



FELIPE DA FONSECA SILVA COUTO

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA
VOLTADOS À SAÚDE DO HOMEM NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS PARA O BRASIL**

BELÉM, 2017



FELIPE DA FONSECA SILVA COUTO

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA
VOLTADOS À SAÚDE DO HOMEM NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS PARA O BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Bruno Brunelli

BELÉM, 2017

RESUMO

Com uma abordagem multifocal de casos e projetos vivenciados em uma comunidade ribeirinha, este trabalho visa expor e propor soluções para a presente lacuna nas políticas de saúde pública voltadas à saúde do homem. Dessa forma, este portfólio não centra-se apenas em relatos de casos e discussões contextualizadas, mas também em um projeto de intervenção que insere um dos pilares da "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem" no contexto dessa população, visando assim o aprimoramento e inserção de melhorias voltadas a saúde do homem.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Condições de trabalho, Políticas de saúde, Saúde do homem, Saúde do trabalhador.

SUMÁRIO

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	<u>5</u>
<u>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</u>	<u>7</u>
<u>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</u>	<u>10</u>
<u>4. VISITA DOMICILIAR NA SAÚDE DO HOMEM</u>	<u>14</u>
<u>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</u>	<u>20</u>

1. INTRODUÇÃO

Graduado em Medicina pela Universidade Católica de Brasília, atuo no Programa “Mais Médicos para o Brasil” desde dezembro de 2015 como médico da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Paraíso do Murinin em Benevides, Estado do Pará. Realizo ainda a função de médico assistencialista em unidades de Urgência E Emergência dos Municípios de Castanhal e Belém no Estado do Pará.

Localizada na zona rural do município de Benevides. A UBS Paraíso do Murinin, local em que atuo, estima 12000 atendimentos anuais entre as quatro equipes de estratégia que a compõe. A referida área rural é composta pelos bairros Santa Maria, Benfica e Murinin, região esta detentora de grande densidade demográfica e composta em sua grande maioria de habitações precárias, sítios urbanos, extensos garapés e balneários. No que diz respeito a infraestrutura nota-se um crescimento desordenado e sem planejamento, com habitações em taipa, madeira e alvenaria, apresentando carência no saneamento básico e na disponibilização de serviços públicos de qualidade, como creches, escolas ou biblioteca comunitária. No segmento da segurança pública a região conta com uma delegacia bem estruturada, porém com falta de recursos humanos que conciliado a um aumento significativo dos usuários de drogas tem resultado em um significativo aumento dos números de ocorrências envolvendo violência, furtos e homicídios.

Por fim, a região concentra um grande número de madeireiras, com destaque a quatro destas que se localizam no bairro Murinin, onde se situa a referida UBS. Esse panorama reflete diretamente na saúde do homem, que tem sido um grande desafio para as equipes de saúde da família, tendo em vista que os serviços não estão estruturados para atender às demandas do sexo masculino e há um baixam procura por parte deste usuário na promoção e prevenção de sua saúde, seja por questões culturais ou impedimentos e restrições advindas das referidas empresas.

Dessa forma e visando amenizar a presente lacuna presente na saúde do homem na realidade dessa população, o presente portfólio constitui-se de projeto de intervenção, relatos de caso e discussões contextualizadas ao aprimoramento e inserção de melhorias voltadas a saúde do homem. Neste caminho, o Projeto de Intervenção que pode ser consultado nos Anexos deste Portfólio trata a respeito do Pré-natal do Parceiro, projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2016 e apresentando-se como uma ferramenta inovadora em busca do envolvimento do pai/parceiro nas ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, na contribuição para a ampliação e a

melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde. Devido a sua recente criação, muitos municípios ainda não tiveram a oportunidade de aderir a este programa, como é o caso do Município de Benevides no Estado do Pará. Este Projeto de intervenção tem como objetivo implantar o programa no município através da UBS Paraíso do Murinin e obter resultados para incentivar sua aplicação nas outras UBS do referido município. Para tanto o presente projeto executa suas ações através do Guia de Pré-natal do Parceiro com estratégias de captação voltadas para a realidade populacional da aplicação do projeto.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

É sabido que o Ministério da Saúde, assim com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), assumem a responsabilidade pela busca da integralidade aos usuários do Sistema. Dessa maneira surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visando qualificar a saúde da população masculina conforme coordenam as diretrizes do SUS. Nesse contexto, quando realizada análise e levantamento sobre a doença cardiovascular, se evidenciou maior acometimento em homens que em mulheres, com projeções de aumento em um futuro próximo, inclusive com aspectos epidemiológicos, somadas às características incapacitantes em idade produtiva, além da característica do sexo masculino não priorizar os cuidados com a própria saúde, justificando finalmente a inserção e ampliação do referido programa.

Ainda entre as diretrizes formuladas no programa, a que se faz destacar estabelece: “Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado”

Exatamente nesse contexto da priorização da atenção básica, assim como o foco na Estratégia de Saúde da Família é que se expõe o seguinte caso, onde se pode evidenciar a importância do estabelecimento do conjuntos de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, no sucesso do seguimento singular do cidadão.

