

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA INÁCIO DA CUNHA

**PRESENÇA PATERNA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS DE PRÉ-
NATAL**

MOSSORÓ – RN
2018

PATRÍCIA INÁCIO DA CUNHA

PRESENÇA PATERNA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como exigência parcial para obtenção de grau de bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Esp^a Isabela Goés dos Santos Soares

MOSSORÓ – RN
2018

C972p

Cunha, Patrícia Inácio da.

Presença paterna nos acompanhamentos das consultas de pré-natal/ Patrícia Inácio da Cunha. – Mossoró, 2018.

53f.

Orientador: Prof. Esp. Isabela Goes dos Santos Soares

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Pré-Natal. 2. Presença paterna. 3. Parto - puerpério. I. Título. II. Soares, Isabela Goes dos Santos.

CDU 618.2

PATRÍCIA INÁCIO DA CUNHA

PRESENÇA PATERNA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Monografia apresentada pela aluna Patrícia Inácio da Cunha, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores abaixo relacionados.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof Esp.^a Isabela Goés dos Santos Soares – Orientadora
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN

Prof^a Esp.^a Livia Helena Morais de Freitas Melo – Membro da banca
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN

Prof^a Dr^a Fabíola Chaves Fontoura – Membro da banca
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN

RESUMO

A assistência pré-natal é de extrema importância para a garantia da qualidade da saúde da gestante e do feto. Novas políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde durante os últimos quarenta anos buscam a promoção de atenção integral à saúde da mulher e, mais recentemente, do homem. Este trabalho trata-se do projeto de uma pesquisa de campo exploratória e explicativa de caráter qualitativo, tendo como *locus* duas Unidade Básica de Saúde do município de Alto do Rodrigues/RN, cujo objetivo geral foi: verificar a presença paterna no acompanhamento de sua esposa/companheira nas consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Para a composição do universo de pesquisa foram convidados os homens que acompanharam suas esposas/companheiras gestantes que realizaram o pré-natal nas unidades citadas, e a amostra foi definida por conveniência (saturação de dados). A coleta de dados deu-se através de um roteiro de entrevista semiestruturada, que foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 2.827.134 e CAAE de número: 95587318.5.0000.5179. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Bardin, na qual foram originadas seis categorias que são: “participação da figura paterna durante o pré-natal e sua importância”; “pretensão do pai em acompanhar a conjuge durante o pré-natal”; “sentimento paterno em acompanhar sua esposa/companheira nas consultas”; “acolhimento dos profissionais que realizam o pré-natal com a presença da figura paterna”; “dificuldade dos pais em acompanhar sua esposa/companheira as consultas do pré-natal”; “benefícios gerado durante as consultas de pré-natal”. A pesquisa gerou como resultados mais impactantes o choque de horários entre o trabalho e as consultas de pré-natal, que dificultam ao pai ir às consultas com sua esposa. Pode-se concluir com esse trabalho que alguns pais participaram das consultas de pré-natal junto a sua esposa e, entre os que não participavam de todas as consultas, as dificuldades encontradas eram, principalmente, relacionadas ao trabalho e ao receio do desemprego. Conforme resultados obtidos, poucos foram os pais que participaram de todas as consultas de pré-natal juntamente com sua esposa, o que, de uma forma geral, é preocupante. Foram elaboradas estratégias para que esses impactos não afetem a saúde materno infantil, sugerindo-se que, para solucionar tal problema, poderiam ser realizadas consultas de pré-natal à noite, no horário entre 18h às 21h, pelo menos 1 vez por semana, possibilitando aos pais a oportunidade de compatibilizar o seu horário de trabalho com o do atendimento, provocando, assim, melhoria na prática assistencial em saúde.

Palavras-chave: Pré-natal. Presença paterna. Parto e puerpério. Enfermagem.

ABSTRACT

Prenatal care is extremely important for the quality assurance of pregnant and fetal health. New public policies adopted by the Ministry of Health during the last forty years tried to promote integral attention to the health of women and, more recently, men's one. This study deals with the design of an exploratory and explanatory field research of qualitative character, having as locus two Basic Health Unit of the municipality of Alto do Rodrigues / RN, whose general objective was: to verify the paternal presence in the accompaniment of his wife / companion in the antenatal visits in the Healthcare Center. For the composition of the research universe, the men who accompanied their pregnant wives / partners who performed the prenatal care in the mentioned units were invited, and the sample was defined for convenience (saturation of data). Data collection was done through a semi-structured interview script, which was carried out after the approval of the Research Ethics Committee, under the Opinion of number: 2,827,134 and CAAE number: 95587318.5.0000.5179. The Bardin Content Analysis technique was used for the data analysis, in which six categories were created: "participation of the father figure during prenatal care and its importance"; "Father's claim to accompany the conjugate during the prenatal period"; "Paternal feeling in accompanying his wife / companion in the consultations"; "Reception of professionals who perform prenatal care with the presence of the paternal figure"; "Parents' difficulty in accompanying their wife / companion prenatal consultations", "benefits generated during antenatal visits." The research generated as the most shocking results the clash of schedules between work and prenatal consultations, which make it difficult for the father to go to consultations with his wife. It is possible to conclude from this thesis that some parents participated in prenatal consultations with their spouse, and among those who did not participate in all consultations, the difficulties encountered were mainly related to work and the fear of unemployment. According to the results obtained, few were the parents who participated in all prenatal consultations with his wife, which is, in general, a cause for concern. that these impacts do not affect maternal and child health, suggesting that, in order to solve this problem, prenatal consultations could be held at night from 6 pm to 9 pm at least once a week, allowing parents the opportunity to reconcile their work schedule with that of care, thus provoking an improvement in health care practice.

Keywords: Prenatal. Paternal presence. Childbirth and puerperium. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados relacionados aos aspectos sociais dos participantes	33
--	----

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	9
1.2 HIPÓTESE	10
1.3 OBJETIVOS	10
1.3.1 Objetivo geral	10
1.3.2 Objetivos específicos	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	25
3.1 TIPO DA PESQUISA	25
3.2 LOCAL DA PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
3.3.1 Critérios de seleção da amostra	27
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	28
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	30
3.7.1 Riscos e Benefícios da pesquisa	31
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	47
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

A gestação era tratada, até poucas décadas atrás, como um processo exclusivamente feminino, cujos estudos concentravam-se apenas no binômio mãe-filho. Porém, recentes estudos que tiveram início a partir dos anos iniciais da década de 1970 começaram a incluir a figura paterna “integralmente em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto e no cuidado e na educação das crianças” (HERRMANN; SILVA; CHAKORA, 2016, p. 8).

Conforme nos esclarecem Benazzi, Lima e Souza (2013, p. 129), a partir de meados da década de 1970 teve início a gradativa implantação de novos protocolos e políticas públicas de saúde voltadas para a população masculina, buscando ampliar a percepção da importância de garantir sua presença nos serviços de saúde básica, tanto para prevenir problemas em sua saúde quanto para integrá-lo ao ciclo vital da família.

A integração do pai/companheiro nesse ciclo verifica-se através da preocupação e melhor entendimento das questões de saúde da esposa/companheira, dos filhos e até dos momentos de gravidez, entendendo o processo de nascimento como uma etapa de transição que deve ser vivida não só pela mulher, mas também pelo homem e o restante da família (BRASIL, 2009, p. 6-7).

Assim, vê-se que a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2009 pelo Ministério da Saúde, marcou a quebra de um paradigma, colocando o homem definitivamente no caminho do sistema de saúde e no interior das unidades de atendimento em todo o país, através do reconhecimento do governo de que “[...] para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto” (BRASIL, 2009, p. 8).

Entretanto, para que ocorra a melhoria de qualidade necessária nos atendimentos às consultas de pré-natal a fim de posicionar sua eficácia aos níveis encontrados nos países de primeiro mundo, é necessário qualificar os profissionais de saúde para que possam atuar preventiva e corretivamente de forma mais eficaz e equipar as unidades de saúde com os recursos materiais apropriados para o atendimento em diversas especialidades sem que seja necessário transferir ou

encaminhar a paciente para outras unidades (HERRMANN; SILVA; CHAKORA, 2016).

Ainda de acordo com os autores (*ibidem*), essas ações garantirão à mulher mais do que a expectativa de que ela terá um bom parto, mas também a sensação de bem-estar e segurança durante todo o período gestacional,

Entendem o Ministério da Saúde e a maioria dos estudiosos desse tema que o homem deve ocupar um espaço ao lado da esposa/companheira durante todo o processo gestacional e além desse período, pois sua participação pode trazer maior sensação de segurança e agir positivamente no ânimo feminino, alterando de forma positiva, através do estreitamento dos laços afetivos e da percepção do vínculo entre pai e filho, o seu nível de estabilidade psicológica tão importante nesse momento (FERREIRA, *et al.*, 2014).

Entretanto, entende-se que os homens enfrentarão algumas dificuldades para se inserirem completamente no sistema de saúde pública, pois, como afirmam Henz, Medeiros e Salvadori (2017, p. 53), “os serviços de saúde são desenvolvidos para o acolhimento da mulher gestante, o que torna mais difícil o atendimento ao pai.”

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e diversas entidades e movimentos sociais propõem a discussão da assistência pré-natal como um possível espaço para que esses sujeitos não só apoiem as suas companheiras na gravidez e no parto, mas também cuidem de sua saúde e vivenciem a espera de um filho. Na promoção dessa assistência, as temáticas da “saúde sexual” e da “paternidade” podem ser úteis para que sejam desenvolvidas ações de saúde com homens de diferentes perfis (BRASIL, 2005, p. 34).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A questão que norteou a pesquisa foi: Como se dá a presença paterna no acompanhamento das consultas de pré-natal?

