustentável e que não atendem à real necessidade da população. Sendo assim, a inquietação de uma enfermeira que percebe o contexto de inserção e entende que é necessário voltar-se para os homens adultos jovens que compõe esse território, visto que é necessário extrapolar os muros, para assim fazer prevenção e promoção embasadas na necessidade da comunidade e ou individuo. Por tanto, é fundamental avançar e transformar o ideário masculino que o serviço de atenção básica é destinado a mulheres, crianças e idosos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- ❖ Implantar a estratégia do pré-natal do parceiro na USF Nova Aliança, possibilitando um maior acesso e vinculação da população masculina a este serviço.

3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Sensibilizar e instrumentar a equipe de saúde a atender e introduzir os homens em consultas de pré-natal;
- ❖ Promover junto à equipe reflexões sobre quais seriam os melhores métodos a serem adotados para trabalhar com o público masculino.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Saúde do homem

Distintas pesquisas vêm discutindo questões voltadas à saúde do homem com a finalidade de compreender o que tem contribuído para os altos números de morbimortalidade masculina. Alguns desses estudos têm ganhado relevância nas abordagens de gênero, para uma melhor reflexão a respeito das condições de saúde da população masculina. Figueiredo; Scharaiber, *et al*, Marchinet *al*, 2011, sugerem que essas altas taxas estejam relacionadas a características peculiares do processo de socialização dos homens no qual, poder, força, invulnerabilidade e virilidade, atributos característicos masculinos e predispõe a comportamentos que geram doenças e mortes e, nesse processo, o cuidado à saúde não é valorizado como uma questão importante (DOMINGUES, HARTZ; LEAL, 2012).

Homens revelam comportamentos de masculinidade marcantes e não expressam suas necessidades de saúde, o que caracteriza uma menor procura aos serviços, se comparado às mulheres. No contexto da atenção primária, algumas situações tornam-se mais problemáticas, visto que de uma forma geral, essas instituições se propõem a direcionar suas atenções ao público feminino, bem como crianças e idosos, o que provoca nos homens a sensação de não pertencer àquele determinado espaço. (FIGUEIREDO; SCHARAIBER, 2011).

Esta fotografia não se dá de forma voluntária, mas baseada no histórico empenho pela construção de Ações Programáticas que remetem à segunda metade do século XX, com o fortalecimento do pré-natal de baixo risco descentralizado, a expansão do programa nacional de imunizações, o combate aos casos de diarreia e desnutrição infantil e, mais recentemente, a implantação dos programas de controle da hipertensão e diabetes e sua extensão, as linhas de cuidado à saúde dos idosos (MENDES, 2012). Todas estas estratégias tiveram grande impacto nos indicadores de saúde de nosso país e repercutiram positivamente no fortalecimento do Programa Saúde da Família. No entanto, um conjunto de mudanças sociais e sanitárias acentuadas nos últimos vinte anos colocou em situação de grande vulnerabilidade um público que até então não se apresentava proporcionalmente em condição de risco: a população adulta masculina (BRASIL, 2008).

Alinhado as essas praticas já ultrapassadas, a maioria dos homens revela uma dificuldade em buscar a assistência devido a uma diminuição de autopercepção de cuidado e por acreditar que a necessidade de atenção à saúde é papel das mulheres. Essa imagem do “ser forte” pode dificultar as práticas de cuidado com o próprio corpo, tornando-o vulnerável as diversas situações de adoecimento, refletindo diretamente nas taxas de mortalidade (ALBANO; BASILIO; NEVES, 2010).

Nesta perspectiva, os coeficientes epidemiológicos revelam que a mortalidade masculina é 50% maior do que a feminina, assumindo seu maior índice entre a faixa etária dos 20 aos 39 anos. Os estudos apontam ainda que as causas externas apresentam maiores índices, com a maioria dos óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT), lesões autoprovocadas, agressões e homicídios (ALBANO; BASILIO; NEVES, 2010). Quando levamos em conta as doenças crônicas, os homens são mais vulneráveis se comparado as mulheres, pois buscam menos o serviço de saúde, e quando o fazem, adentram o serviço por meio da média e alta complexidade (ALBANO; BASILIO; NEVES, 2010)

Com o objetivo de promover a melhora da condição de saúde do homem, para contribuir com a redução dos índices de morbimortalidade masculina, considerados elevados se comparados ao feminino, e facilitar o acesso aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, a Política Nacional de Atenção Integral á Saúde do Homem (PNAISH) foi criada. Esta política reconhece os determinantes sociais da vulnerabilidade dos homens às doenças, e demonstra que não há uma adesão masculina aos serviços de saúde devido aos estereótipos de gênero baseados em características culturais, obedecendo a uma ordem simbólica na qual a doença expressa fragilidade do corpo (BRASIL, 2008).