RELATO DE CASO

Paciente de 45 anos, pardo, casado, operador de máquina de serraria, 76 kg, 168 cm, índice de massa corpórea (IMC) = 27kg/m². Procurou o serviço de saúde por indicação do agente comunitário de saúde por suspeita de hipertensão arterial sistêmica (HAS) durante a visita. Na consulta, informou que cursava eventualmente com lombalgia de leve a moderada intensidade após suas jornadas de trabalho, com vertigem esporádica e sem fatores desencadeantes. Tabagista há aproximadamente 20 anos (1 maço/dia), referiu ainda etilismo social. O pai e a mãe eram portadores de HAS. Ao exame físico não havia particularidades à inspeção, ausculta cardíaca ou respiratória. Pressão arterial

(PA) 160 x 100 mmHg, frequência cardíaca (FC) 87 bpm. A palpação do abdômen não mostrava particularidades. Trouxe à consulta exames laboratoriais realizados por conta própria que evidenciavam glicemia de jejum de 172 mg/dl, colesterol total de 230 mg/dl, HDL- colesterol de 28 mg/dl, LDL colesterol não calculado devido aos valores elevados de triglicérides (450 mg/dl). Exame de Urina Tipo I evidenciando oxalatos de cálcio frequentes. Como conduta foi instituída na primeira consulta a orientação dietética, estimulada a prática de exercícios físicos (mínimo de 30 minutos ao dia por no mínimo 3 vezes por semana), iniciada a metformina (1 g/dia) e sinvastatina (20 mg/dia) e por fim a solicitação de auto medida da pressão arterial (AMPA). No segundo encontro realizou-se o diagnóstico de HAS tendo em vista a média da pressão arterial no AMPA ter registrado 150 x 100 mmHg, sendo então iniciado captopril (50 mg/dia) e hidroclorotiazida (25mg/dia).

Após três meses de acompanhamento, a AMPA evidenciava média de PA nas 24 horas dentro da normalidade, glicemia de jejum de 130 mg/dl, colesterol total de 189 mg/dl, HDL-colesterol de 38 mg/dl, LDL colesterol 101 mg/dl e triglicérides 240 mg/dl).

DISCUSSÃO

Este caso ilustra de maneira factível a característica do sexo masculino de não priorizar os cuidados com a própria saúde, outrora citada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Fica evidente portanto a necessidade constante da busca ativa, aspecto este iniciado em sua grande maioria pelos agentes comunitários de saúde, propiciando não só o vínculo essencial no acolhimento do paciente, como também rastreando doenças prevalentes para esse grupo populacional.

Por outro lado nota-se nesse caso a associação de diabetes, hipertensão e dislipidemia além do sobrepeso, todos estes sendo considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Por sua vez, a cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças, porém não há evidências de que, para o controle de PA, haja benefícios. O paciente fora diagnosticado com DM quando iniciou o acompanhamento ambulatorial e controlou seus índices glicêmicos com adequação de dieta, prática de exercícios físicos e perda de peso, além de uso do hipoglicemiante oral metformina. Outro aspecto interessante no presente no caso são os sinais indicativos

de possível resistência insulínica, tais como sobrepeso e dislipidemia; portanto, de acordo com as referências atuais, se resistência à insulina for diagnosticada previamente há indicação para uso de medicações sensibilizadoras para ação periférica da insulina, como a metformina, antes mesmo do diagnóstico de DM.

Já no início do acompanhamento, foi prescrita sinvastatina, uma vez que o paciente apresentava baixos níveis de HDL-colesterol e altos níveis de LDL-colesterol com aumento do risco de doença cardiovascular (DCV). Em pacientes diabéticos, com DCV estabelecida e presença de síndrome metabólica, preconiza-se atingir níveis de LDL-colesterol abaixo de 70 mg/dL¹, meta não atingida nesta situação após os 3 meses de acompanhamento. Por sua vez foi instituída durante a segunda consulta a terapêutica anti-hipertensiva combinada com captopril e hidroclorotiazida, tendo em vista o alto risco cardiovascular e em virtude da DM apresentada pelo paciente.

Dessa maneira, o presente caso acabou por mostrar um paciente com quatro critérios de Síndrome metabólica SM desde o início do acompanhamento: HDL-colesterol baixo, triglicérides elevados, DM e HAS. Estes distúrbios conferiram ao paciente alto risco de desenvolvimento de desenvolver DCV, ainda que não evidenciada, durante as consultas, nenhuma comorbidade desenvolvida, sabendo-se porém da importância fundamental do início do tratamento instituído para este paciente a fim de evitar justamente o desenvolvimento da DCV.

CONCLUSÃO

No caso descrito, em virtude ao estabelecimento dos conjuntos de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, iniciados pelo agente comunitário de saúde, o paciente pôde se beneficiar a tal ponto de ser diagnosticado prontamente com SM, sem ainda apresentar DCV instalada, sinais de alterações microvasculares como é o caso da retinopatia diabética, ou macrovasculares como no AVE. Apesar de ter sido participe de uma abordagem inicial agressiva, com alterações do estilo de vida, perda de peso, adequação dietética e prática de exercícios físicos, aliada ao controle medicamentoso dos

níveis glicêmicos, do perfil lipídico e dos níveis pressóricos; o paciente aderiu de forma satisfatória ao tratamento com melhora significativa dos níveis glicêmicos e do perfil lipídico, ainda que não tenha alcançado a meta exigida pela literatura atual. Todas estas nuances destacam a importância de diagnóstico precoce, tratamento adequado e intensivo a fim de reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular nesses pacientes, muitas vezes negligenciados e a mercê de trabalhos insalubres que agravam ainda mais a saúde do cidadão e impossibilitam muitas vezes o ingresso desses à atenção básica.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Como mencionado na introdução deste portfólio, A UBS Paraíso do Murinin, se insere em um contexto de continua negligência por parte dos cidadãos no que diz respeito a saúde do homem, tendo em vista as nuances culturais, ou impedimentos e restrições advindas das madeireiras (principais empresas empregadoras da região). Nesse contexto, soma-se uma carga horária de trabalho extenuante e condições reconhecidamente precárias, propiciando um potencial prejuízo a saúde física e mental desses trabalhadores. Dessa forma este capítulo visa contextualizar a promoção da saúde no âmbito da saúde do homem e do trabalhador.

