

GUIA DO

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA DO

**PRÉ-NATAL
DO PARCEIRO**
**PARA PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**



Brasília – DF
2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral

GUIA DO

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Brasília - DF
2023

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral
Coordenação de Atenção à Saúde do Homem
SRTV 702, Via W 5 Norte,
CEP: 70723-040 Brasília – DF
Site: aps.saude.gov.br
E-mail: dgci@saude.gov.br

Marcos Nascimento (Fiocruz)
Daniel Campos (UFRJ)
Vanessa Fonseca (UFF)
Áurea Corrêa (UFMT)
Jeane Anschau (UFMT)
Patrícia Caetano (UFPE)
Juliana Keila (UFPE)
Marília Torres (UFPE)
Francisco Norberto Moreira da Silva
(COPID/DGCI/SAPS)
Renata Gomes Soares (DGCI/SAPS)

Editor geral:

Nésio Fernandes de Medeiros Junior
Marcos Vinícius Soares Pedrosa
Grace Fátima Souza Rosa

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Coordenação:

Celmário Castro Brandão

Revisão:

Claudia de Amorim Souto

Elaboração de texto:

Celmário Castro Brandão
Fernando Pessoa de Albuquerque
Isabela Machado Sampaio Costa Soares
José Maria Viana dos Santos
Julianna Miwa Takarabe
Patrícia Santana Santos do Amaral
Rafael da Silva Magalhães

Ilustrações, projeto gráfico e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Colaboração:

Benedito Medrado (UFPE)
Jorge Lyra (UFPE)
Maria Lúcia Chaves Lima (UFPA)
Eric Alvarenga (UFPA)

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 73 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf

ISBN 978-65-5993-477-5 (versão impressa)
ISBN 978-65-5993-482-9 (versão eletrônica)

1. Cuidado Pré-natal. 2. Paternidade. 3. Homens. 4. Atenção Primária à Saúde I. Título.

CDU 616-022.6:578.834

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0273

Título para indexação:

Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde

Agradecimentos

A Coordenação de Atenção à Saúde do Homem agradece o empenho e as relevantes contribuições dos gestores, técnicos e pesquisadores que elaboraram a 1ª edição desta publicação:

Michelle Leite da Silva
Eduardo Schwarz Chakora
Daniel Costa Lima
Cícero Ayrton Brito Sampaio
Francisco Norberto Moreira da Silva
Renata Gomes Soares
Juliano Mattos Rodrigues

Também são prestados agradecimentos aos técnicos e gestores do Ministério da Saúde que contribuíram no processo de revisão desta 2ª edição:

Aline Gonçalves Pereira
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
Jacqueline Paula Silva Barbosa
Danielle da Silva Gois Araújo
Julio Mariano Kersul de Carvalho
Kelly Viviane Gomes Marques

Nossa profunda gratidão aos gestores e profissionais de saúde das 27 Unidades Federativas que enviaram seus comentários e sugestões, e que participaram das discussões que subsidiaram a revisão e aprimoramento do Guia do Pré-Natal do Parceiro para profissionais de saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
A Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP)	8
Parceiro, parceira ou parceria	10
INTRODUÇÃO	12
Homens, Gênero, Paternidade e Cuidado	13
A PATERNIDADE COMO OPORTUNIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS HOMENS	20
A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO	28
ACOLHIMENTO DO(A) PARCEIRO(A)	34
Número de atendimentos	36
Dinâmica dos atendimentos	37
Fluxo de introdução ao pré-natal da gestante e do parceiro	38
Etapas do Procedimento Consulta Pré-natal do Parceiro	39
CALENDÁRIO VACINAL	50
ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL PARA AMPLIAÇÃO DA ADESÃO AO PRÉ-NATAL	62
LICENÇA-PATERNIDADE	65
REFERÊNCIAS	70

APRESENTAÇÃO



Este *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde* foi originalmente publicado em 2016 para apresentar a Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP), que, em linhas gerais, visa orientar profissionais e gestores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a importância do envolvimento masculino em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Mais recentemente, entre 2021 e 2023, este material passou por processo de revisão/atualização – conduzido pela Coordenação de Atenção à Saúde do Homem (Cosah/CGACI/DGCI/Saps/MS), com a participação de pesquisadores/as vinculados/as a instituições públicas de pesquisa e formação acadêmica (Gema/UFPE; UFPA; UFMT e IFF/Fiocruz). Esse processo contou também com diálogos e a apreciação de gestores(as), das Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde do Homem, das áreas técnicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) do Ministério da Saúde, além de trabalhadores(as) da atenção primária à saúde (APS) e representantes da sociedade civil.