Essa temática foi escolhida por se entender, após experiências vivenciadas durante os estágios realizados durante o curso, que o homem deve participar mais ativamente dos momentos que envolvem todo o processo gestacional, desde o pré-natal, parto e pós-parto, embora se tenha a percepção de que este assunto não está sendo devidamente discutido dentro dos espaços públicos de atenção à saúde. Em

vista disso, foi proposto analisar a importância da participação paterna mais ativa no pré-natal e após o parto, tanto para a gestante quanto para o neonatal.

Entende-se que a resolução desta problemática trouxe subsídios à pesquisadora e à equipe de saúde, que juntas elaboraram estratégias que atraíram maior número de pais às consultas de pré-natal de suas esposas ou companheiras, além de promover a adequação de espaços e horários de acordo com as perspectivas masculinas.

Para a sociedade acadêmica, acredita-se que o resultado dessa pesquisa colaborou na melhoria das práticas do pré-natal atreladas à presença do pai inserido no contexto ambulatorial durante as consultas de sua esposa/companheira, na qual provocou uma discussão em torno da busca de soluções para corrigir os fatores que dificultam a participação do pai neste processo.

Nesse viés, entende-se ainda que essa pesquisa, que confirmou a hipótese aventada, teve como relevância histórica uma quebra de paradigma no que se refere à presença paterna no acompanhamento pré-natal e na atenção à saúde, tanto da companheira e do filho quanto da sua própria, causadas pela implantação de programas de incentivo ao comparecimento do pai nas consultas da assistência pré-natal que foram adotadas pela UBS.

1.2 HIPÓTESE

Presume-se que a presença do pai nas consultas de pré-natal em companhia de sua esposa/companheira tenha sido de fundamental importância para o aprendizado e conhecimento entre os parceiros, para que assim ele ajudasse-a durante toda a etapa da gestação proporcionando maior segurança e aproximação afetiva do trio pai-mãe-filho.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Verificar a presença paterna no acompanhamento das consultas de pré-natal de sua esposa/companheira em duas Unidade Básica de Saúde.

1.3.2 Objetivos específicos

- Avaliar se a figura paterna participa das consultas de pré-natal junto a gestante durante seu período clínico gravídico;
- Verificar quais os motivos que levam o homem a acompanhar sua esposa/companheira nas consultas de pré-natal;
- Conhecer como se dá o acolhimento do homem no contexto ambulatorial durante as consultas de pré-natal;
- Identificar os fatores que limitam ou potencializam a participação do pai no período pré-natal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O DESENVOLVIMENTO GESTACIONAL

Para falar-se de políticas públicas que se voltam para a saúde da mulher gestante nos moldes que hoje se encontram na rede pública, é necessário retroceder historicamente até os meados da década de 1970, quando os diversos movimentos de mulheres espalhados pelo país exigiam melhorias no atendimento à saúde da mulher através do sistema de saúde existente na época, considerado incipiente em razão das várias mudanças sociais que se instalavam na sociedade brasileira e as novas preocupações com as doenças que afetavam, principalmente, o público feminino (BRASIL, 2004, p. 5).

Assim, como resultado das diversas reivindicações do movimento das mulheres e das discussões geradas por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional, surgiu, em 1983, tendo sido divulgado oficialmente em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com os princípios que norteavam a política de saúde das mulheres, forçando a adoção de novos critérios para a adoção de prioridades nesse campo, anunciando-se como “uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo” (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009, p. 1).

Até então, a atenção à saúde da mulher no Brasil traduzia-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas, cujo enfoque central “estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social” (LIMA, *et al.*, 2014, p. 1).

A instituição desse programa é entendida como a primeira proposta feita pelo Estado brasileiro no sentido de efetivar um programa que incluiu o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução. O novo conceito de assistência integral à saúde, assim como passou a ser preconizado pelo programa, envolvia

[...] a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato

que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984, p. 15).

As diretrizes programáticas propostas no documento que criava o programa previam a capacitação do sistema de saúde com vistas à promoção do atendimento às necessidades da população feminina, com ênfase no combate às patologias mais abrangentes nessa população, assim como estabeleciam, também, a necessidade de adoção de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde nas redes de atendimento para se adequar ao conceito de integralidade do atendimento, que pressupunha uma prática educativa que contemplasse todas as atividades previstas para serem desenvolvidas (BRASIL, 2004, p. 16).

O texto trazia referências dedicadas ao planejamento familiar, e uma dessas referências tratava das atividades voltadas à regulação da fecundidade, que passaram a situar-se como atividade complementares no elenco de ações de saúde materno-infantil, esclarecendo que as motivações do MS para agir nessa área baseavam-se “[...] nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população – e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico” (BRASIL, 1984, p. 16).

Apregoava, ainda, que as atividades de planejamento familiar não dispunham de qualquer caráter coercitivo para as famílias que as adotassem, salientando a necessidade de não se vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país “[...] e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde” (BRASIL, 1984, p. 16).

Assim, o Estado trazia para si a responsabilidade de proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias, garantindo atenção integral à saúde da mulher, tanto clínico-ginecológica quanto educativa. Essa atenção especial voltava-se, principalmente, ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção” (FDIM, 2015, p. 40).

O principal avanço em direção à criação do Sistema Único de Saúde atual deu-se através da Assembleia Nacional Constituinte de 1988 que inseriu na Carta Magna, em seu art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012, p. 116).

A partir de então, deu-se a criação de várias leis a nível de governo federal que regulamentaram esse preceito constitucional e moldaram o atendimento à saúde como o vemos hoje. A primeira regulamentação dos serviços de saúde preconizados na Constituição deu-se através da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o cumprimento do artigo da Constituição que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado requer ações que “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (SÃO PAULO (ESTADO), 2014, p. 8).

Assim, a Lei 8.080/90, em seu art. 1º, “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (SÃO PAULO (ESTADO), 2014, p. 8). O art. 4º dessa mesma lei define o Sistema Único de Saúde – SUS, criado como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (SÃO PAULO (ESTADO), 2014, p. 8).

O Sistema Único de Saúde, regulamentado através dessa lei, surge como um sistema regionalizado e hierarquizado, que tem uma direção única, exercida pelas três esferas de poder (federal, estadual e municipal), que precisam se coordenar para o cumprimento de funções específicas e articuladas entre si (BRASIL, 2006, p. 30-31).

Na cartilha *Entendendo o SUS*, criada pelo Ministério da Saúde, vemos que esse sistema de saúde é reconhecido mundialmente como um dos maiores sistemas públicos de saúde, abrangendo “[...] desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país” (BRASIL, 2006, p. 2).

O Ministério da Saúde lançou, em 28 de maio de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes embasavam-se em estudos científicos que relatavam as principais causas de morte na população feminina, que são: as doenças cardiovasculares; as neoplasias, principalmente o

câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2004, p. 25-26).

De acordo com Paz e Salvaro (2011, p. 124), é possível observar que o documento da PNAISM manteve as questões relativas à assistência integral à saúde da mulher presentes no PAISM e incluiu outras demandas, conforme lacunas e necessidades identificadas durante a vigência daquele programa. Essa nova política, inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), priorizava as seguintes problemáticas:

[...] mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/Aids, violência doméstica e sexual, a saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônicas degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e saúde da mulher em situação de prisão (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009, p. 30).

De acordo com o programa, as práticas de saúde deveriam nortear-se pelo princípio da humanização, que deve ser entendido com um conjunto de atitudes e comportamentos adotados pela equipe de saúde visando reforçar o caráter da atenção à saúde como direito inalienável do cidadão.

O princípio da humanização busca, entre outros objetivos: a melhoria do grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; a promoção do acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; e que os profissionais demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares (BRASIL, 2004, p. 64-65).

Vê-se, assim, que a PNAISM se fundamentou nos princípios de integralidade, universalidade e equidade¹ que doutrinaram a criação do SUS, na inclusão da discussão de gênero, reservando maior enfoque ao campo relativo aos

¹ De acordo com a Lei nº 8.080/90, define-se universalidade e igualdade como: “I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...] IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.” (BRASIL, 2003, p. 42)

direitos sexuais e de reprodução, no enfrentamento ao fenômeno da violência doméstica e sexual praticada contra a mulher, além da prevenção e do tratamento de mulheres diagnosticadas com o vírus HIV ou portadoras de outras doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004, p. 5).

O documento apresentava, também, os sujeitos que essa política iria contemplar, apresentando explicitamente as mulheres representantes dos grupos que foram historicamente excluídos das políticas públicas: mulheres negras, indígenas (residentes em áreas urbanas e rurais), residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2011, p. 63).

Percebe-se, ao estudar-se os princípios que fundamentam o PNAISM, que, no tocante à saúde da mulher, essa nova política procurou contemplar, em sentido mais amplo, ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, dentre outros (BRASIL, 2004).

No âmbito da atenção básica, onde os atendimentos são realizados em postos e centros de saúde, Unidades de Saúde da Família, entre outros, serão efetivadas medidas que visam a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e diagnóstico de patologias, bem como a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011, p. 63).

Entretanto, conforme cita o PNAISM, não é suficiente que exista a oferta dos exames preventivos através da rede básica de saúde. Essa oferta será incipiente e não surtirá os resultados esperados sem que antes se busque produzir a conscientização do público feminino a fim de “mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar” (BRASIL, 2004, p. 48).