O presente estudo de caso analisa o caso de um trabalhador de uma das principais madeireiras do Murinin, cujo processo de adoecimento apresenta uma estreita relação com a sua atual experiência de trabalho. Trata-se do caso de um vigilante, empregado em regime de prestação de serviços por uma madeireira local. Admitido em 2015, o paciente deveria desempenhar funções como: assegurar a proteção e segurança da empresa, controlar o fluxo de entrada e saída de pessoal, visitantes e automóveis, inspecionar volumes e cargas e fazer rondas nas instalações. Entretanto, os relatos proferidos pelo paciente indicavam que, em vez de desempenhar essas funções, ele realizara tarefas completamente divergentes a sua função, sendo solicitado por vezes seu serviço para realizar a limpeza de diversos setores da empresa, assim como para ajudar na carga, descarga e classificação de mercadorias.

A frustração advinda da realização de tarefas que divergiam ao seu verdadeiro escopo de serviço, assim como o desgaste física e emocional do trabalhador devido ao crescente número de serviços, desencadearam gradualmente neste indivíduo, sentimento de tristeza, revolta, e fadiga, deteriorando pôr fim a sua saúde, motivo pelo

qual em última instância e já afastado de seu trabalho resolveu procurar a Estratégia de Saúde da Família. Esse contexto e resultado foram estudados na Análise Psicossocial do Trabalho, apresentada por Lima (2002), que propõem o resgate e a análise minuciosa da trajetória biográfica do indivíduo, de seus modos de julgar e conduzir a vida, de seu sistema de valores e da representação de mundo forjada por sua história, bem como das condições de vida e trabalho (Le Guillant, 2006). Dessa forma, o presente relato de caso, tem o intuito de articular os dados objetivos, subjetivos e fatos clínicos, assim como o contexto social do indivíduo, visando à compreensão dos fatores relacionados ao processo de adoecimento.

RELATO DE CASO

Paciente de 27 anos, pardo, separado, formação em vigilância por empresa de formação privada, com 4 anos de experiência no segmento, 80 kg, 174 cm, índice de massa corpórea (IMC) = 26,4kg/m². Se expressando de forma coerente e lógica, o paciente demonstra intensa labilidade emocional e episódios de exaltação durante a consulta, principalmente quando em referência a suas atividades pregressas na última empresa. Está afastado do trabalho há 2 meses e sem perspectivas de retorno devido seu atual estado de saúde. O paciente relata que sua história de adoecimento no trabalho se deu de forma gradual, quando seu chefe muitas vezes além de trata-lo de maneira rude, ordenava serviços que não condiziam a sua real função de trabalho. Por outro lado, o paciente se queixa por nunca ter recebido o reconhecimento devido, mesmo nunca tendo reclamado da sobrecarga no trabalho.

Por fim, insatisfeito o paciente solicitou uma reunião com o departamento pessoal para fazer suas reclamações. Refere que horas antes da reunião se apresentava ansioso, nervoso e com apreensão dos acontecimentos. Já durante a reunião e após expor suas reclamações, o paciente conta que foi ameaçado repetidas vezes e que se não se adequasse às solicitações da empresa seria mandado embora. Após essas declarações, o paciente iniciou quadro de desconforto respiratório abrupto, dor precordial inespecífica e palpitações. “Tive a certeza de que estava enfartando ou morrendo naquele momento, pensava apenas na minha família e porque estava passando por aquilo”

Após o episódio relatado, o paciente foi levado ao serviço de Urgência e Emergência, onde foi realizada anamnese, exame físico e complementares, chegando-se ao diagnóstico de Transtorno do Pânico. Relatou que após o episódio, não se sentiu confortável para retornar ao seu ambiente de trabalho e que não sente mais vontade de trabalhar em nenhuma outra empresa.

DISCUSSÃO

Este caso encontra certa similaridade ao caso anteriormente apresentado no que diz respeito às prioridades repetidamente negligenciadas da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”. Neste caso específico, (que não diverge da grande maioria, ao menos dentro do contexto da comunidade em análise) nota-se que por um período razoável o paciente foi submetido a situações de risco para sua saúde dentro do contexto de seu trabalho. Isso em grande parte se deve a uma autocrítica na qual uma parte substancial dos cidadãos julga a aquisição de um emprego uma dívida sem precedentes e, portanto, importando em menor grau as condições impostas pelos empregadores.

É sabido, no entanto que essa submissão consciente a condições inadequadas, e ainda no contexto desse caso, no que diz respeito a função de trabalho e às pressões cotidianas, parece estar se tornando um fator adicional de sofrimento psíquico para o paciente em questão e, portanto, merece uma atenção especial da área de Saúde Mental e Trabalho. Outrora, faz necessário a introdução gradual deste indivíduo nesta área de atuação que por vezes se confunde apenas com trajetória alinhada da Saúde Ocupacional. Nesse contexto Lacaz (1996), que tomou como objeto de estudo as formações discursivas da academia, dos serviços e dos órgãos sindicais sobre as relações Saúde e Trabalho, mostra e corrobora as diferenças entre o discurso da Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho e o da Saúde do Trabalhador.