4.2. O Acesso dos Homens aos Serviços de Saúde

A PNAISH é tida como divisora de águas, uma vez que até então o homem era incluído no cenário da saúde apenas para tratamento de doenças já acometidas. Tal política tem como um dos principais objetivos, promover

ações no âmbito da saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina e de seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos, possibilitando a organização dos sistemas locais de saúde e por conseguinte, aumentando a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população, reduzindo também os gastos públicos (BRASIL, 2008).

Partindo desse pressuposto, se faz necessário entender que historicamente a UBS modelo de unidades básicas tradicionais foi um serviço destinado quase exclusivamente à população feminina, crianças e idosos, e a pouca presença masculina nesse serviço de atenção primária é justificada, muitas vezes, por característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização. Nesse contexto, a identidade masculina está associada a desvalorização do autocuidado e pouca preocupação com a saúde. Na verdade os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como os serviços de atenção secundária que respondem mais objetivamente às suas demandas. Nesse ambiente eles são atendidos mais rapidamente e expõe seu problema com mais facilidade (COUTO, 2005).

Além dessa percepção centrada no comportamento do sujeito do sexo masculino, existe uma outra linha de pensamento que reconhecem o modelo de unidade básica tradicional como sendo elas as causadoras de dificuldade do acesso de homens ao serviço. Visto que, os homens alegam a dificuldade no acesso e atendimento, longas filas na espera do atendimento possibilitando um dia trabalho perdido, além da feminilização do espaço, tanto pela presença significativa de mulheres a unidade, bem como a forte presença de profissionais do sexo feminino na equipe multiprofissional. Tal situação provoca o sentimento de não pertencimento ao espaço. E o argumenta-se, ainda, que os homens não pertencem a UBS porque estas não disponibilizam de programas e atividades voltadas ao público masculino. Sendo assim, podemos notar que ainda existe uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização de atividades de saúde das unidades de atenção primária (COUTO, 2005).

Com relação à abordagem e perspectiva das instituições de saúde a respeito da relação homem-saúde, ainda é pautada nas reflexões tradicionais de estrutura e organização dos serviços, assim como, de práticas educativas de saúde visando a higiene e a puericultura, as quais privilegiam a mãe e filho. Na lógica dos serviços, a organização desse cuidado acaba voltando-se para o eixo materno- infantil, revelando traços históricos voltados às ações do cuidado e políticas voltadas ao corpo feminino (MACHIM *et al*, 2011).

Desta forma, é imprescindível a atuação do setor saúde, mais especificamente os espaços da ESF, cuja premissa básica necessita preconizar a prevenção de agravos e promoção a saúde, sobretudo nos espaços familiares. É preciso acolher homens para prevenção desse e de outros agravos, uma vez que o público masculino é de difícil captação nas unidades de saúde, principalmente quando se aborda as questões de prevenção de doenças e promoção de saúde, esbarrando-se em questões de gênero (COUTO, 2005).

Assim parece necessário maior investimento nas questões de gênero, para que em condições normais busquem os serviços de saúde e suas necessidades de saúde em horário de trabalho, por demanda espontânea. Nessa direção, qualquer projeto de prevenção e controle das doenças do homem precisa contemplar além da sua motivação para buscar o atendimento, o tempo, e a interferências do seu papel social e de gênero, se não quiser estar fadado ao fracasso. Esta condição se apresenta como determinantes na opção e motivação para a busca dos recursos de saúde (MENDES, 2016).

Assim, faz-se necessário incorporar os princípios de assimetria de gêneros, que tem papel social determinante no processo saúde/doença. Precisamos entender e transpor os limites das diferenças sexuais e biológicas, ampliando o olhar para a integralidade de esse ser social plural. O maior desafio ainda é superar a visão do corpo humano fragmentado no campo das profissões das ciências da saúde, e incorporar a dimensão da integralidade na formação dos profissionais de saúde, tendo como eixo fundamental do saber e das práticas de saúde à relação com o outro e consigo mesmo, com o cuidado

do ser, na interação e na integralização das ações de saúde em qualquer campo da saúde, não necessariamente em um programa.