No mesmo contexto, o documento ressalta, ainda, que “no Brasil observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolau está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade” (*ibidem*).

2.2 O PRÉ-NATAL COMO INSTRUMENTO INDICADOR DE QUALIDADE EM SAÚDE

É indiscutível que os avanços constatados atualmente, tanto na área da medicina quanto nas políticas públicas, vêm contribuindo de forma muito significativa na redução dos índices de mortalidade tanto materna como perinatal. Como foi possível observar no tópico anterior, as políticas públicas do governo federal incrementaram os cuidados com a saúde da mulher, fundamentando a saúde do binômio mãe/feto no planejamento familiar, na assistência pré-natal, no parto e no puerpério (PEIXOTO, 2014, p. 13).

Desde o ano 2000 o Ministério da Saúde vem tomando a iniciativa de implantar novas metodologias de atendimento na assistência pré-natal com o objetivo de humanizar o atendimento à mulher na rede pública de saúde, principalmente da gestante. Como exemplo, cita-se a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento – PHPN, através da Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, “com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério” (MARTINELLI, *et al.*, 2014, p. 57).

O PHPN tem como objetivo principal assegurar às gestantes e também ao recém-nascido um acompanhamento pré-natal de qualidade, melhorando o acesso e a cobertura a esse público; tem ainda como prioridade a redução das taxas de morbimortalidade materna, bem como a mortalidade perinatal e neonatal, além da ampliação das ações destinadas às gestantes como, por exemplo, investir na qualidade do pré-natal de alto risco, garantindo à gestante o acompanhamento pré-natal, a escolha da maternidade onde deverá ser realizado o parto, atendimento humanizado durante o parto e puerpério e a assistência neonatal ao recém-nascido (MARTINELLI, *et al.*, 2014)

Entretanto, a mortalidade materna ainda é um fator preocupante, sendo este um indicador de saúde do país, levando as autoridades a buscarem continuamente formas de atrair, principalmente as mulheres, para os serviços públicos de saúde a fim de participarem das ações em prol da diminuição dos riscos em casos de gestação (DIAS, 2014, p. 14).

Desde a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em

1994, o governo federal regulamentou o atendimento à mulher e garantiu o total acesso aos recursos que podem garantir o acompanhamento gestacional com ênfase na prevenção de doenças que coloquem em risco tanto a mãe quanto o feto, através da assistência pré-natal, que já era preocupação do governo federal desde o início do século XX (DIAS, 2014, p. 14).

Diante do acima exposto, pode-se entender a assistência pré-natal como “um conjunto de medidas de natureza médica, social, psicológica e de cuidados gerais que visa propiciar à mulher gestante o desenvolvimento saudável da gravidez” (PEIXOTO, 2014, p. 13). A realização do acompanhamento do período gestacional representa papel de fundamental importância no tocante à detecção e/ou prevenção precoce de patologias que possam colocar em risco a saúde da gestante ou do feto.

O principal objetivo da assistência pré-natal é garantir à gestante a sensação de bem-estar físico e psíquico durante o período de gestação para que, ao fim desse período, a mãe esteja gozando de plena saúde para gerar um filho também saudável, pois, para a mulher, o período de gestação representa uma fase de “sobrecarga física e emocional, correspondente a um trabalho braçal de intensidade média.” (PEIXOTO, 2014, p. 13).

Dessa forma, seria mais conveniente que a mulher procurasse a orientação da assistência pré-natal antes mesmo da concepção, planejando, junto com a equipe da Unidade Básica de Saúde, o momento mais apropriado para esse importante passo em sua vida, realizando, também, exames de saúde com potencial para diagnosticar sintomas de doenças que a mesma possa apresentar e que, no período de gravidez, possam representar riscos ao feto (BRASIL, 2005, p. 132).

O Ministério da Saúde desenvolveu o *Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério*, que traz importantes informações e recomendações tanto para as equipes médicas e de enfermagem quanto para o público em geral, principalmente as mulheres. De acordo com este documento, é recomendável que a mulher inicie o acompanhamento de sua gestação ainda no primeiro trimestre de sua gravidez e que venha a realizar um mínimo de seis consultas, sendo pelo menos duas realizadas por médicos, podendo ser realizadas nas unidades de saúde ou, em situações especiais, durante visitas domiciliares (SÃO PAULO (ESTADO), 2010, p. 42).

Ainda de acordo com o documento acima citado, a equipe de enfermagem e

ou médico que realiza o acompanhamento da gestante deve proceder a realização de vários procedimentos que visam acompanhar, periodicamente, toda a evolução física e clínica da mulher e do feto. Entre esses procedimentos, citam-se: o exame físico, com o acompanhamento do peso e estado nutricional da gestante, sua estatura, sinais vitais como pulso, temperatura, pressão arterial, entre outros); exame ginecológico, que inclui o exame de mamas, altura uterina, etc.); exames laboratoriais de rotina (sangue, VDRL, urina e hemoglobina) (UFMA, 2014, p. 18).

Esses exames servirão de parâmetro para a equipe da UBS marcar o retorno da gestante à unidade. Em caso de verificação de possível risco reprodutivo, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento em equipamento público mais adequado quando não houver a possibilidade de sua realização na própria unidade.

Mas a simples verificação da existência de algum fator de risco não deve ser considerada como indicador da necessidade de transferência de cuidados, pois muitas vezes o fator de risco não se manifesta com as complicações possíveis. Entretanto, existem situações que podem representar risco e, em sua ocorrência, a equipe de enfermagem deve encaminhar a gestante à consulta com especialista e proceder ao pré-natal de alto risco (SÃO PAULO (ESTADO), 2010, p. 42-44).

Dessa forma, considera-se que o número citado de seis consultas durante o período gestacional seja satisfatório, mas é a real situação de saúde da gestante que vai determinar a necessidade de mais consultas e em que tipos de equipamentos públicos de saúde serão realizadas, além de determinar a necessidade de inserção de outros profissionais no acompanhamento.

Vê-se, assim, que o Ministério da Saúde, através de várias medidas e implantação de diferentes programas, busca a promoção de uma assistência total para a mulher gestante e para a criança, procurando garantir que todas as intervenções necessárias sejam realizadas, a fim de realizar um parto normal como parte do processo de acompanhamento pré-natal. Podemos citar a criação da Lei Federal nº 11.108/05, que garante à mulher o direito de escolher um acompanhante durante todo o período que envolve o início do trabalho de parto, o parto em si e o pós parto imediato (BRASIL, 2014, p. 2).

Outra ação positiva do Ministério da Saúde, dentro do Sistema Único de Saúde, foi a criação da Rede Cegonha, lançada em 2011, que consiste em um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O programa busca oferecer assistência desde o

planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017, p. 54).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2013, p. 1).

Essa rede de cuidados oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV, para a ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto, UCI e UTI neonatal e leitos de gestação de alto risco, assim como para a adequação da ambiência das maternidades e a construção e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas, conforme critérios definidos pelas portarias e pactuações das Comissões de Inter gestores Regionais e do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (BRASIL, 2013, p. 2).

2.3 EXCLUSÃO DOS PAIS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

A atenção básica à saúde é entendida como o centro da rede de atenção em saúde, pois a partir desta ocorre o primeiro contato dos usuários com os serviços, além de ser a unidade que promove a resolutividade da maior parte dos problemas de saúde populacional, causado por potencialidades preveníveis. Dessa forma, são destinados recursos para fortalecer o atendimento dos cidadãos em Unidades Básicas de Saúde visando a prevenção e o diagnóstico precoce das doenças mais comuns entre a população, estando esse serviço disponível para ambos os gêneros e sem distinção de idade (DIAS, 2014, p. 25).

Entretanto, estudos feitos em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, demonstram haver uma desigualdade muito grande desfavorável ao gênero masculino em relação às taxas de morbimortalidade. Historicamente, embora o homem seja considerado fisicamente mais forte que a mulher, o mesmo é vitimado com maior frequência por doenças que levam ao óbito sem que haja a prevenção ou mesmo o diagnóstico que ofereça melhores condições e tempo hábil para tratamento (DANTAS, 2015, p. 2).

Durante milênios, na maioria das civilizações ao redor do planeta, prevaleceu a cultura das diferenças de gênero e da divisão de tarefas entre os

sexos, ocasionando uma distinção marcante entre os papéis assumidos por pais e mães: ele atuava como provedor das necessidades materiais da família, e ela protagonizava o papel de cuidadora primária. Em alguns casos, quando os homens demonstravam laços de afetividade e sentimentos com o filho, “o questionamento sob sua masculinidade era posto em questão. Esses estigmas seculares fizeram com que a relação paterna estivesse distante, sendo raras as relações de afeto” (BENZAZZI; LIMA; SOUSA, 2013, p. 129).

Da mesma forma, o cuidar de si, de acordo com vários autores, não é visto como uma prática masculina, associando, assim, esse fato à própria socialização dos homens. Surge, então, a necessidade de se refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem, e buscar entender por completo o conjunto de fatores que prejudicam a prática médica preventiva das doenças que acometem o gênero.

De acordo com Albano, Basílio e Neves (2010, p. 555), outros fatores como horários de atendimento das UBS, medo de descobrirem outras doenças e a questão de muitas vezes o atendimento ser feito por pessoas do sexo feminino, criam uma barreira a mais na questão do cuidado por parte do público masculino.