Para ampliarmos a participação dos homens na APS é necessário que trabalhadores(as) e gestores(as) revejam práticas e ideias e estejam mais atentos(as) às construções socioculturais de gênero e às singularidades das pessoas e dos territórios, a fim de garantir espaços de reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde. Faz-se necessário desenvolver e rever estratégias para ampliar a participação dos homens no pré-natal. E, na mesma medida, garantir

o registro adequado das ações realizadas em uma dimensão institucional e programática nos sistemas de informação da saúde.

Assim, é com muita satisfação que apresentamos esta nova edição, que pôde ser construída com a participação daqueles(as) que, com base em seus conhecimentos e atuação profissional cotidiana, contribuem para o fortalecimento e expansão do SUS: universal, integral e equânime.

A Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP)

A Cosah/CGACI/DGCI/Saps/MS vem trabalhando, desde 2009, com vistas à redução de agravos à saúde do homem que, em linhas gerais, estão associados a um modelo cultural que preconiza que os homens não cuidam nem de si, nem dos outros. Nesse sentido, os eixos *Acesso e acolhimento* e *Paternidade e cuidado* da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) assumem um lugar especial.

Com base no eixo *Acesso e acolhimento*, pretende-se sensibilizar trabalhadores(as) da saúde e homens em geral sobre a importância de promover a presença dos homens na atenção primária, com a oferta da promoção e prevenção da saúde, evitando a procura pela assistência especializada, motivada, em geral, por algum agravo já instalado.

No caso do eixo *Paternidade e cuidado*, ressalta-se a importância de promover o envolvimento do homem em todo o processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e

desenvolvimento infantil, proporcionando oportunidades para criação de vínculos afetivos e saudáveis, em consonância com princípios da humanização do pré-natal, parto e nascimento e a Lei do Acompanhante (11.108/2005), entre outros dispositivos formais.

Em 2016, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP) como uma das propostas para a efetivação de um dos eixos da Pnaish nos territórios, que é o eixo de *Paternidade e cuidado*. A EPNP é inspirada em diversas experiências locais, com vistas a estimular o envolvimento consciente e ativo de homens, pais e/ou parceiros, sejam eles adolescentes, jovens, adultos ou idosos, em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e ao longo do desenvolvimento da criança, que, durante muito tempo, foram considerados atribuições ou funções exclusivamente femininas e focados no binômio mãe-bebê.

Busca-se, então, por meio da EPNP, o rompimento e a transformação, na prática, de construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os parceiros tanto dos compromissos e dos deveres quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam esse universo. O envolvimento dos homens em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles e suas parceiras e filhos(as).

Ao mesmo tempo, do ponto de vista do cotidiano dos(as) trabalhadores(as) da APS, a EPNP visa contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desses homens nos serviços de saúde, com enfoque na atenção primária à saúde, o que expande a Pnaish nos territórios.

Ao aproximá-los de suas unidades básicas de saúde (UBS) e equipe de Saúde da Família (eSF) de referência, é favorecida a criação de vínculo e confiança entre esses atores, oportunizados no momento em que os homens acompanham as gestantes em consultas de pré-natal. A partir disso, possibilita-se ou potencializa-se o desenvolvimento de ações orientadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e de cuidados integrais à sua saúde. E um ponto importante que é trabalhado nessas ações é a ideia de desconstruir o conceito de que o homem é um mero acompanhante, reforçando, assim, a sua participação de modo ativo em todo o processo da gestação.

Este Guia vem, portanto, para incentivar e apoiar o desenvolvimento de ações norteadas pela EPNP, pelos(as) trabalhadores(as) da APS junto aos homens, nos diversos territórios do país.

Parceiro, parceira ou parceria

No âmbito da atenção integral à saúde do homem, esta publicação utiliza o termo “parceiro” entendendo que **os benefícios da EPNP se estendem a todos os homens**, pais biológicos ou não, cisgêneros ou transgêneros, gays, bissexuais ou heterossexuais, independentemente de raça, cor, origem ou classe social, mas que se colocam ao lado de uma pessoa que gesta (que pode ser tanto uma mulher cisgênero como homem transgênero), apoiando e cumprindo sua função de parceiro no exercício da parentalidade.