4.3. A política de humanização do pré-natal

Em 2000 o Ministério da Saúde instituiu o programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000) tinha como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e o puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Fundamentando-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal com condições para o adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e ao parto integrados (BRASIL, 2000).

Ainda que o programa de humanização tenha estabelecido alguns critérios a serem cumpridos pelos profissionais e serviços de saúde, grande parte dos profissionais tem reproduzido práticas tradicionais e intervencionistas com relação ao pré-natal, parto e puerpério, que não beneficiam a mulher e recém-nascido. Práticas tradicionais focadas exclusivamente nas taxas de morbimortalidade, sem enfoque nas necessidades de ampliar o acesso ao pré-natal, sem estabelecer critérios para qualificar as consultas, com vistas, a incorporação masculina nas consultas de pré-natal e sala de parto, assim como, ampliar o diagnóstico e tratamento das IST'S nas parcerias (SERRUYA, 2003)

Pesquisas qualitativas sobre assistência ao pré-natal indicam que a qualidade dessa assistência ainda é um nó crítico, sendo preciso discutir permanentemente os critérios de avaliação, atualmente baseados em quantitativos de consultas, suprimindo questões importantes como; avaliação constante de risco no pré-natal. Deste modo essa discussão ainda permanece em um campo fértil para estudos e análises (SERRUYA, 2003).

Ampliando esta análise, e correlacionando os dados epidemiológicos da sífilis na gravidez, pode-se apontar algumas falhas na assistência pré-natal, na realização do teste sorológico, no tratamento das gestantes e suas parcerias, o que indica uma perda de oportunidade importante na realização das ações de controle a sífilis (DOMINGUES, HARTZ; LEAL, 2012)

A lei nº 11.108/2005 garantiu as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A presença de acompanhante no parto, garantida por lei é associada a melhores desfechos maternos e neonatais. Para o Ministério da Saúde (2007), o preparo para o parto envolve abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde. O serviço de pré-natal deverá promover visitas às gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto e esta passa a ter o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, conforme lei 11.634 de 2007. Para tanto estados e municípios devem se organizar para garantir o cumprimento destas leis (SANTOS; ARAUJO, 2016).

Em março de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, compostapor um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes teriam um acompanhamento da antecedência, onde dariam à luz, além de ter o direito a um auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto com vale-transporte e vale-táxi (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Recentemente, em março de 2016, o Ministério da Saúde, pela portaria de nº 306, aprova as diretrizes de atenção à gestantes, referente à operação cesariana, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a

ela submetidas. Observamos que, por mais que existam tentativas de mudanças, a partir de leis e portarias, que vise à qualidade e humanização da assistência obstétrica acreditamos que para mudar a assistência ao parto, é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica (ARAUJO; SANTOS, 2016)

4.4. A paternidade e a busca pela saúde do homem

Diariamente no Brasil muitas crianças são abandonadas pelo pai seja pelo não reconhecimento, pelo abandono da companheira e da função paterna ou por não assumir sequer a possibilidade de ser o pai da criança ao se deparar com uma gravidez não desejada. Esta modalidade de negligência parental leva a alcunha de “aborto masculino” (*male abortion*) e inclui o abandono de filhos gerados ou já nascidos, ignorando como vão sobreviver. O termo foi descrito pela primeira vez por McCulley (1998), uma advogada americana que sugeria a observação penal nos casos de isenção das obrigações paternas para com um feto no início da gravidez. Diferente do aborto *ipsis litteris*, em que ocorre a decisão direta sobre a continuidade ou não da gestação, o “aborto masculino” se concretiza com os atos de rejeição promovidos pelo pai e que são muito mais frequentes do que a modalidade feminina.

Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), cerca de 5,5 milhões de crianças não possuem o nome do pai no registro de nascimento (CNJ, 2010). Por outro lado, estima-se em 500.000 o número de abortos realizados anualmente no país (de forma legalizada ou não) (DINIZ et al., 2017). É neste cenário que o “aborto masculino” se insere com um espectro muito mais ampliado: são incontáveis os números de casos em que, apesar de não ocorrer a interrupção da gravidez e mesmo com o registro cartorial paterno, o abandono do pai mostra-se expressivo.