Dantas (2015) afirma que, socialmente, o homem é visto como invulnerável, forte e viril. Essas características são “maculadas” pela procura dos serviços primários de saúde, pois essa ação demonstraria sinais de fraqueza, medo e insegurança. Assim, ao se negarem a participar dos programas de atenção primária à saúde, os homens geram fatores favoráveis ao desenvolvimento de patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando diagnosticadas precocemente que, porém, com o diagnóstico tardio, têm prognósticos insatisfatórios (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Assim, ao realizar-se uma revisão da literatura nacional referente à saúde do homem, pode-se verificar que os homens são mais vitimados que as mulheres pelas principais causas de óbito, e ainda que “determinados modelos de masculinidade podem trazer comprometimentos para a saúde dos homens [...]” (DANTAS, 2015, p. 4).

Percebe-se, então, que a vaidade masculina e a cultura social em relação ao gênero masculino não são os únicos fatores que afetam a demanda em busca dos programas de saúde do homem. De acordo com Albano, Basílio e Neves (2010) os serviços de saúde do país não conseguem absorver a demanda gerada pelos

homens, sendo essa deficiência proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, também, não serem realizadas campanhas de saúde pública que se voltem para este segmento da população (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010, p. 556).

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos a nível internacional que contemplem as diversas formas de variações entre as populações (culturais, socioeconômicas, étnicas e de escolaridade) que venham a embasar as mudanças que precisam ser feitas nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino (DANTAS, 2015, p. 3).

Em relação, especificamente, ao acompanhamento do parceiro nas consultas de pré-natal da esposa/companheira, a situação era ainda pior, pois até o início da década de 1980 ainda não existiam campanhas por parte da saúde pública, ou eram incipientes e não conseguiam bom termo em torno de provocar essa mudança de paradigma do comportamento social em relação à parceria do homem no período gestacional. A fim de mudar esta realidade, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem objetivando promover ações de saúde voltadas para a população masculina adulta, que compreende 20% da população total do Brasil (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010, p. 556).

2.4 A INCLUSÃO DA FIGURA PATERNA NO PRÉ-NATAL

O quadro que se refere à exclusão do homem nos serviços públicos de saúde começou a sofrer grandes alterações através do lançamento dos programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que previam a participação do homem como acompanhante durante o período gestacional como parte dos procedimentos para garantir a humanização da assistência pré-natal dispensada à gestante (MPPE, 2015, p. 10). Assim, foram lançados programas que visavam atrair a população masculina para o sistema básico de saúde.

Em relação ao pré-natal, a participação masculina durante esse período, e mesmo no parto, é um fenômeno que começou a se verificar apenas a partir dos anos 1980, seguindo uma tendência de humanização do parto nascida na Europa e que se espalhou pelo mundo, sendo que esse comportamento foi adotado, particularmente, entre os casais das camadas sociais mais elevadas, ficando um

pouco distante da camada mais popular da sociedade (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde, destaca a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos. De acordo com o Relatório de Gestão 2015 da Secretaria de Atenção à Saúde, essa Política tem como principal objetivo

[...] facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob 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, 2016, p. 183).

A partir da implementação da PNAISH alguns papéis dentro da política de saúde foram redefinidos, e o enfermeiro, como profissional que atua na educação para a saúde, passou a desenvolver um papel importante nesse contexto através de ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina a se cuidar, assim como é desenvolvido com crianças, mulheres e idosos através de programas e outras atividades.

Essas ações têm grande potencial para auxiliar no cumprimento da principal meta dessa Política, ou seja, 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 (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p. 420).

Essa Política aposta, ainda, na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidados dispensados à gestação 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.

Nesse sentido, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem, responsável pela condução da PNAISH, vem desenvolvendo ações voltadas à valorização da paternidade consciente através da sensibilização de homens e mulheres, famílias e

comunidades, gestores/as e trabalhadores/as da saúde sobre o tema (BRASIL, 2013).

Essas ações, delineadas em forma de campanhas, distribuição de materiais educativos pela rede pública de saúde, seminários e capacitações dos profissionais da saúde, visam, também, provocar a organização dos serviços públicos a fim de receber esse público, procurando ressaltar a importância de:

- Disseminar imagens e mensagens positivas sobre pais e paternidade, reconhecendo a importância do papel dos pais para a socialização e a educação das crianças, [...]; Sensibilizar e qualificar os trabalhadores da saúde para acolher e envolver os pais/parceiros desde o teste de gravidez, [...]; Valorizar a participação do pai/parceiro em ações simples durante todo o trabalho de parto, como o suporte à sua parceira, realizando o clameamento (corte) do cordão umbilical e o primeiro banho, por exemplo. [...] (HERRMANN; SILVA; CHAKORA, 2016, p. 14).

O conjunto desses fatores, de acordo com o Ministério da Saúde, produziria maior qualidade à atenção pré-natal e puerperal, humanizando o atendimento à gestante, que é fundamental para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2009).

Entretanto, para o surgimento da atenção humanizada e qualificada nos moldes desejados pelas políticas de saúde atuais, é necessário que se construa um novo olhar sobre o processo saúde/doença, compreendendo a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; que se estabeleçam novas bases de relacionamento para os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde (trabalhadores/as de saúde, usuários/as e gestores/as); e que se construa uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estejam incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a devida valorização dos aspectos subjetivos envolvidos. (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a figura paterna vai, cada vez mais, ocupando espaço de destaque nos momentos que envolvem a gestação, garantindo maior nível de afetividade entre os cônjuges, e também destes com o neonatal.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DA PESQUISA

Após verificar a importância do acompanhamento paterno nas consultas de assistência pré-natal realizadas pela esposa/companheira nas unidades do Sistema Único de Saúde, foi proposta a realização de uma pesquisa de campo exploratória e explicativa, de natureza qualitativa.

A pesquisa de campo, na concepção de Prodanov e Freitas (2013, p. 59), “consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrerão espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que presumimos relevantes, para analisá-los”, e deve ser utilizada “com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual procuramos uma resposta, ou de uma hipótese, que queiramos comprovar [...]” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 59).

A principal finalidade de uma pesquisa exploratória é “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2008, p. 27). Ainda segundo esse autor, pode-se entender uma pesquisa explicativa como sendo aquela cuja preocupação central é “[...] identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2008, p. 28).

Por se tratar de uma pesquisa que busca interpretar os fenômenos estudados e atribuir-lhe significados, definiu-se como forma de abordagem a qualitativa, pois esta “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Tereza Lopes de Menezes Centro de Saúde da Família, situada no centro e na Unidade Básica de Saúde Niete Lima Barbosa Centro de Saúde da Família, que fica situada no bairro Santa Rosa, todas localizadas na cidade de Alto do Rodrigues, no Estado do Rio

Grande do Norte. A cidade possui em média 14 mil habitantes, possuindo o Código de Endereçamento Postal de nº 59507-000.

Em relação ao atendimento pré-natal, estas unidades atendem gestantes caracterizadas como de baixo risco obstétrico, que se posicionam socialmente nas faixas de médio risco social, provenientes de várias regiões da cidade.

Atualmente cada unidade básica de saúde acima citada é formada por uma equipe de 18 profissionais, sendo: 5 agentes de saúde, 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta, 1 médico, 2 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 1 secretária, 1 vigia, 1 ASG, 1 motorista e 1 cozinheira.

Seus horários de funcionamento são das 07:00h às 12:00h, com a interrupção para o almoço e retomada de atendimento a partir das 14:00h até as 17:00h. O atendimento dos serviços destinados às gestantes é realizado durante o ano todo e nos dois períodos, embora o pré-natal seja realizado apenas no período da manhã, obedecendo a ordem de chegada da paciente na unidade ou de acordo com anamnese realizada pela enfermagem, quando necessária.

Além das consultas as unidades selecionadas realizam também ações educativas para grupos de gestantes, que contam com o incentivo da participação de acompanhantes. Essas ações são, normalmente, realizadas por estagiárias(os) das instituições de ensino superior das áreas de Medicina, Enfermagem e Serviço Social.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram convidados a participar das entrevistas cinco parceiros de gestantes que realizaram pré-natal nos locais de pesquisa supracitados.

Entende-se população da pesquisa como sendo “um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características” (GIL, 2008, p. 89). A partir da definição do universos dos participantes dessa pesquisa, a pesquisadora definirá a amostra para o estudo.

Lakatos e Marconi (2003) definem a amostra como sendo “uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”, ou seja, apenas uma parte representativa da população, aquela que será realmente estudada.

A amostra foi definida por cinco pais, de acordo com os critérios estabelecidos pela pesquisadora abaixo.

3.3.1 Critérios de seleção da amostra

Foram definidos como critérios de inclusão da pesquisa: a mulher ter realizado o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do município; seu parceiro ter participado de pelo menos uma consulta de pré-natal; o casal aceitar participar da entrevista, deixando expressa sua vontade através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consta desse documento como Apêndice A.

Dessa forma, foram excluídos da amostra da pesquisa os casais em que pelo menos um dos cônjuges/companheiros tenha desistido, em qualquer momento, de participar da pesquisa ou que não tenha assinado o TCLE, como também os casais em que a gestante não tenha participado de forma regular do acompanhamento pré-natal.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados deu-se por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, em que os dados foram coletados através de entrevistas envolvendo o parceiro da gestante que realizou o pré-natal em conjunto. Nesse tipo de entrevista não existe a necessidade de seguir rigidamente o roteiro elaborado, pois “[...]o investigador pode explorar mais amplamente algumas questões, tem mais liberdade para desenvolver a entrevista em qualquer direção” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 106).