Ainda segundo o autor, se a da Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho deve sua emergência no contexto do processo de industrialização brasileira, vindo ao encontro da necessidade de controlar a força de trabalho, sustentando-se em uma visão funcionalista e individualizante, a Saúde do Trabalhador é forjada no contexto do ressurgimento do movimento sindical no Brasil no final da década de 1970 e buscou nas relações de trabalho a determinação do processo saúde-doença. É nesse processo de determinação do processo saúde-doença que o paciente do referido caso se encontra

e faz jus as referências e moldes propostos por Lacaz (1996). Necessitando, portanto, estar inserido em um segmento de abrangência singular ao caso explicitado, ou seja, a área de Saúde Mental e do Trabalho. Para que desta forma, o diagnóstico, tratamento e seguimento sejam mais eficazes e condizentes ao caso proposto.

Para tanto, as ações de promoção da saúde, assim como de educação em saúde são essenciais nesse contexto tendo em vista a necessidade imediata de conscientizar e informar a população sobre os limites e imposições aceitáveis a manutenção da saúde física e mental do indivíduo. Ou seja, somente através dessas ferramentas será possível uma mudança gradual desse panorama insalubre do contexto laboral.

CONCLUSÃO

O presente caso ilustra a realidade crescente de vários cidadãos e trabalhadores além das fronteiras da comunidade em questão. Problemas que se apresentam repetidamente sem que haja uma promoção eficaz das medidas eficazes para a mudança desse panorama. Como auxílio a estas medidas pode-se, no entanto, perceber a persistência dos problemas de Saúde Mental e Trabalho compreendida nos moldes propostos por Lacaz (1996): o contexto atual congrega duas tendências opostas. De um lado a existência de conhecimentos acumulados sobre o tema e, de outro, o "terceiro espírito do capitalismo", conforme Boltanski & Chiapello (1999), que propicia a hipertrofia do discurso da culpabilização da vítima.

E é nesse contexto da hipertrofia do discurso da culpabilização da vítima que se avista o processo de alienação do trabalhador, que o tornará submisso a situações de risco para sua saúde dentro de seu trabalho e que irá, em muitos casos, evoluir para problemas físicos e mentais com grande impacto no curso de vida desse cidadão.

4. VISITA DOMICILIAR NA SAÚDE DO HOMEM

Como exposto nos capítulos introdutórios deste estudo o Sistema Único de Saúde visa atender os cidadãos da forma mais acolhedora possível, tendo em vista que a Atenção Primária de Saúde (APS) se configura como porta de entrada para este serviço. É nesse contexto que a APS centraliza suas ações na Estratégia Saúde da Família (ESF), e que segundo Ronzani (2008, p. 1) tem como propósito, além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade. Ainda dentro de seus propósitos a portaria GM/MS nº 2488 de 21 de outubro de 2011 nos sinaliza que são responsabilidades da ESF a promoção da atenção integral, contínua e organizada à população adstrita através de ações educativas, realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio e outros espaços que comportem a ação planejada, que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

É sabido no entanto, que a assistência aos homens nesta modalidade de atendimento, encontra barreiras similares aquelas encontradas na UBS, ou seja, desde seu acolhimento o serviço encontra barreiras importantes como a abordagem ineficaz dos profissionais de saúde e o desinteresse pela figura do homem como um todo, devido à concepção equivocada de que o programa visa apenas à saúde materno-infantil e da pessoa idosa, como fora em sua origem.

É nesse contexto e em uma tentativa de facilitar o atendimento ao homem, que no dia 27 de Agosto de 2009, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS, através da portaria nº 1.944, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, visto que, dentre os aspectos apontados pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor, a cultura machista associada à desvalorização do autocuidado, à despreocupação com a saúde e ao horário do funcionamento dos serviços de saúde que coincidem com o horário de trabalho dos mesmos (BRASIL, 2009). Ou seja, é notória a necessidade da assistência à esse público na atenção primária, visto que muitas condições patológicas e seus agravantes podem ser minimizados por meio das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, que rotineiramente são realizadas nas

unidades básicas de saúde com as dificuldades inerentes a saúde do homem e já apresentadas nos capítulos anteriores.

ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Ainda que exista uma visão equivocada do objetivo da visita domiciliar por parte de alguns cidadãos, a VD focaliza a abordagem integral a família, não podendo qualquer dos indivíduos inseridos em um contexto familiar ficar de fora do programa. Nesse mesmo sentido cabe recordar que este programa potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença.

Dessa forma percebe-se que está abordagem integral tem como objetivo à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade. Esta referida integralidade, como nos propõe o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, deve incluir, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano. A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares.

No que tange a saúde do homem mais especificamente a visita domiciliar objetiva não somente as características gerais já mencionadas desse programa, mais também funciona com o acolhimento inicial desses pacientes e muitas vezes a porta de entrada para o SUS. E importante recordar, que a visão masculina categoriza a acessibilidade e a restrição de horários como enfrentamentos para adesão aos serviços de atenção primária a saúde. Desse forma, um dos objetivos deve englobar tanto a acessibilidade (já intrínseca a VD), mais também a compatibilidade de horários. Se apenas ignorarmos esse fato estaremos deixando esse cidadão de fora dessa abordagem que automaticamente irá se desvirtuar dos princípios do SUS. Agendar previamente uma data e horário que possa englobar toda a família pertencente a um referido lar pode ser uma ótima solução para alcançar o objetivo maior desse programa.