Com o intuito de mitigar parte desta realidade, algumas instituições têm criado ao longo dos últimos 10 anos iniciativas de incentivo ao reconhecimento de paternidade, como a campanha “Pai Presente” do CNJ. No entanto, para

além do debate “cartorial” da responsabilização masculina cabe à discussão a necessidade de fortalecimento do cuidado paterno e a busca da reversão do papel cristalizado do homem apenas como um acompanhante. Um bom exemplo neste sentido é a campanha do instituto PAPAÍ, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), denominada “Pai não é Visita” – uma estratégia de fortalecimento do lado cuidador dos homens e de combate ao abandono de crianças.

Em linhas gerais, as principais diretrizes do Ministério da Saúde sobre o fortalecimento da paternidade cuidadora giram em torno do suporte para os serviços de saúde com o horizonte da PNAISH. Entre seus aspectos de destaque, esta política sugere a atuação sobre questões socioculturais, sobre a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população (BRASIL, 2008).

Esta política aposta na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidado, por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados (BRASIL, 2016).

Além desse importante efeito, estas ações têm grande potencial para auxiliar em um dos principais objetivos da política: ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde de maneira geral no âmbito do SUS.

Para todas essas ações, a PNAISH ressalta a importância da reflexão contínua sobre as construções sociais de gênero voltadas às masculinidades, buscando abolir papéis estereotipados que afastam os homens da saúde, do cuidado, do afeto e da construção de relações mais equitativas e humanizadas em suas parcerias sexuais e afetivas (BRASIL, 2008).

Da mesma forma, aponta a necessidade de se pensar e desenvolver ações em saúde fora do enquadramento biológico e heteronormativo – reconhecendo e valorizando assim, os diversos arranjos familiares existentes e

as diferentes possibilidades de vivenciar a paternagem, como por exemplo, através de casais homossexuais, pais solteiros, adolescentes ou idosos e também homens que desempenham a função paterna (avôs, tios, amigos, padrastos, etc.) (BRASIL,2016).

Nessa perspectiva, frente às mudanças sociais, vem se discutindo a idealização de um “novo” pai, que, para além da redução ao papel de provedor da família, assuma, de forma flexível e igualitária, o cuidado com o filho e com sua parceira. Para eles, nessa idealização, faz-se necessário também que se leve em conta a paternidade em novos arranjos familiares (BRASIL, 2016)

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudo

O Projeto de Intervenção é uma proposta de ação para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção primária (THIOLLENT, 2005).

Um projeto de intervenção, como o próprio nome alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Os sujeitos ao pesquisarem sua própria prática produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam e resignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. (THIOLLENT, 2005).

5.2. Cenários de intervenção

O cenário de intervenção é a unidade de saúde de Nova Aliança do município de Camaçari-Ba. A cidade de Camaçari está situada na Região Metropolitana, a 41 quilômetros da capital Salvador. Possui uma área de 784, 658 km, uma população de 275 575 km, o segundo maior em arrecadação do estado, índice de desenvolvimento humano 0,694.

A unidade de saúde de Nova Aliança vivenciou um processo de transição de Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma Unidade de saúde da Família (USF) há cerca de três anos e, por questões culturais, ainda enfrenta dificuldades para sua estruturação plena. Abrange um território com cerca de 15.000 pessoas, distribuídas em três bairros: Gleba C, PHOC I e PHOC II.

Dividindo-se em 04 equipes, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnicos em enfermagem e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Cada equipe é responsável por cerca de 3.500 habitantes e possuem vasto território descoberto por ACS.

5.3. Sujeitos da intervenção

Este projeto busca intervir sob as práticas dos profissionais de saúde da USF Nova Aliança. Neste sentido, serão incluídos neste trabalho os trabalhadores diretamente envolvidos com a assistência pré-natal (“equipe mínima” de ACS, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e NASF), além do corpo de preceptores da unidade.