Ao mesmo tempo, como veremos adiante, a Cosah reconhece a diversidade de arranjos familiares e configurações de gênero

diversas e plurais, que incluem casais heterossexuais, casais formados por duas mulheres, por dois homens, famílias monoparentais (pai solo ou mãe solo) e outras tantas possibilidades de desenhos de famílias, legitimadas pela sociedade e reconhecidas pelo Código Civil Brasileiro.

Também é importante o reconhecimento das questões relativas à dimensão racial, à dimensão territorial e às condições físicas singulares, dando atenção especial aos homens negros, aos homens com deficiência e às demandas e necessidades particulares dos territórios.

Essa **diversidade** precisa ser reconhecida e merece atenção especial, tal qual preconiza o SUS, reconhecendo a **equidade** como um dos seus princípios fundamentais. Todas as pessoas têm direitos iguais, no entanto as pessoas não são iguais nem vivem as mesmas condições e, por isso, têm necessidades particulares.

Além disso, em nossa sociedade, muitas vezes, as pessoas são discriminadas por não se enquadrarem em um sistema patriarcal – marcadamente sexista e racista. Assim, equidade significa tratar com mais atenção as pessoas que, por diferentes condições ou contextos, são tratadas em nossa sociedade de modo desigual.

Essa compreensão implica o compromisso dos serviços públicos de saúde, especialmente as UBS, em ofertar um atendimento humanizado, singular, que respeite as particularidades e condições das pessoas.

INTRODUÇÃO



Homens, gênero, paternidade e cuidado

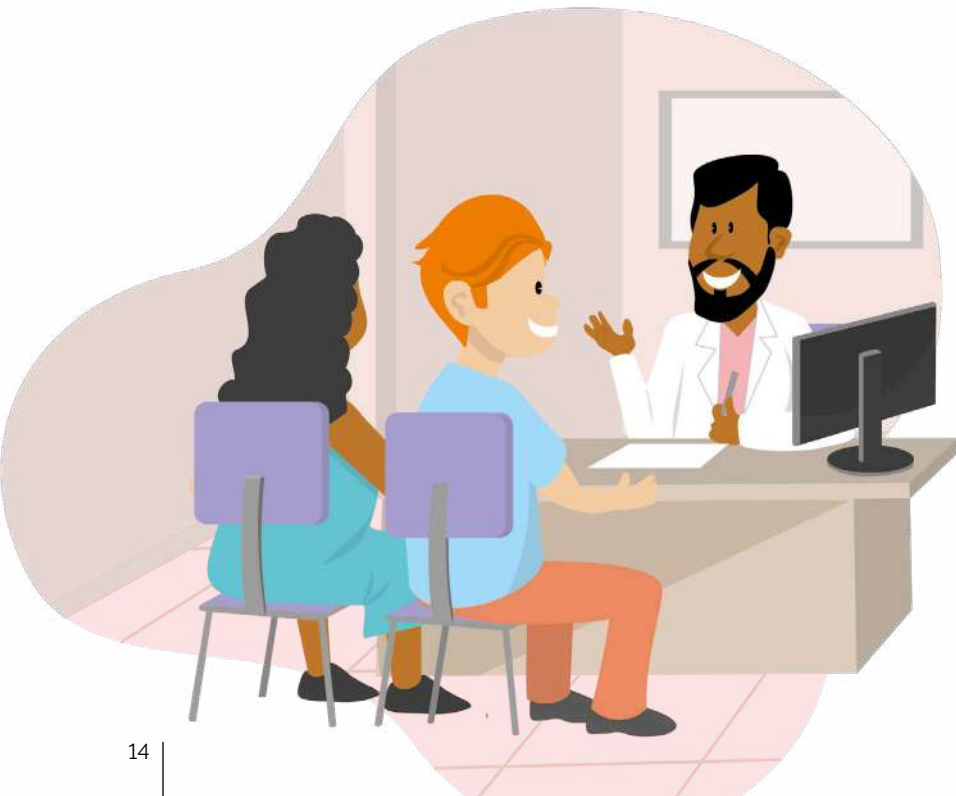
Em nossa cultura e em nossas práticas cotidianas (inclusive profissionais), reproduzimos, frequentemente, a ideia de que o cuidado é uma atribuição das mulheres. Esse padrão cultural muitas vezes não nos permite reconhecer a diversidade de experiências de homens e mulheres, plurais, dos arranjos familiares e de modos de cuidar (Medrado; Lyra, 2002).