Por tratar-se de uma pesquisa focalizada, enfocando um tema bem específico, as perguntas, em sua maioria, foram abertas, facultando à pesquisadora permitir ao entrevistado falar sobre o assunto de forma livre, embora tenha se esforçado para, nos casos em que estes se desviaram do tema original, redirecionar a entrevista retomando o tema.

Nesse sentido, verificou-se que a pesquisa não estruturada é bastante utilizada em situações experimentais, “com o objetivo de explorar a fundo alguma experiência vivida em condições precisas” (GIL, 2008, p. 112).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE de João Pessoa/PB, sobre o parecer de número: 2.827.134 e CAAE de número: 95587318.5.0000.5179.

A definição da amostra que participou da pesquisa foi feita após a consulta dos prontuários das mulheres gestantes atendidas nas unidades, que foram disponibilizados pelas equipes de enfermagem, que também contribuíram na aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão para a composição da amostra. A captação dos casais deu-se durante o atendimento das consultas agendadas do pré-natal, após observar nos prontuários das gestantes quais se enquadravam nos critérios de inclusão. O instrumento de pesquisa foi aplicado após a realização da consulta.

Cada participante que aceitou participar do estudo recebeu duas vias do TCLE, sendo que uma ficou em sua posse e outra retornou para a pesquisadora devidamente assinado e datado. Após a concordância destes e a assinatura dos referidos TCLE, o parceiro da gestante que realizou o pré-natal foi encaminhado para uma sala previamente preparada, onde foi garantida a sua privacidade e o andamento da pesquisa sem interrupções, para que os participantes se sentissem à vontade durante o processo.

As entrevistas realizadas foram gravadas, o que permitiu a obtenção da totalidade dos dados. Para este fim, foram utilizados dois smartphones com armazenamento em cartão SD, para garantir que não haveria falhas nas gravações. Os arquivos de áudio gerados foram, posteriormente, cuidadosamente transcritos pela pesquisadora, compondo, assim, o material necessário para a análise dos dados.

Por tratar-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, não houve cálculo estatístico previamente. Dessa forma, a coleta de dados se finalizou com cinco pais.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo que, de acordo com Bardin (2006, p. 38), trata-se de:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Assim, foram analisadas as informações que foram gravadas durante as entrevistas realizadas e, durante essa análise, buscou-se classifica-las em temas e categorias que auxiliaram a pesquisadora na compreensão do que estava por trás dos discursos dos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2001, p. 74).

A opção por esta técnica para a análise das informações que foram obtidas na pesquisa deu-se em razão da utilização da análise de conteúdo ser uma técnica bem conceituada no Brasil, sendo defendida por diversos autores, principalmente nas pesquisas que se caracterizam por abordagem predominantemente qualitativa.

Para Bardin (2006), a análise de conteúdo da temática deve ter uma organização como seu ponto de partida. As diferentes fases dessa análise de conteúdo dão-se, cronologicamente, em três fases distintas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; e, por fim, 3. Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Na primeira fase ocorreu a organização do material que foi analisado, quando se definiu, de acordo com os objetivos traçados e as questões de estudo, principalmente, qual a unidade de registro (palavra, frase, assunto), unidade de contexto, os trechos significativos da entrevista e sua divisão em categorias. De acordo com a autora, para executar essa fase “faz-se necessário que façamos uma leitura do material no sentido de tomarmos contato com sua estrutura, descobrirmos orientações para a análise e registrarmos impressões sobre a mensagem” (MINAYO, 2001, p. 79).

Na segunda fase aplicou-se o que foi definido na fase anterior, sendo esta a fase mais longa, na qual foi necessário, constantemente, a releitura de um mesmo material. Por fim, a terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, e se destina ao tratamento dos resultados. É nesta fase que ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, sendo este o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Faculdade Nova Esperança – FACENE de Mossoró/RN, respaldado pela Resolução nº 466/12 e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Apenas após ser cumprida esta etapa a pesquisa foi executada seguindo o projeto proposto.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa, conforme consta no Capítulo IV da Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012, p. 5).

Portanto, é dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (art. 90 da Resolução do COFEN nº 370/2017) (COFEN, 2007, p. 6), bem como é terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (art. 98 da Resolução do COFEN nº 370/2017) (COFEN, 2007, p. 6).

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, onde o pesquisador se obriga a preservar a integridade física, moral e social dos sujeitos, este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da FACENE/FAMENE, respaldado por esta resolução, seguindo os trâmites legais previstos, orientações e normas, na qual foi executada conforme o planejamento.

A fim de garantir todos os critérios éticos que nortearam a pesquisa, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém informações referentes aos objetivos da pesquisa e a explanação dos possíveis riscos e benefícios aos quais os participantes foram expostos, sendo este documento fornecido individualmente aos participantes da pesquisa que, após assina-los, concordarão em participar de forma livre e voluntária. Entretanto, qualquer participante pôde desistir da pesquisa sem que tivesse qualquer prejuízo, por qualquer motivo alegado e no momento que desejar.

Também foi encaminhada uma solicitação de anuência e autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Alto do Rodrigues-RN para a realização da pesquisa, que só ocorreu após a permissão do parceiro da gestante que realizou o

pré-natal entrevistado. Para a garantia de seu anonimato, cada casal participante recebeu uma codificação alfanumérica e os nomes foram omitidos.

Todos os dados coletados durante as entrevistas, bem como os dados tabulados de acordo com a Análise de Conteúdo, foram utilizados exclusivamente para os fins desta pesquisa e posterior utilização para a elaboração deste trabalho científico, sendo estas informações apresentadas em sua íntegra à instituição de ensino.

3.7.1 Riscos e Benefícios

A verificação da hipótese dessa pesquisa trouxe como benefício social:

- A melhora do acompanhamento pré-natal da gestante na referida unidade de saúde, com a promoção de um acompanhamento mais qualificado em que se leve em conta a importância da presença paterna durante as consultas;
- A efetivação da aproximação do vínculo afetivo paterno com a criança;
- A integralidade da assistência pré-natal de acordo com os pressupostos do Ministério da Saúde, que buscam garantir um atendimento humanizado à mulher, principalmente a gestante;
- A possibilidade de aquisição, por parte do pai, do conhecimento técnico a ser observado nos momentos que antecedem ao trabalho de parto e o próprio trabalho de parto em si;
- Conhecimento técnico sobre alguns procedimentos necessários à diminuição dos riscos de saúde a que se sujeitam os neonatais, em decorrência de falhas na amamentação, higiene, qualidade do sono, etc.
- Uma efetiva mudança de paradigmas em relação à participação do homem no acompanhamento do pré-natal.

Quanto aos riscos que a pesquisa pode trazer, pode-se afirmar que estes sejam mínimos quando comparados aos benefícios. Entretanto, embora se acreditasse existir a possibilidade de ocorrer, por parte de qualquer um dos entrevistados, algum constrangimento ao responder perguntas, a pesquisadora esteve ciente de que teria que apresentar os questionamentos de forma cuidadosa, a fim de diminuir ao máximo a possibilidade desse risco.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as respostas obtidas dos cinco pais, foram originadas seis categorias após realizada a análise do conteúdo de Bardin, que são: “participação da figura paterna durante o pré-natal e sua importância”; “pretensão do pai em acompanhar a cónyuge durante o pré-natal”; “sentimento paterno em acompanhar sua esposa/companheira nas consultas”; “acolhimento dos profissionais que realizam o pré-natal com a presença da figura paterna”; “dificuldade dos pais em acompanhar sua esposa/companheira as consultas do pré-natal”; “benefícios gerado durante as consultas de pré-natal”.

Para preservar a identidade dos participantes, foram atribuídos codinomes, como: pai 1, pai 2, pai 3, pai 4 e pai 5, preservando o sigilo da pesquisa. As perguntas relacionadas aos dados sociais dos participantes da pesquisas foram tabuladas no programa Excel 2013, para facilitar a visualização dos resultados aos leitores.

A **Tabela 1**, abaixo, traz dados relacionados aos aspectos sociais dos participantes da pesquisa. Ao analisar a primeira variável “idade” a faixa etária variou entre 15 a 50 anos distribuídos igualmente. Em relação ao sexo, todos os participantes eram do masculino, respondendo ao objetivo da pesquisa. Quanto ao grau de escolaridade 80% tem o ensino médio completo, podendo justificar algumas das respostas dos pais da pesquisa. Quanto ao estado civil, todos os participantes são casados e convivem com suas parceiras durante o pré-natal.

Sobre a zona em que residem, todos moram na zona urbana, tendo acesso às consultas de pré-natal, pois toda a área urbana da cidade é mapeada. Dessa forma, todos estão dentro da territorialização da atenção básica e têm acesso ao pré-natal. Com relação à renda familiar mais predominante, esta se posiciona na faixa entre meio e um salário mínimo, apontando que a maioria dos participantes tem renda baixa para dar suporte e condições de moradia de vida à sua família. Na categoria 4.5 “Dificuldade dos pais em acompanhar sua esposa/companheira as consultas do pré-natal”, que será apresentada a seguir, apontar-se-á que uma das dificuldades que os participantes encontram para acompanhar sua esposa nas consultas de pré-natal é o choque de horários em relação ao emprego, onde muitos não temem perdê-lo ou ter seu rendimento diminuído, por ser essa a única renda de 80% das famílias dessa pesquisa.