5.4. Planos de ação

Caracteriza-se por um momento em que as ações são traçadas para resolver problemas alcançados, na busca de referenciais teóricos e dados para inserir na pesquisa. Nesse sentido, a proposta de intervenção, o plano de ação, deverá estar fundamentada nas metas, justificativas, seus objetivos e as bases conceituais, operacionais e avaliação (CORREIA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Para o sucesso desse projeto é necessária a participação de todos os membros da equipe, ampliando o alcance das ações. Assim, para melhor organização, foi tabulado o detalhamento das ações, logística, metodologia utilizada, os custos e indicador de avaliação, nas tabelas abaixo.

OBJETIVO ESPECIFICO 1 : Sensibilizar e instrumentar a equipe de saúde a atender e introduzir os homens em consultas de pré-natal.

META 1: Realizar 01 reunião com os profissionais que compõe a equipe mínima, NASF e preceptores, com o objetivo de compartilhamento de saberes.

AÇÃO 1	Apresentar a PI para os profissionais
ATIVIDADE	A apresentação da proposta de intervenção
RESPONSÁVEL	A pesquisadora
PRAZO	janeiro
LOCAL	Unidade de saúde da família de Nova Aliança
AValiação	Avaliar o quantitativo de profissionais presentes com relação ao numero total de profissionais da unidade de Nova Aliança
AÇÃO 2	Buscar experiências exitosas relacionadas a implantação do pré-natal do parceiro em outras regiões do brasil.
ATIVIDADE	Pesquisar na internet artigos, relatos de experiências que tratem a vivência do processo de implantação do Pré-natal do parceiro.
RESPONSÁVEL	Equipe de saúde da família
PRAZO	01 á 10 março
LOCAL	Unidade de saúde da família
AValiação	Toda a pesquisa concluída no prazo estabelecido e divulgada para os profissionais
AÇÃO 3	Identificar unidades de saúde que tenha implantado o pré-natal do parceiro

ATIVIDADE	Buscar trazer a unidade algum representante dessa unidade para compartilhar as experiências vivenciadas a sua localidade, para assim sensibilizar os profissionais da unidade de nova aliança quanto a importância de implantação e os impactos provocados no território.
RESPONSÁVEL	Profissionais da unidade
LOCAL	Unidades de saúde Camaçari – Ba
PRAZO	6 a 10 abril
AValiação	O número de representantes convidados a participar
AÇÃO 4	Apresentar a equipe instrumentos que foram construídos para facilitar a consulta
ATIVIDADE	Usar material de suporte áudio visual (data show, computador) para apresentar a equipe o instrumento; levar impresso o instrumento; enviar via e-mail coletivo da unidade de saúde.
RESPONSÁVEL	A pesquisadora
LOCAL	Unidade de saúde de Nova Aliança
PRAZO	Janeiro
AValiação	O número percentual de profissionais presentes relacionado o quantitativo de profissionais da unidade de Nova Aliança

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Promover junto à equipe reflexões sobre quais seriam os melhores métodos a serem adotados para trabalhar com o público masculino

META 2: realizar 01 reunião para compartilhamento de saberes entre os profissionais da unidade de saúde

AÇÃO 1	Buscar saberes em materiais de apoio que refletem sobre os fatores limitantes e facilitadores relacionados a inserção masculina nos serviços de saúde.
ATIVIDADE	<p>Pesquisar materiais: artigos, relatos de experiências, etc, que reflitam sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores limitantes e facilidades relacionados a inserção masculino nos serviços de saúde - relato de experiência e artigo que retratem experiências exitosas, apresentando formas de inserção masculina nesses serviços de atenção primaria a saúde
RESPONSÁVEL	Profissionais da unidade
LOCAL	Unidade de saúde de Nova aliança
PRAZO	10 a 11 abril
AValiação	Toda a pesquisa concluída no prazo estabelecido
AÇÃO 2	Identificar no território quais são os equipamentos sociais que os homens frequentam.
ATIVIDADE	Realizar vistas em alguns espaços que sejam mais frequentados por homens (ex: bares, associaçãoeetc) com o objetivo de usar esses espaços para falar de saúde.
RESPONSÁVEL	Profissionais da unidade
LOCAL	Na área pertencente a unidade de saúde (PHOC II, GLEBA C)
PRAZO	20 de abril a 20 de maio
AValiação	O numero de homens que passaram a buscar a unidade com relação a quantitativo anterior.
AÇÃO 3	Identificar unidades de saúde no município de Camaçari com experiências exitosas relacionadas á saúde do homem.
ATIVIDADE	Convidar um profissional como representante da unidade para compartilhamento de saberes, relacionados as experiências no seu território.