DESAFIOS ENFRANTADOS E CONCLUSÃO

É sabido que mesmo ao realizar o esforço de acolhimento e tentativas de agendamentos, muitas vezes os cidadãos optam por não participar do programa, pelos mais diversos motivos já mencionados neste escopo. A realidade da UBS do paraíso do Murinin não é muito diferente, muitos deixam claro que não tem desejo de participar ou sequer ouvir a importância do programa para sua saúde como um todo.

Outrora o desafio maior reside naqueles que esboçam o interesse mais que de forma alguma conseguem conciliar seu horário de trabalho ao atendimento, seja na UBS ou através da visita domiciliar. Advindo dessa dificuldade nossa equipe de saúde vem panejando incessantemente parcerias com as diversas madeiras para que em dias pontuais possamos fazer ações in loco e proporcionar ao menos o acolhimento necessários, esclarecimento de dúvidas em geral e realizar a promoção de saúde.

Se conclui que os desafios são grandes quando mencionamos a saúde do homem, no entanto, pode-se fazer da visita domiciliar um grande aliado aos nossos propósitos para integralizar a Atenção Básica e gradativamente aumentar a participação do homem na Estratégia de Saúde da Família.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante as atividades desenvolvidas para a elaboração do presente estudo e durante as reuniões realizadas com a equipe de saúde, ficou evidente que o maior empecilho para a adesão do homem nas atividades e promoção em saúde básica advém dos bloqueios culturais enraizados em nossa sociedade, situando o homem como ser unicamente paternalista e com funções familiares pré-estabelecidas. Essa visão retrograda culmina na ausência dessa população nos serviços de atenção primária, pois não encaram os compromissos intrínsecos ao patriarca da família e são amparados pelo conformismo deixando de tomar atitudes para se integrar em um contexto social e familiar mais abrangente.

Concomitante a isso, se pôde vislumbrar um descaso histórico por parte do Estado em relação a saúde do Homem até a criação da política de atenção à saúde do homem. Acontece que mesmo após instituir essas diretrizes, o próprio estado não ofertou as condições estruturais e de recursos humanos para pô-las em pratica. Desse forma o descaso diminuiu apenas parcialmente, necessitando de fato de um maior apoio

por parte do Estado. E necessário entender também que o contexto social e da comunidade é absolutamente dinâmico, ou seja, existe um esperado crescimento demográfico e espera-se que a isso acompanhe a ampliação do oferecimento de serviços e dos profissionais de saúde. Muitas vezes isso não acontece, o que acaba sobrecarregando o sistema e também os interesses do cidadão que não mais estão dispostos a esperar por atendimentos demorados e muitas vezes com qualidade reduzida devido a demanda inflada pela má administração estatal.

No que diz respeito aos profissionais de saúde é necessário que haja uma capacitação contínua para que estes estejam preparados para atender as demandas masculinas desde o acolhimento até o seu acompanhamento contínuo. Recordando que o momento do acolhimento é essencial para o sucesso da inserção dessa população na Estratégia de Saúde da Família. Por fim, a comunidade do Paraíso do Murinin apresenta ainda uma importante barreira social para o sucesso da programa voltado à saúde do homem. Como citado em diversos momentos desse estudo, as madeiras tem importante influência nas atividades econômicas da região, condicionando muitas vezes o trabalhador a atividades extenuantes, sem poder ter o benefício do atendimento na UBS ou por visita domiciliar, tendo em vista a carga horária incompatível desses trabalhadores.

Esses fatores estão correlacionados e devem ser encarados por todos os profissionais de saúde a fim de eliminar ou amenizar as barreiras culturais e sociais já estabelecidas e propiciar o envolvimento cada vez maior dos homens na Estratégia de Saúde da Família. Sabendo que nuances culturais não são resolvidos à curto prazo, é mandatório o investimento precoce em atividades educativas, além de incentivar o diálogo entre as entidades de saúde e as trabalhistas, culminando na resolução conjunta de diversos impasses.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília, DF, 2008.
2. National Institute of Health State-of-The Science Conference Statement: Tobacco use: Prevention, Cessation, and Control. NIH Conference. *Ann Intern Med* 2006; 145: 839–844
3. Dahlof B, Devereux R; Kjeldsen S, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the losartan intervention or endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 995–1003.
4. Julius S, Kejdelsen SE, Weber M, et al. Outcomes in hypertensive patients in high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan and amlodipine: the VALUE randomized trial. *Lancet* 2004; 363: 2022–2031
5. Reappraisal of European Guidelines on hypertension management: a European Society of hypertension task force document. *J Hypertens* 2009; 27: 2121–2158
6. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive bloodpressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet* 1998; 351: 1755–1762
7. Lindholm LH, Ibsen H, Dahlof B, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 1004–1010
8. Pedersen ME, Cockcroft JR. The vasodilatory beta-blockers. *Curr Hypertens Rep* 2007; 9(4): 269–277
9. Castelli WP. Cholesterol and lipids in the risk of coronary heart disease - the Framingham Heart Study. *Can J Cardiol*, 1988;4:(SupplA):5A-10^a
10. Le Guillant, L. (2006). O trabalho e a fadiga. In M. E. A. Lima (Org.), *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho* (pp. 218-241). Petrópolis: Vozes.