Tabela 1: Dados relacionados aos aspectos sociais dos participantes da pesquisa

VARIÁVEIS		FREQ.	%
Idade	15 - 20	1	20%
	21 - 25	1	20%
	26 - 30	1	20%
	31 - 40	1	20%
	41 - 50	1	20%
Sexo	Feminino	0	0%
	Masculino	5	100%
Grau de escolaridade	Analfabeto	0	0%
	Ensino Fundamental Incompleto	1	20%
	Ensino Fundamental Completo	0	0%
	Ensino Médio Incompleto	0	0%
	Ensino Médio Completo	4	80%
	Ensino Superior Incompleto	0	0%
	Ensino Superior Completo	0	0%
Estado Civil	Solteiro	0	0%
	Casado	5	100%
Zona em que reside	Zona Urbana	5	100%
	Zona Rural	0	0%
Renda média familiar	Até meio salário mínimo	1	20%
	Entre meio e um salário	2	40%
	Entre um e dois salários	0	0%
	Entre dois e três salários	1	20%
	Entre três e cinco salários	0	0%
	Acima de cinco salários	1	20%

Fonte: Pesquisa de campo, 2018.

4.1 PARTICIPAÇÃO DA FIGURA PATERNA DURANTE O PRÉ-NATAL E SUA IMPORTÂNCIA

A participação masculina durante o pré-natal, e mesmo no parto, é um fenômeno que começou a se verificar a partir dos anos 1980, seguindo uma

tendência de humanização do parto nascido na Europa e que se espalhou pelo mundo. Esse comportamento foi adotado, particularmente, entre os casais das camadas sociais mais elevadas, ficando um pouco distante da camada mais popular da sociedade. Apesar de ter sido adotado durante esse período, muitos não participavam ativamente das consultas devido ao trabalho, já que foi uma época marcada pela ascensão da previdência social no Brasil, onde o homem era a figura que trabalhava no ambiente domiciliar, não se preocupando com aspectos gestacionais (BRASIL, 2005).

Apesar da participação masculina no período gestacional ter começado a ser vista somente a partir do ano de 1980, como foi citado anteriormente, pode-se perceber, por meio dos depoimentos obtidos a partir da coleta de dados, que essa participação continua precária. É muito difícil o marido da gestante participar de todas as consultas junto com ela, como comprovado nas falas dos maridos das gestantes abaixo.

Pai 1: “Geralmente eu não acompanho muito não, porque geralmente eu trabalho muito na obra. Mas o que eu posso acompanhar eu acompanho”.

Pai 2: “Não. Mas já participei. Por questão de trabalho eu tô desempregado mas sempre eu arrumo uns bicos, ai não dá pra tá vindo, mas em casa eu sempre participo, nas ultras eu sempre participo”.

Pai 4: “Não participei de todas porque os meus dias de trabalho que era por escala não coincidia com os meus dias de folgas e, às vezes, por cansaço também, mas eu participei de algumas sim e outras não”.

Mesmo os pais de número 1, 2 e 4 não participando das consultas de pré-natal, devido ao trabalho, os mesmos acreditam que é importante o pai participar das consultas juntamente com sua esposa, como comprovado nas falas a seguir.

Pai 3: “Sim. Com certeza! É muito importante. É que as vezes o homem, ele não tem a dimensão do que a esposa passa em uma gestação, e muitas vezes ele acaba cobrando determinadas coisas da esposa que ela não terá condições de ceder pra ele.”.

Pai 5: “Sim, tudo me chama atenção, é tudo novo, o crescimento da barriga, os batimentos do coração”.

Como pode-se observar pelas falas supracitadas, somente o pai 3 e 5 conseguiram acompanhá-las em todas as consultas. A questão do trabalho dificulta muito a presença deles nesses momentos, pois muitas empresas não liberam seus funcionários, mesmo sendo uma obrigação legal. Dessa forma, a maioria dos

funcionários têm medo de faltar o trabalho e serem demitidos por esse motivo. Mas todos acreditam ser muito importante a sua presença durante as consultas.

4.2 PRETENSÃO DO PAI EM ACOMPANHAR A CÔNJUGE DURANTE O PRÉ-NATAL

Como citado anteriormente, o homem na década de 1980 não participava das consultas de pré-natal devido à situação trabalhista e social. A fim de mudar esta realidade, o Ministério da Saúde implementou a Rede Cegonha, que tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil. E a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca pôr em prática os princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços de saúde, causando modificações nos modos de gerir e cuidar. São duas políticas que buscam estreitar os laços entre pai, mãe e filho, de forma que o pai participe do período clínico gravídico, não só no parto, mas também no pré-natal. (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010, p. 556).

Atualmente, após a implementação dessa política pelo Ministério da Saúde, é possível verificar a preocupação dos homens e a vontade em querer acompanhar suas respectivas esposas nas consultas de pré-natal, conforme as respostas a seguir.

Pai 1: “Tenho vontade, eu só não tenho é tempo de acompanhar”.

Pai 2: “Com certeza”.

Pai 3: “Sim”.

Pai 4: “Sim, sempre tive vontade de acompanhar ela, pelo fato assim da gente acompanhar o desenvolvimento do bebe, né? E assim foi uma experiência nova, né?, A gente fica sempre ansioso de sabe como é que tá o bebê”.

Pai 5: “Sim, sempre tive vontade, penso sempre até mesmo antes dela engravidar”.

No tocante ao que foi falado anteriormente, pode-se perceber pelas respostas dos maridos aos questionamentos da entrevista, que todos têm vontade de acompanhar suas esposas/companheiras durante o pré-natal. Esse fato é principalmente abordado com aqueles que estão sendo pais pela primeira vez, que não só tem vontade como também curiosidade de saber tudo sobre seu filho, mas também sobre a gestação de sua cônica.

4.3 SENTIMENTO PATERNO EM ACOMPANHAR SUA ESPOSA/COMPANHEIRA NAS CONSULTAS.

O envolvimento paterno na gestação não se refere apenas a comportamentos como acompanhar consultas e ecografias não, mas também a um envolvimento emocional, sendo que estes aspectos não estão necessariamente relacionados (MAY, 1982).

Na pesquisa de May (1982), em uma das respostas de sua entrevista com um dos pais, ele relatou que ia ao médico junto com a esposa pelo fato de poder escutar o coração do seu bebê, e se sentia muito gratificado por isso. No tocante à pesquisa atual esse momento é muito importante, pois ele estreita os vínculos entre pai, mãe e filho.

Na pesquisa elucidada, as respostas da maioria dos pais demonstraram o mesmo sentimento, como veremos a seguir.

Pai 1: “A gente sei lá, kkk mais animado que caçote na beira d’agua tem um ditado né, kkk”.

Pai 2: “Assim é, o pouco que eu venho me deixa muito feliz, é um aprendizado”.

Pai 3: “Eu me sinto mais próximo, mais forte, mais preparado, por saber que minha esposa pode contar comigo até nesse momento”.

Pai 4: “Me sinto muito feliz, é muito bom poder acompanhar ela e ficar por dentro da gestação”.

Pai 5: Feliz, é gratificante, um momento único e que todos os pais deveriam participar.

Pode-se observar que os pais expressam sentimentos de felicidade e gratidão por participarem desse momento junto com a sua cōnjuge, acreditando que é um período importante na vida deles. A partir desse contato dos pais com elas durante o pré-natal elas se sentem amparadas tanto no sentido emocional como físico, pois a gestação é um momento na qual as gestantes ficam mais sensíveis.

4.4 ACOLHIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O PRÉ-NATAL COM A PRESENÇA DA FIGURA PATERNA.

As consultas de pré-natal são destinadas e têm seu foco para a gestante e para o seu bebê. É por isso que a equipe de enfermagem passa a traçar mecanismos para incluir o pai na consulta, de forma que ele se sinta acolhido e

possa trazer benefícios para ambos, pois, na maioria das vezes, o pai não sabe da importância de seu envolvimento na vida da gestante e do bebê. Como consequência, a maior parte dos pais acaba não se atrelando em acompanhar sua esposa nas consultas.

Cabe ao enfermeiro e ao médico explicarem a importância de o pai acompanhar sua esposa durante as consultas de pré-natal, falar como ocorre as consultas, interagir com o pai durante as consultas, para que ele se sinta também acolhido pela equipe, incentivar a vinda dele, convidar os pais a se envolverem mais e acompanharem suas esposas desde o teste de gravidez, passando pelo puerpério até o acompanhamento do desenvolvimento integral do filho/a.

O Ministério da Saúde recomenda que, durante o acolhimento ao pai/parceiro, o enfermeiro resgate o histórico dele com o tema da paternidade, no sentido de conhecer suas experiências e vivências pregressas e expectativas quanto ao desempenho deste importante papel afetivo e social, a fim de saber quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, conversando de maneira sensível e construindo, juntos, possíveis estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2004)

As respostas abaixo mostram a percepção dos pais entrevistados em relação ao sentimento de acolhimento nas consultas de pré-natal.

Pai 1: “É, geralmente ela pergunta se a gente colabora, assim em termo de ajudar, porque a mulher geralmente quando tá grávida ela fica muito sensível em termo de pergunta, colabora essas coisas”.

Pai 2: “É ela sempre tá falando como que tá se passando com o bebe, se tá bem, se tá uma coisa assim. Eu também sempre pergunto as coisas a ela”.