RESPONSAVEL	Profissionais da unidade
LOCAL	Unidades de saúde de Camaçari
PRAZO	20a 26 de maio
AVALIAÇÃO	O numero de representantes convidados a participar

	Saúde entre representantes da Gestão, Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde e usuários da comunidade do								X				
--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Alguns recursos são necessários para o desenvolvimento desse projeto. Sendo assim, segue abaixo a lista dos materiais a serem utilizados durante essa construção.

Cabe salientar que o apoio deve partir dos órgãos parceiros, DAB, FESF-SUS, corpo pedagógico de preceptores. Além dos recursos humanos (equipe mínima de profissionais da unidade de Nova Aliança).

Tabela 3- Descrição dos materiais a serem utilizados e orçamento

Materiais permanentes	Discriminação	Valor (R\$)
Computador completo	01 computador com monitor, estabilizador etc.	R\$1.500,00
Data show (projektor multimídia)	01 projetor	R\$ 2.500,00
Impressora a laser	01 impressora	R\$ 900,00
Total		R\$ 4.900,00
Materiais para consumo	Discriminação	Valor (R\$)
Folhas de papel	300 folhas de papel A4;	R\$ 15,00
Cartucho de tonner	2 Cartucho de tonner	R\$ 150,00
Passagens e Deslocamento	Passagem de ônibus	R\$ 50,00
Total		R\$ 215,00

Autoria própria*

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A etapa de monitoramento e avaliação é essencial em qualquer projeto de intervenção

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO			
META	DATA DO MONITORAMENTO	INDICADORES	RESULTADOS OBTIDOS
01	19 de abril de 2018	O quantitativo de profissionais presentes com relação ao numero total de profissionais da USF de Nova Aliança	
		Toda a pesquisa concluída no prazo estabelecido e divulgada para os profissionais	
		Identificar unidades de saúde que tenha implantado o pré-natal do parceiro	
		O numero percentual de profissionais presentes relacionado o quantitativo de profissionais da unidade de Nova Aliança	
02	28 de maio de 2018	Toda a pesquisa concluída no prazo estabelecido e a porcentagem de relato de experiências exitosas encontradas em relação ao total de relatos encontrados	
		O numero de homens que passaram a buscar a unidade com relação a quantitativo anterior.	
		O numero de representantes convidados	

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao realizar todas as etapas desse projeto espera-se:

1. Que todas as etapas do plano sejam implantadas e implementadas pelos profissionais de saúde da unidade de saúde de Nova Aliança.
2. Espera-se que os profissionais de saúde estejam sensibilizados quanto a importância de inserir o homem no serviço de saúde, partindo do princípio que o pré-natal é uma estratégia de inclusão;
3. Aumento a adesão masculina ao pré-natal;
4. Maior vínculo entre o homem e a unidade de saúde, bem como de fortalecimento do vínculo conjugal;
5. Apoio ao parto natural acompanhamento à mulher como é de direito de acordo com a política de humanização.
6. Aumentar e fortalecer o vínculo neonato-pai, entendendo que o pai é um potencial cuidador;
7. Entendendo que existem diversas conformações familiares, esperar-se incluir as parcerias, sem distinção de gênero.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi de grande importância, apesar dos desafios encontrados. Sendo essa proposta, um ponto de partida para o alcance de ações de saúde voltadas à saúde do homem no município de Camaçari-Ba, visto que, ainda não possui políticas públicas sendo efetivadas e ou implantadas voltadas ao homem.

Partindo do princípio que o aumento do vínculo familiar durante a gestação é importante e o quanto isso influencia a qualidade de vida do recém-nascido. Faz-se necessário entender o contexto familiar como algo importante e que tem influência direta na saúde individual e coletiva. Para, além disso, o pré-natal do parceiro é um cenário de oportunidade para abordagem da saúde do homem, a questão da paternidade, realizando exames e orientações sobre a importância da saúde preventiva.