11. Lacaz, F. A. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 151-161.
12. Lacaz, F. A. C. (2007). Conhecimentos, práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-
13. 60. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10 (1), 93-103.
14. Lacaz, F. A. C. & Sato, L. (2006). Humanização e qualidade do processo de Trabalho em Saúde. In S. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
15. Lacaz, F. A. C. (1996) *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
16. Boltanski L & Chiapello E 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard, Paris. 7. Lindholm LH, Ibsen H, Dahlof B, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 1004–1010.
17. ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2011, 13(3): 152-166.
18. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
19. 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*. 92p. Brasília, 2009d.
20. 19, COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Revista Interface*. São Paulo, 2009.
21. GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. V. 23, n. 3, p. 565-574. Rio de Janeiro, 2007.
22. VALENTIM, I. V. L; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007, vol.12, n.3, pp. 777-788.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



FELIPE DA FONSECA SILVA COUTO

**IMPLANTAÇÃO E CAPTAÇÃO DE PACIENTES PARA O PRÉ-NATAL DO
PARCEIRO NO POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARAÍSO DO MURININ**

BELÉM, 2017

RESUMO

O Programa Pré-natal do Parceiro desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2016 trata-se se apresenta como uma ferramenta inovadora em busca do envolvimento do pai/parceiro nas ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica. Devido a sua recente criação, muitos municípios ainda não tiveram a oportunidade de aderir a este programa, como é o caso do Município de Benevides (Pará). Este Projeto de intervenção tem como objetivo implantar esse programa no município através do Posto de Saúde da Família Paraíso do Murinin e obter resultados para incentivar sua aplicação nas outras unidades de saúde do referido município. Para tanto o presente projeto executa suas ações através do Guia de Pré-natal do Parceiro com estratégias de captação voltadas para a realidade populacional da aplicação do projeto.

Descritores: Pré-natal do Parceiro. Saúde do Homem. Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A diferenciação de gênero e a divisão de tarefas é um fato nítido e ainda presente no presente século. Nesse contexto é sabido que historicamente sempre houve uma distinção cultural entre o papel da mãe e do pai, esta primeira apresentando-se como cuidadora propriamente dita e o segundo como provedor de recursos financeiros. Ou seja, a referência afetiva historicamente esteve voltada para a mãe, deixando o pai isento quanto as responsabilidades inerentes aos cuidados primários dos seus filhos.

Ainda que presente, esta realidade vem sofrendo modificações sutis quanto a uma postura mais igualitária no que diz respeito às diferenças de gênero, repercutindo na inclusão gradual dos homens no período gestacional de sua parceira (1). A presença desta figura paterna desde o período pré-natal se faz essencial tanto para fortalecer os laços familiares como para que este indivíduo perceba sua importância neste contexto, além de poder estabelecer sua condição de pai antes mesmo do parto. (2). Ainda nesse cenário é possível notar uma maior integração entre o casal, estruturando uma condição de parceria importante para todo o processo de construção familiar.

Fato é que a presença do casal durante as consultas é um fator essencial para o sucesso do pré-natal, dessa forma a própria Organização Mundial de Saúde vem a enfatizar que o cuidado na atenção pré-natal, perinatal e puerperal deve estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal (3).

Ainda que carente de leis que possibilitem mais interações do parceiro no período pré-natal já existe por lei a garantia do direito do homem em acompanhar todo processo do trabalho de parto, lei esta que foi sancionada em 07 de abril de 2005, a Lei nº 11.108 e que garante as parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (4).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem se atentar para a participação do homem na assistência pré-natal, fazendo um trabalho de motivação continua além de técnicas de captação contundentes desses parceiros. A Unidade de Saúde da Família (USF) Paraíso do Murinin está localizada no Município de Benevides na região metropolitana do Estado do Pará, sendo 10000 o número de atendimentos estimados. Composto de quatro equipes de saúde, a ESF presente nesse PSF ainda não apresenta estratégia alguma voltada para a implantação e captação de pacientes para

o pré-natal do parceiro. No que se refere aos atendimentos de consulta pré-natal, com o auxílio do Prontuário Eletrônico Cidadão é possível notar que nos últimos três meses nenhum dos 17 atendimentos tiveram a presença do companheiro durante a referida consulta. Indaga-se, portanto os eventos que geram essa falta de adesão alarmante por parte dos parceiros.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é identificar os fatores que influenciam a participação ou não dos companheiros durante as consultas de pré-natal, assim como desenhar uma estratégia concreta para a captação desses pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implantar o Pré-Natal do Parceiro e incentivar a captação de pacientes para esse programa no contexto da USF Paraíso do Murinin.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar levantamento estatístico que traduza a realidade do acompanhamento ativo dos parceiros nas consultas de pré-natal;
- Conhecer o perfil populacional de homens / parceiros da região de implantação do programa;
- Construir planos de captação dos parceiros para participação ativa do pré-natal;
- Motivar a continuidade do vínculo paterno mesmo após o termino das consultas;
- Acompanhar indicadores estatísticos para mensurar a abrangência da implantação do programa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Como abordado durante a introdução do presente projeto, a gestação demonstra ser um momento chave na relação entre os pais, na criação e acolhimento da criança, sendo por tanto um acontecimento que demanda uma série de ações pela área da saúde (5). Ou seja, a experiência do parceiro no pra natal é fundamental para a família como um todo, assim segundo Cavalcante (2007) “a experiência do homem no processo de gravidez de sua mulher/companheira decorre da interação estabelecida com ele mesmo, com a gravidez, com a companheira e a família”.

Por fatores culturais e que foram se estabelecendo no decorrer das décadas, a paternidade muitas vezes iniciava apenas após a criança nascer, deixando um processo de vínculo e afetividade importante para trás. Ainda assim o que se constata é que no contexto atual muitos homens de diferentes idades demonstram desejo de participar ou efetivamente participam no curso da gestação, desde o planejamento familiar, passando por todas as fases da gestação, até o desenvolvimento da criança (UNFPA e Instituto PAPAI, 2007).