Pai 3: Olha, são bem explicativas, não há nenhum tipo de constrangimento dentro da sala, do consultório médico, né. A doutora que acompanha o pré-natal, ela procura orientar, tanto o pai quanto a mãe sobre o que irá acontecer, como será feito, né, nos prepara tanto psicologicamente como emocionalmente.

Pai 4: “Às vezes que eu fui, o médico fez algumas perguntas de como ela estava se sentindo e tal, faz todo um questionamento né”.

Pai 5: “Vou a todas as consultas, fico do lado dela, compartilho informações com o médico e tiro minhas dúvidas”.

A presença paterna nas consultas de pré-natais é muito importante, pois durante os atendimentos ele aprende muitas coisas em relação à promoção dos cuidados com a esposa. Os profissionais de saúde sempre sugerem outras maneiras de demonstrar apoio à gestante, como: ser compreensivo com as

mudanças de humor, fazer atividades físicas junto com a mulher e se informar de como ajudá-la a encarar os desconfortos do período (ECHEVERRIA, 2015).

Durante as consultas de pré-natal o pai aprende a entender mais a mulher, ter mais paciência com suas mudanças e estresses, a se preparar para viver essa fase com tranquilidade, dar atenção extra para sua esposa, fazer elogios, massagens, ser carinhoso e investir em programas a dois entre outros que irá trazer grandes benefícios tanto para a gestante, quanto para o seu filho.

4.5 DIFICULDADE DOS PAIS EM ACOMPANHAR SUA ESPOSA/COMPANHEIRA ÀS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL.

Os motivos para a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal são: dificuldade de horário devido ao trabalho, desconhecimento por parte do companheiro de que ele também pode participar da consulta, acanhamento por parte do companheiro que pode não se sentir à vontade em um ambiente predominantemente feminino, etc (CABRITA, *et al.*, 2012).

A seguir, as falas dos entrevistados apontam as principais dificuldades vivenciadas por eles ao acompanharem suas esposas durante as consultas de pré-natal, quando realizado o questionamento durante a entrevista:

Pai 1: “Sim, só por causa do trabalho, mas eu tenho maior prazer, é tanto que se ela for ganhar neném em Mossoró eu vou pra lá! Eu fico lá fora mais eu vou!”.

Pai 2: “É, só o trabalho mesmo [...]”

Pai 3: “Particularmente não. Eu não sinto nenhuma dificuldade de acompanhar ela não. Olha, como eu não tive muita experiência com isso, eu não posso dizer que precise mudar algo, mas eu acredito que com o passar do tempo as coisas vão evoluindo né, e com certeza melhorará cada vez mais. Mas pra mim foi excelente.”

Pai 4: “A única dificuldade que eu tinha quando minha esposa tava gestante era minha escala de trabalho, que raramente coincidia no dia das consultas. Pra mim foi tranquilo, não mudaria nada, fui muito bem atendido”.

Pai 5: “Às vezes, por causa do trabalho. Não, é excelente”.

Como vimos acima, somente o pai 3 não teve dificuldade nenhuma em participar das consultas de pré-natal juntamente com sua esposa. Os demais pais tiveram dificuldades por questões de trabalho, que é apontado como o maior problema revelado durante as entrevistas. Assim, o fato de estar presente na jornada de trabalho que ocorre no mesmo momento das consultas, faz com que

esses estejam ausente, mesmo relatando o conhecimento e importância desse acompanhamento. Assim, pela angústia da ameaça de desemprego, os pais deixam de comparecer às consultas, tornando mais difícil estabelecer o vínculo e retirar dúvidas pertinentes sobre a gestação da sua esposa.

A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal de sua companheira origina sentimentos desfavoráveis ao bem-estar da mulher, durante o seu estado gravídico. As gestantes sentem-se inseguras, tristes, desconfortáveis, desprotegidas, mais sensíveis e solitárias sem a presença do pai. Para o pai, o sentimento é ainda pior, como o despreparo em cuidar da sua companheira e filho.

4.6 BENEFÍCIOS GERADOS DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Vários estudos recentes mostram que o bebê, desde muito cedo, percebe a presença do pai diferentemente da mãe, e que sua afinidade com o bebê traz grandes benefícios à saúde mental da criança, como também durante todo o seu desenvolvimento, criando um vínculo maior com o bebê e com sua esposa. A participação paterna nas consultas o possibilita a entender melhor a gestação e sua função diante dela (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

O homem aprende a ser pai desde o ventre até o nascimento do bebê, é um momento de muito aprendizado, não só para o homem, mas também para a mulher gestante também. Muitas coisas são ensinadas durante as consultas de pré-natal.

As respostas a seguir irão mostrar os benefícios que os pais observaram com as consultas de pré-natal.

Pai 1: “Geralmente tem né, geralmente eu aprendo várias coisas, é muito bom”.

Pai 2: “É, o benefício é o aprendizado”.

Pai 3: “É saber que a minha esposa se sente mais segura, ela se sente mais confiável, mais fortalecida por eu estar ao lado dela né, por saber que ela pode acreditar e confiar que eu vou compreendê-la melhor, que eu vou poder ajudar ela a cuidar melhor da criança”.

Pai 4: “É que a gente vai acompanhar a saúde do nosso bebê, da minha esposa, é muito importante”.

Pai 5: “Aprendi mais sobre o processo de gestação, como minha esposa se sente, e os cuidados que devo tomar”.

De uma forma geral, ao analisarmos as respostas dos pais podemos

perceber que todos tiveram benefícios durante as consultas, apontando a aprendizagem que lhes facultará não apenas cuidar de forma correta de seu filho nos primeiros meses de vida, mas também a prover as esposas/companheiras do carinho e cuidados necessários para ultrapassarem essa fase de forma mais tranquila. Suas idas às consultas de pré-natal trazem resultados positivos tanto em suas vidas quanto na vida das gestantes. São momentos únicos que os pais vivenciam juntamente com suas companheiras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme resultados obtidos durante a análise de dados, podemos concluir que o pai 3 teve a maior coerência em suas respostas, devido à participação ativa durante todas as consultas. Ele provou, através de suas respostas, que não estava apenas de corpo presente nessas, mas absorveu as orientações ensinadas. Tal passagem demonstra que quando o pai participa de todas as consultas, passa a ter mais domínio de responder os questionamentos sobre o objetivo do estudo e da entrevista, pois têm domínio cognitivo sobre a temática em questão.

Sobre a realização dessa pesquisa, a maior dificuldade foi encontrar participantes que se enquadrassem nos critérios de inclusão pré-estabelecidos da pesquisa, para que os objetivos fossem confirmados. Foram buscados todos os tipos de artificios, de todas as localidades da cidade onde ocorreu a pesquisa, e só cinco pais participaram de alguma consulta de pré-natal. Isso não gera um fator de impacto positivo, pois demonstra que a maioria dos pais não participam de nenhuma consulta de pré-natal, entrando em concordância com os dados obtidos na literatura sobre essa temática.

Este trabalho irá contribuir para elaboração de novas pesquisas sobre essa temática, possibilitando a realização de estratégias para fazer com que esses pais participem das consultas. Algumas dessas estratégias podem ser a: orientação sobre a importância dele nas consultas de pré-natal; a quebra de paradigma conceitual de que o pré-natal é só para gestantes, pois muitos ainda acreditam nisso e, por isso, não vão às consultas; a conscientização do público masculino sobre o impacto na saúde materno-infantil a partir da participação do pai durante o pré-natal, parto e puerpério.

Refletindo sobre os motivos que são relatados pelos pais sobre a não participação frequente às consultas, chega-se à conclusão de que, para solucionar tal problema, poderia ser criado um horário diferenciado para as consultas de pré-natal no período noturno, das 18:00h às 21:00h, pelo menos 1 vez por semana. A adoção desse novo horário possibilitaria aos pais que trabalham durante o dia acompanharem suas esposas às consultas de pré-natal, pois durante a noite a maioria desses trabalhadores já estaria em casa, tendo já cumprido a sua jornada de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Bruno Ramos; BASÍLIO, Márcio Chaves; NEVES, Jussara Bôtto. Desafios para a inclusão dos homens nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, nº 2, p. 554-563, Nov./Dez. 2010. Acesso em: 12 Junho 2018.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego & A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).

BENAZZI, Aline Sampieri Tonello; LIMA, Alice Bianca Santana; SOUSA, Anderson Pereira. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **Revista Políticas Públicas**, v. 18, p. 129-135, jan/jun 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**: Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 junho 2018. [internet] Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604 p. ISBN 85-89545-01-6. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília: MSC/GDVSAA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pai: uma nova vida precisa de você**. Brasília: Editora MS, 2014. [folder].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**. Brasília: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2015**. Brasília: MDS/SAS, 2016. 1195 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada -**

manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. ISBN 85-334-0885-4. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Cad. nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1643-7. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. 1, 2ª reimpressão. ed. Brasília: Editora MS, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CABRITA, Bruno Augusto Corrêa; SILVEIRA, Elvis da Silva; SOUZA, Ândrea Cardoso de (*et al.*). A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, nº 3, p. 2645-2654, Jul-Set 2012. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894026>>. Acesso em: 12 nov 2018.

COFEN. **Resolução COFEN 311/2007**: Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: [s.n.], 2007. Disponível em: <http://www.cofen.org.br/resolu-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 03 junho 2018.

DANTAS, Deise Agda. **Saúde do homem na Unidade Básica de Saúde**. Natal: Unifacex, 2015.

DIAS, Ricardo Aubin. **A importância do pré-natal na Atenção Básica**. Teófilo Otoni: UFMG, 2014.