No decorrer da minha vivência como residente, foi perceptível o quanto os homens buscavam pouco o serviço de saúde se comparado as mulheres. Quanto às consultas de pré-natal, sua participação era sempre restrita e quando convidados a fazer parte das consultas, sentiam-se mais à vontade para fazer perguntas. Nota-se assim que, na maioria das vezes, o homem quer entender as mudanças que ocorrerão na mulher durante o desenvolvimento da gravidez. Muitos homens tem o interesse por assuntos do parto e nascimento. No entanto, ainda existe muitos entraves relacionados a presença masculina, principalmente, em maternidades, visto que, não é aceito o acompanhante do sexo masculino, solicitando que seja do sexo feminino, devido à dificuldade estrutural do Hospital para tal acompanhamento. Portanto, nota-se a fragilidade do sistema que é baseado em uma Política de Humanização .

Sendo assim, a inserção no pré-natal e o fortalecimento das políticas de saúde para o homem, faz parte de ações que envolvem o acolhimento, integralidade nas ações e equidade. O fortalecimento dessas ações, certamente, trará bons resultados em relação aos indicadores epidemiológicos de saúde materna e também da saúde do homem.

REFERÊNCIA

ALBANO, R. B; BASILIO, C. M; NEVES, J. B. **Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde.** Rev. Enfermagem Integrada, Ipatinga-MG, v.3; n.2, p.554-556, 2010.

____BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de atenção à saúde **Política Nacional de atenção integral à saúde do homem.** Brasília (DF), 2008.

____BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS.** Brasília (DF), 2007.

____BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção à saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.**Rio de Janeiro (RJ), 2011.

____BRASIL, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde **Boletim epidemiológico.**Vol, 48 N° 36. 2017.

Burilli, A; Gerhardt, T. E. **Conexões entre homem e saúde: discutindo algumas arranhaduras da masculidade.** Rev. Athenea Digital. 2013 n.2; p. 259-266. 2013

COUTO, M. T. ET AL. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero.** Rev.Interface, Botucatu, v.14, n.33, p. 257-270, 2010.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação a metodológica:** Participação em eventos elaboração de textos científicos. Belo Horizonte, NESCON, UFMG, 2013.

DOMINGUEZ,R.M.S.M; HARTZ, Z.M.A; LEAL, M.C. **Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência ao pré-natal da rede pública do**

município do Rio Janeiro- Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v.12; n. 3; p. 269-280 jul. / set., 2012.

DUARTE G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v.29; n.4; p.171-4, 2007.

FIGUEIREDO, W. S; SCHRAIBER, L. B.; Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. Rev. Ciência e saúde coletiva; São Paulo, Brasil, v.16; n.1; p.935-944, 2011.

MACHIN, R. ET AL. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. Rev. Ciênc. saúde coletiva. v.16, n.11, p. 4503-4512, 2011.