Porém, nas últimas décadas, a importância e a necessidade de maior participação dos homens no planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério, bem como na divisão sexual do trabalho doméstico e do cuidado infantil, têm-se consolidado no campo da saúde e direitos reprodutivos, promovendo debates, ações e, principalmente, uma mudança de olhar por parte dos formuladores de políticas públicas, gestores, trabalhadores da saúde, pesquisadores e ativistas (Ariha; Unbehau; Medrado, 1998).

Usualmente, a gestação é definida pelas mudanças observadas no corpo da pessoa que gesta, a partir dos meses iniciais. Nesse contexto, muitas vezes, o exercício da paternidade se expressa apenas quando a criança nasce ou mesmo quando ela já está mais crescida. Porém, a gestação é uma experiência que extrapola o corpo da pessoa que gesta, envolve dimensões subjetivas e culturais, abrange toda a família e a comunidade à qual a futura criança se integrará.

No cotidiano dos serviços de saúde, há recorrentes relatos de homens que não se envolvem com a gestação de suas parceiras e outros que não chegam a desenvolver qualquer vínculo com seus filhos ou filhas, ainda mais quando não estão em um relacionamento afetivo com a mãe. Porém, há um grande esforço para mudar essa situação.

Por isso, considera-se relevante dar visibilidade às diversas formas de ser pai e de exercitar práticas de cuidado com os(as) filhos(as) e reconhecer a diversidade de possibilidades de vivenciar a paternagem, seja por casais heterossexuais, homossexuais ou homens de outras identidades de gênero, como homens transgêneros; ou ainda diversos arranjos familiares, como família monoparental ou unilinear (pai solo), famílias constituídas a partir de adoção (bilateral ou unilateral), pai viúvo, pai divorciado ou padrasto.



A EPNP contempla e reconhece qualquer pessoa que se identifique como homem e se dedica a promover o fortalecimento da diversidade das paternidades, sob suas várias possibilidades referentes à formação de uma família. Pai biológico, pai adotivo, pai socioafetivo, pais do mesmo sexo ou mesma identidade de gênero etc., visto que todas as configurações familiares precisam ser acolhidas.

Quem já passou por todas as fases de uma gestação, até o desenvolvimento de uma criança, pode facilmente comprovar que independentemente da configuração familiar, esse período traz à tona uma série de emoções e de decisões que impactam o cotidiano das já formadas ou futuras famílias.

Nesse sentido, o período da gestação deve ser de grande importância para todas as pessoas envolvidas, para que as mudanças de rotina e as adaptações decorrentes da chegada da nova vida transcorram de forma fluida e tranquila para todos.

Tradicionalmente, as estratégias e ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas aos direitos reprodutivos, incluindo o acompanhamento da gestação e o momento do parto, têm se centrado quase que exclusivamente nas mulheres e nos bebês.

No entanto, há fortes evidências de resultados positivos do engajamento dos parceiros em todo esse processo. Por exemplo, bebês que têm a figura e os cuidados paternos na dinâmica familiar, desenvolvem uma melhor segurança emocional e têm menos problemas de saúde na infância.

A ausência do pai, além do baixo peso ao nascer e da renda familiar, está associada a riscos de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (Araújo; Melo; Israel, 2017). A ausência paterna

na gestação também interfere negativamente no peso do bebê, ou seja, a criança apresenta baixo peso ao nascer.

A inserção do parceiro nas etapas de gestação, parto, pós-parto e cuidado com o bebê é fator de proteção não só para a criança, mas também para a saúde materna. Existem comprovações da existência de relação entre o cuidado paterno e a atenuação dos sintomas da depressão pós-parto. A participação paterna durante as consultas de pré-natal possibilita a orientação do pai quanto às alterações emocionais e físicas vivenciadas durante o parto e o pós-parto, ajudando assim a diminuir a violência doméstica (Henz, 2018).

O exercício da paternidade pode representar uma âncora de segurança identitária para homens privados e marginalizados de outros símbolos de prestígio do masculino (trabalho, provimento de renda familiar, segurança etc.), afetados pela superficialidade e instabilidade das relações socioafetivas (Cruz *et al.*, 2015). Com isso, o exercício da paternidade pode ser considerado um fator de proteção e de promoção da saúde (Albuquerque, 2020).