ECHEVERRIA, Malu. O papel do pai na gravidez. **Crescer**, 08 outubro 2015. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Seu-bebe-nao-para/A-importancia-do-abraco/noticia/2015/10/o-papel-do-pai-na-gravidez.html>>. Acesso em: 5 novembro 2018.

FDIM. Federação Democrática Internacional de Mulheres. **Percepções e experiências sobre a gravidez e o parto entre lideranças femininas de movimentos sociais**. São Paulo: BN Editora e Publicidade Ltda, 2015. ISBN 978-85-66294-03-3.

FERREIRA, Taíse Neves; ALMEIDA, Danyella Rodrigues de; BRITO, Huama Monteiro de (*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**, Cáceres-MT, v. 05, nº 02, p. 337-345, 2014. ISSN 1982-478.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 978-85-224-5142-5.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 565-574, Março 2007.

HENZ, Gabriela Sofia; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; SALVADORI, Morgana. Inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde [online]**, p. 52-66, jan/jun 2017.

HERRMANN, Angelita; SILVA, Michele Leite da; CHAKORA, Eduardo Schwarz. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 55 p.

HUMANIZAÇÃO do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos / Assessoria Ministerial de Comunicação (org.); Maísa Silva de Melo Oliveira (coord.); Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira (red.). Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. ISBN 85-224-3397-6.

LIMA, Christiane Teixeira; PENA, Karla Maria Fernandes; FONSECA, Mayane Prates (*et al.*). Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão de literatura. **EFDeportes Revista Digital**, Buenos Aires, Outubro 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm>>. Acesso em: 03 Junho 2018.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da (*et al.*). Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**, v. 36, nº 2, p. 56-64, 2014. ISSN 0100-7203. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 22 Junho 2018.

MAY, Katharyn Antle. Three phases of father involvement in pregnancy. **Nursing Research**, Springer, Boston, MA, p. 337-342, 1982. ISSN 978-1-4684-7021-5. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/1983-23309-001>>. Acesso em: 22 novembro 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, p. 121-133, Outubro 2011. ISSN 1989-2446.

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de Assistência Pré-natal**. 2. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde. **Guia de Legislações do SUS e Controle Social**. São Paulo: [s.n.], 2014. Disponível em: << http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acessorapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_principais_legislacoes.pdf>>. Acesso em: 26 Junho 2018.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, nº , p. 415-428, 2013.

TAVARES, Amanda Santos; ANDRADE, Marilda; SILVA, Jorge Luiz Lima. Do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Informe-e em promoção da Saúde**, v. 5, nº 1, p. 30-32, 2009.

UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Saúde da mulher: atenção humanizada em saúde da mulher / Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes et al. (Org.)**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE
MOSSORÓ/FACENE/RN**

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a),

A presente pesquisa intitulada **A PRESENÇA PATERNA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**, desenvolvida por **Patricia Inácio da Cunha**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da Prof^a Esp^a Isabela Goés dos Santos Soares, tem como objetivos: Verificar a presença paterna no acompanhamento das consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde Tereza Lopes de Menezes Centro de Saúde da Família, situada no centro, e a Unidade Básica de Saúde Niete Lima Barbosa Centro de Saúde da Família que fica situada no bairro Santa Rosa, no município Alto do Rodrigues, no estado do Rio Grande do Norte; Avaliar se a figura paterna participa das consultas de pré-natal junto a gestante durante seu período clínico gravídico; Verificar quais os motivos que levam o homem a acompanhar sua esposa/companheira nas consultas de pré-natal; Conhecer como se dá o acolhimento do homem no contexto ambulatorial durante as consultas de pré-natal; e Identificar os fatores que limitam ou potencializam a participação do pai no período pré-natal.

Para alcançar os citados objetivos, será realizada uma pesquisa cujo instrumento de coleta de dados será uma entrevista semiestruturada, norteadas por um roteiro de entrevista, envolvendo o parceiro da gestante que realiza o pré-natal em conjunto, o acompanhamento pré-natal, devendo as respostas dos entrevistados serem gravadas em meio magnético utilizando-se smartphones.

Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nas citadas entrevistas e a autorização para

utilizar suas falas para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.). Convém informar que será garantido seu anonimato (podendo, no entanto utilizar pseudônimos), bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador.

Eu,

_____, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa realizada por Patrícia Inácio da Cunha, acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

Autorizo o uso das falas obtidas através das entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a conclusão do trabalho monográfico do curso. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Fui informado(a) dos objetivos do estudo, estando ciente que a minha participação é voluntária e de que a qualquer momento posso pedir meu desligamento sem quaisquer prejuízos e/ou constrangimentos.

Mossoró, ____ de _____ de 2018.

Pesquisador Responsável

Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa/Testemunha

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados – Roteiro da Entrevista
Dados referentes a caracterização da amostra

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Grau de Instrução: _____
4. Estado civil: _____
5. Reside em zona rural ou urbana: _____
6. Renda mensal familiar: _____

Dados referentes a importância da presença paterna no pré-natal

1. Durante o pré-natal você está participando de todas as consultas com sua esposa/companheira? Se não, explique o porquê. Se sim, o que lhe chamou mais atenção?
2. Você tem vontade de acompanhar sua esposa/companheira nas consultas de pré-natal?
3. Você acha que é importante o pai participar dessas consultas junto com a esposa/companheira? Por que?
4. Como você se sente acompanhando sua esposa/companheira nessas consultas?
5. Como você participa das consultas do pré-natal junto a sua esposa/companheira? Explique como são as consultas com sua presença.
6. Sente-se acolhido pelo enfermeiro(a) e/ou médico(a) durante essas consultas, como parte integrante desse processo? Como foi esse acolhimento na primeira consulta que participou com sua esposa/companheira?
7. Você sente alguma dificuldade para acompanhar sua esposa/companheira as consultas do pré-natal? Tem algo nas consultas que você acha que deveria mudar? Quais suas sugestões?
8. Quais os benefícios que você vê com sua participação durante as consultas do pré-natal?

ANEXO

ANEXO 1 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE João Pessoa

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRESENÇA PATERNA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Pesquisador: Isabela Goés dos Santos Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95587318.5.0000.5179

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.827.134

Apresentação do Projeto:

Protocolo CEP: 159/2018. Sexta Reunião Extraordinária, 17/08/2018. Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN). Tratar de uma pesquisa que busca interpretar os fenômenos estudados e atribuir-lhe significados, definiu-se como forma de abordagem a qualitativa. A pesquisa será realizada na Unidade Básica de Saúde Tereza Lopes de Menezes Centro de Saúde da Família e na Unidade Básica de Saúde Niete Lima Barbosa Centro de Saúde da Família, ambos na cidade de Alto do Rodrigues, no Estado do Rio Grande do Norte. Para o desenvolvimento dessa pesquisa serão convidados a participar das entrevistas os parceiros de gestantes que realizam pré-natal nos locais de pesquisa supracitados. A amostra será definida por conveniência e saturação dos dados, amostragem infinita, até conseguir contemplar os objetivos do estudo de acordo com os critérios estabelecidos pela pesquisadora. Por tratar-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, não há um cálculo estatístico previamente elaborado com o intuito de definir o número de sujeitos que comporão a amostra. Dessa forma, a coleta de dados pode finalizar quando houver saturação dos dados da amostra infinita. O instrumento de coleta de dados dar-se-á por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, em que os dados serão coletados através de entrevistas envolvendo o parceiro da gestante que realiza o pré-natal em conjunto. Os dados serão coletados apenas após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para o qual este projeto de pesquisa será encaminhado. Para a análise dos dados será utilizada a

Continuação do Parecer: 2.827.134

- Revisar a estrutura observando as normas da ABNT - NOVA NBR 6022/2018;
- Revisar as Referências, observando as normas da ABNT/NBR 6023/2002;
- Especificar o Código de Ética dos pesquisadores.
- Rever o português de acordo com as regras gramaticais vigentes, inclusive com o Novo Acordo Ortográfico Brasileiro.

ATENÇÃO:

Em caso de alteração do conteúdo do projeto comunicar em tempo real, através da plataforma Brasil, via EMENDA.

Ao término da pesquisa enviar ao CEP até dezembro de 2018 através da plataforma Brasil, via notificação, relatório final assinado pela pesquisadora + Monografia + declaração assinada pela Secretaria de Saúde do Município Alto do Rodrigues, RN, onde foi realizado a pesquisa que recebeu cópia com resultados da pesquisa, como preconiza a Res. 488/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

CONSIDERANDO que o projeto apresenta coerência científica.

CONSIDERANDO que o protocolo atende aos critérios exigidos pelo CEP baseado na Res. CNS 488/2012, projeto aprovado. O mesmo pode ser executado no formato em que se encontra.

Somos de parecer favorável a aprovação do presente projeto, da forma como se apresenta.

Considerações Finais a critério do CEP:

Avaliamos, assim, o protocolo aprovado e sua execução ficará condicionada à emissão de Certidão Provisória por este CEP e Ofício da Coordenação do Curso para Secretaria de Saúde do Município Alto do Rodrigues-RN, comunicando a apreciação ética do mesmo e agendamento para coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CERTIDAO_PROVISORIA_IABELA_PATRICIA.pdf	16/08/2018 12:11:21	Rosa Rita da Conceição Marques	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1196700.pdf	09/08/2018 14:02:54		Aceito
Outros	TermoAnuencia.pdf	09/08/2018 14:01:35	Isabela Goés dos Santos Soares	Aceito