Ainda nessa linha de inclusão e importância da participação ativa do casal, o Ministério da Saúde enfatiza que o cuidado na atenção pré-natal, perinatal e puerperal deve estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal (BRASIL, 2005).

Ainda assim, os obstáculos ainda se encontram presentes em nossa sociedade e isso é compreensível, quando analisamos os fatores culturais difundidos na sociedade como um todo, sociedade esta de cunho visivelmente patriarcal, onde os papéis da mãe devem ser bem diferentes daqueles desenvolvidos pelo pai. Dessa maneira, muitas vezes se alimenta a falsa impressão de que o vínculo primário com a criança deve partir da mãe, enquanto o pai se envolve com o aporte financeiro à família e no protecionismo da mesma. Isso, no entanto causa estranheza tendo em vista que para que haja proteção é demandado que haja conhecimento e vínculo com aquilo que se almeja proteger.

Em outras palavras, o pesquisador Michael Kaufman pontua de forma contundente: observamos um “paradoxo do poder masculino”, onde, para ter acesso a uma série de privilégios e mais poder em relação às mulheres, os homens constroem armaduras que os isolam do contato afetivo com o próximo e da esfera do cuidado e da saúde, seja para outros ou para ele mesmo (Kaufman, 1999). Ainda assim é

possível ver no contexto atual uma mudança gradual desse impasse cultural, sendo que para muitos homens o período da gestação será de fato um importante momento, onde irá explanar as mais diversas emoções e em algumas ocasiões até sintomas físicos. Como expõe o Ministério da Saúde em seu Guia de Pré-natal do Parceiro (BRASIL, 2016): Assim como as mulheres, é muito comum que os futuros pais engordem, sofram enjoos, tenham desejos, crises de choro, dentre outros sintomas. Característicos da Síndrome de Couvade, esses sintomas não representam um distúrbio ou doença, pelo contrário, podem demonstrar que os homens sentem, assumem e desejam a gravidez juntamente com a sua parceira.

Para propiciar a oportunidade do parceiro de participar de todas as etapas do pré-natal, incluindo posteriormente o processo do parto, sancionou-se em 07 de abril de 2005, a Lei nº 11.108 que garante as parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS (11). Dessa forma, os profissionais de saúde devem motivar a participação dos parceiros na assistência pré-natal e o envolvimento com sua parceira durante a gestação, no parto e no pós-parto. Esta prática por parte dos profissionais ainda encontra-se bastante fragilizada, tendo em vista que grande parte dos profissionais concentram-se apenas na mãe e na criança durante o processo gestacional. Em um estudo transversal do tipo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa de Oliveira (2009) expõe: Durante o pré-natal percebe-se que o profissional de saúde vai concentrando as consultas na mulher grávida e na criança, tornando o homem um mero expectador. O convite aos homens para que estes participem dos grupos de gestantes não é uma prática comumente adotada pelos profissionais da Unidade em estudo, pois apenas dois entrevistados (15,4 %) referiram terem sido convidados a participarem desses grupos.

A partir dessa revisão evidencia-se que a gestação também deve gerar interesse por parte do parceiro, e nesse contexto os profissionais de saúde são ferramentas essenciais para estimular a participação do homem durante todo esse processo, repercutindo de maneira positiva para o bem estar biopsicossocial da família como um todo, sendo o pré-natal o momento oportuno para que se realize essa abordagem.

4. MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção (PI), com intervenção prática em Atenção Básica no Município de Benevides (Pará), através do programa Mais Médicos Para o Brasil. A metodologia proposta constitui-se da implantação do programa “Pré-Natal do Parceiro” com execução e estratégias de captação de parceiros a partir das orientações vigentes no Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde.

A **Proposta** trata-se do momento de partida do referido projeto, com a apresentação do PI para a equipe de saúde em reunião preestabelecida. Durante a referida reunião apresentar-se-á os objetivos e metodologia propostas, assim como os resultados esperados. Ainda nesse contexto devem ser discutido o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, assim como as estratégias de captação do público-alvo para a unidade de saúde.

A **Captação** é o momento em que a equipe executa as estratégias de captação do público-alvo discutidas durante a reunião de apresentação da proposta. Essa execução deve estar em concordância ao cronograma apresentado e sendo partícipes todos os membros da equipe de saúde.

O **Acolhimento** trata-se de uma etapa crítica e essencial para o sucesso do projeto. É necessário que este processo se dê de forma humanizada observando a singularidade de cada paciente para que este se sinta acolhido e com papel essencial na gestação da parceira. Caso o referido parceiro não possa estar presente, deve ser repassada para a paciente a necessidade e importância do seu parceiro no pré-natal. Por se tratar de uma etapa delicada, o Posto de Saúde deverá alinhar seu atendimento para esta política. Dessa forma, o Ministério da Saúde sugere que sejam seguidas as recomendações para a Unidade de Saúde Parceira do Pai (13), iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo elas:

PREPARAR A EQUIPE DE SAÚDE

- Incluir os pais/parceiros nas rotinas dos serviços;
- Incluir os pais/parceiros no pré-natal, parto e pós-parto;

- Incluir os pais/parceiros nas enfermarias;
- Promover atividades educativas com os homens;
- Acolher e cuidar dos homens;
- Preparar o ambiente;
- Dar visibilidade ao tema do cuidado paterno;
- Criar horários alternativos;
- Fortalecer a rede de apoio social.