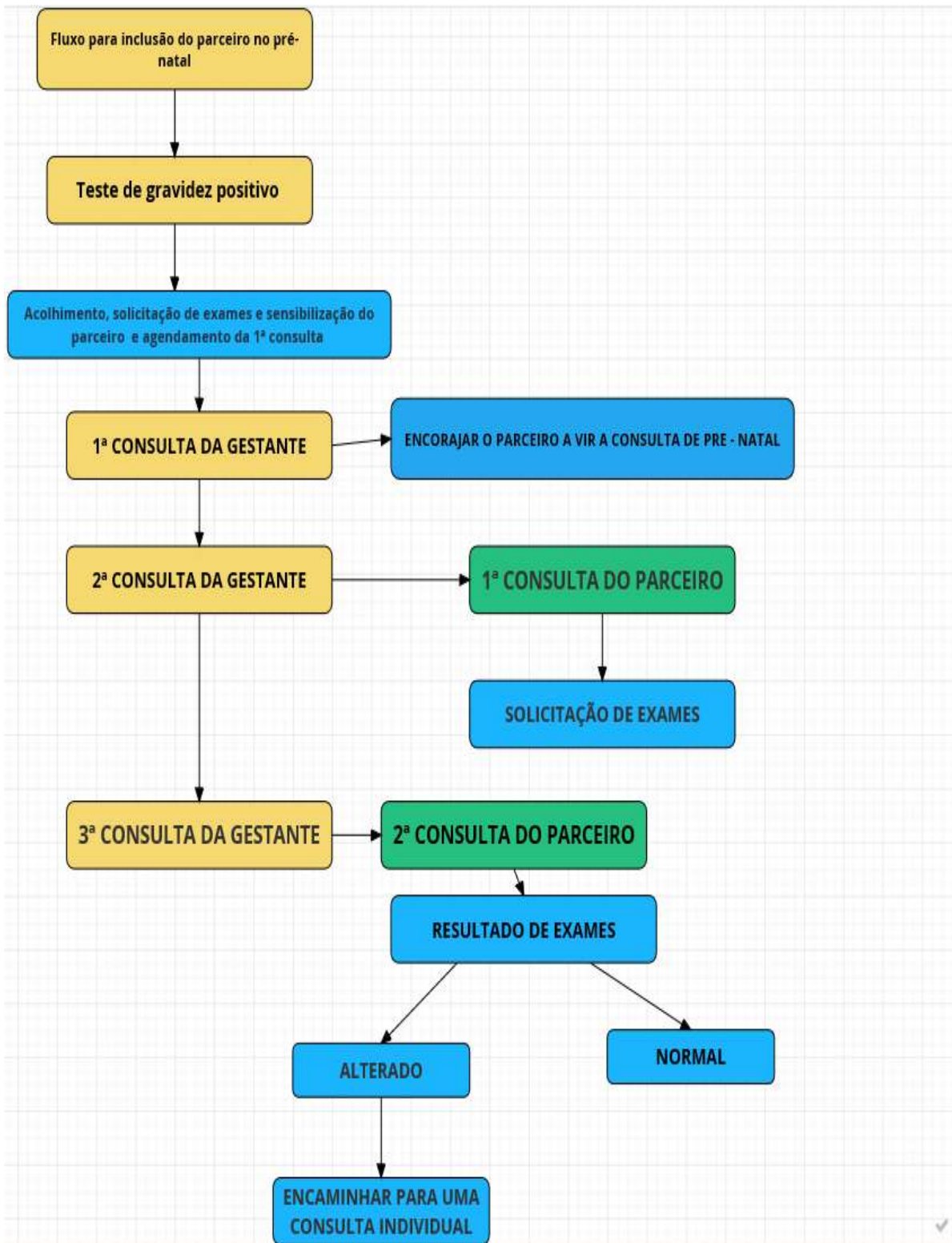
TEGUI, S.D. Pré-natal masculino: uma proposta de implantação. Universidade federal de mato grosso do sul, Minas gerais, 31p, 2011.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005

SANTOS, C.S; GRAMACHO, R.C.C.V. Detecção precoce da sífilis no pré-natal. Salvador BA, rev. Escola bahiana de medicina, v.13; p.1, 2016.

SANTOS, L.F. H; ARAUJO, M.M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. Rev. Científica FacMais, v.6, n.2, 2016/1º Semestre.

APÊNCE 1 – FLUXO DE INCLUSÃO DO PARCEIRO NO PRÉ - NATAL



Fonte: autoria própria / GoConqr

APÊNDICE2- FICHA DE EVOLUÇÃO / PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

FICHA DE EVOLUÇÃO / PRÉ- NATAL DO PARCEIRO				
ENDEREÇO _____				
NOME _____			IDADE _____	
PRONTUÁRIO _____		SEXO _____	OCUPAÇÃO _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Pneumopatia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Neuropatia <input type="checkbox"/> Moléstia Infecto Contagiosa <input type="checkbox"/> Alergia _____ <input type="checkbox"/> Cirurgias anteriores: _____ <input type="checkbox"/> Ingestão de Álcool <input type="checkbox"/> Fumo (quantos /dia): _____ <input type="checkbox"/> medicações em uso : _____				
SINAIS VITAIS:				
SOLICITAÇÃO DE EXAMES/ RESULTADOS				
<input type="checkbox"/> Sífilis teste rápido .Resultado: _____ data: __/__/__				
<input type="checkbox"/> Hepatites teste rápido.Resultado: _____ data: __/__/__				
<input type="checkbox"/> HIV teste rápido Resultado: _____ data: __/__/__				
<input type="checkbox"/> Triglicerídeos: Resultado: _____ data: __/__/__				
<input type="checkbox"/> Colesterol. Resultado: _____ data: __/__/__				
<input type="checkbox"/> Glicemia jejum.Resultado: _____ data: __/__/__				
<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea Resultado : _____				
<input type="checkbox"/> Outros: _____				
EVOLUÇÃO:				

2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta	6ª consulta
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
OBSERVAÇÕES:				

Assinatura + carimbo: _____				