O **Atendimento** é a etapa conseguinte ao acolhimento, sendo importante que o profissional mantenha um diálogo coerente e compreensível com o paciente, resgatando em um segundo momento o histórico deste usuário com o tema da paternidade, no sentido de conhecer suas experiências e vivências pregressas, assim como sua percepção da importância dele como pai, a fim de captar quais são as facilidades e as dificuldades encontradas para cada paciente, estabelecendo após estratégias cabíveis para cada tópico (10). É importante enfatizar que a confiança do paciente deve ser conquistada a cada atendimento e muitas vezes tópicos que não puderam ser abordados em um primeiro momento, em uma consulta posterior poderão ser abordados.

A **Singularidade** diz respeito à abordagem do paciente no que diz tange à saúde do homem, dessa forma a estratégia Pré-natal do Parceiro demonstra ser uma ótima oportunidade para ofertar exames de rotina e testes rápidos, assim como a inserção em outros programas de saúde, tendo em vista que em muitas ocasiões este será um dos únicos momentos que este cidadão se dirija à unidade de saúde. Ainda assim é necessário recordar que os referidos procedimentos e exames devem ser solicitados respeitando os protocolos estabelecidos pelo no Caderno de Atenção Básica Nº 29 do Ministério da Saúde. Nesse contexto, caso alguma alteração seja detectada, deve ser aplicada a conduta condizente, com tratamentos específicos ou realizar referência para o tratamento dentro da rede do Sistema Único de Saúde.

A **participação contínua** é a etapa que encerra o ciclo do Pré-Natal do Parceiro, mas que incentiva a continuidade da participação do parceiro em todos os processos conseguintes ao pré-natal, ou seja, parto, pós-parto e participação contínua no cuidado e criação da criança. Neste processo também é importante explicar para a gestante e para o parceiro os benefícios da participação dele em todas essas

etapas, fazendo assim um ciclo de participação desde as consultas de pré-natal até o momento do parto e do pós-parto. Por fim, através do Prontuário Eletrônico Cidadão (PEC), será possível prever a eficiência das etapas de captação e participação ativa dos parceiros durante todo o período pré-natal, constituindo-se como ferramenta essencial para estabelecer correções e estabelecer estratégias durante o projeto.

5. CRONOGRAMA

Atividade	Duração da	Previsão de Início	Previsão de
Apresentação do Projeto de	1	07/11/201	07/11/201
Elaborar plano de	1	09/11/201	09/11/201
Organizar material	8	10/11/201	17/11/201
Realizar	8	17/11/201	24/11/201
Realizar	294	25/11/201	01/09/201
Avaliar programa com	Mensa	1ª sexta-feira do mês	1ª sexta-feira do
Avaliar adesão ao	Mensa	1ª sexta-feira do mês	1ª sexta-feira do
Gerar	Mensa	1ª sexta-feira do mês	1ª sexta-feira do

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 15 agentes comunitários de Saúde, 4 agentes administrativos, 8 técnicos de Enfermagem, 4 enfermeiros e 4 médicos.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Carro Social
- Computador
- Folha A4;
- Impressora;
- Projetor portátil
- Material específico do Programa cedido pelo MS

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a captação de pacientes e a implantação do Pré-Natal do Parceiro no PSF Paraíso do Murinin, espera-se modificar estatisticamente a adesão dos parceiros ao programa, assim como estabelecer critérios de acolhimento e atendimentos fundamentados no Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.

Inicialmente espera-se uma mudança tanto estrutural como comportamental na unidade de saúde, para que o paciente passe a fazer parte da rotina da saúde básica e participe de maneira mais ativa, não só do pré-natal do parceiro, mas de outros programas específicos voltados para a saúde do homem. Nesse contexto será necessário mais que uma exposição teórica para a abordagem dos profissionais de saúde, a mudança cultural anteriormente citada no escopo deste projeto deve ser fato decisivo.

Sendo assim, este projeto também assume a responsabilidade de conscientizar os profissionais e a população a respeito da igualdade de gênero e da importância da

participação conjunta de todos os membros da família. No que diz respeito à saúde do homem como um todo, o projeto irá constituir uma ferramenta importante para a captação dessa população-alvo, que por múltiplos fatores não tem a oportunidade ou a proatividade de buscar serviços de saúde. Dessa maneira, o pré-natal do parceiro se colocado em prática de forma consistente além de ser benéfico para a família como um todo, irá propiciar ao homem uma porta de entrada para a SUS e, por conseguinte a aplicação da saúde preventiva nesta população.

REFERÊNCIAS

1. Gomes DS, Pessoa FS. Estudo das opiniões dos profissionais de enfermagem sobre a presença do pai/ companheiro na sala de parto [monografia]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Residência em Enfermagem; 2003.
2. Kmecik RF, Martins MA. Percepção da mulher sobre a participação do homem/companheiro no pré-natal. In: 56° Congresso Brasileiro de Enfermagem. Gramado. Rio Grande do Sul: ABEN, 2003 .
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF. 2005.
4. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.
5. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. Cien Saude Colet 2015; 20(11).
6. Cavalcante MAA. A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
7. UNFPA e Instituto PAPAI. Homens também cuidam! Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. Recife:2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF.2005.
9. Kaufman, M. The 7 P's of men's violence. Toronto: [s.n.], 1999
10. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Brasília, DF. 2016.
11. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.
12. LIVEIRA, Sheyla Costa de et al. A Participação do Homem no Acompanhamento da Assintência Pré-Natal. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 14, n. 1, maio 2009. ISSN 2176-9133.
13. Branco et al. Unidade de saúde parceira do pai. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.