Por outro lado, ainda é possível encontrar barreiras socioculturais, obstáculos e resistências, comuns a qualquer processo que envolva mudança de paradigmas e novos modos de trabalho, por parte de alguns gestores(as), trabalhadores(as) da saúde e uma parcela significativa da população masculina e feminina no que tange ao engajamento dos parceiros nesses temas.

Isso é compreensível, pois seguindo valores passados por uma cultura e uma sociedade patriarcal, ainda predominantemente machista, essa mentalidade defende a manutenção de padrões rígidos e convencionais de gênero para mulheres e homens.

Muitas vezes, isso inclui a percepção de que a gestação e o cuidado de filhos(as) dizem respeito exclusivamente às mulheres.

Especificamente relacionado à população masculina, percebemos que a vivência de um número significativo de homens brasileiros é marcada por uma constante vigilância e questionamento sobre o que, de fato, representa ser um "homem de verdade" e como este deveria se comportar para tal.

Nesse cenário, a necessidade de negação de qualquer aspecto que possa ser interpretado como "feminino" é algo estritamente ligado às experiências masculinas, o que afasta os homens, por exemplo, do afeto e cuidado com os seus filhos e também do cuidado com a própria saúde.

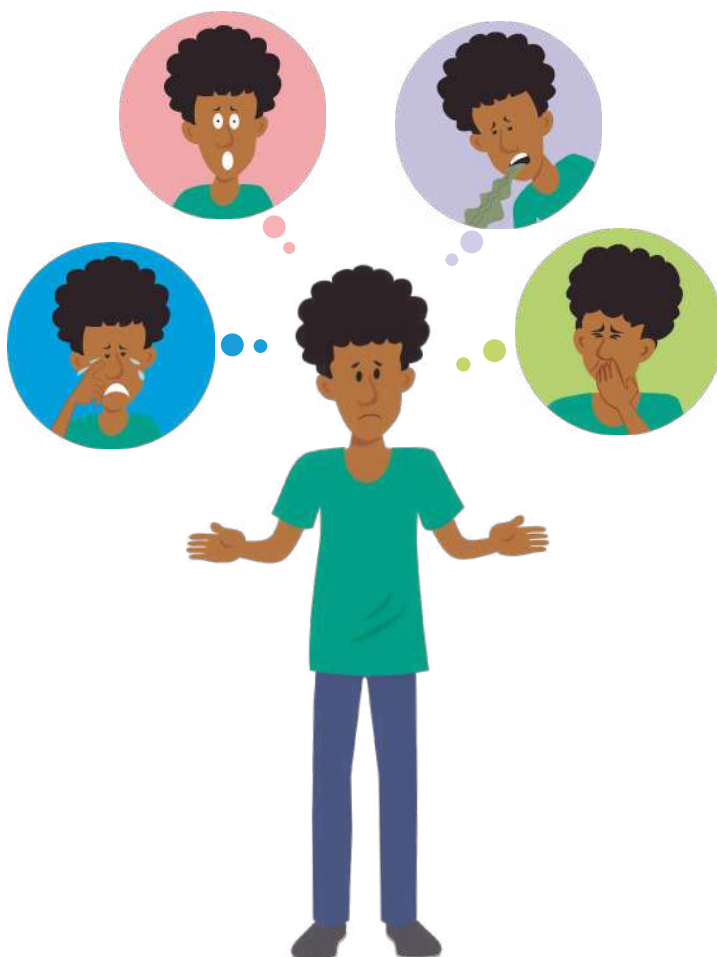
Em outras palavras, como pontua o pesquisador canadense Michael Kaufman, observamos um "paradoxo do poder masculino", em que, para ter acesso a uma série de privilégios e mais poder em relação às mulheres, os homens constroem armaduras que os isolam do contato afetivo com o próximo e da esfera do cuidado e da saúde, seja para outros ou para eles mesmos (Kaufman, 1999).

Com base nesse estereótipo, que permeia ainda o imaginário simbólico e concreto de muitos homens, podemos compreender não apenas o distanciamento deles em relação à paternidade, como também a exposição a diversas situações de riscos desnecessários à saúde, que têm colaborado decisivamente para que, no Brasil, eles vivam em média sete anos menos do que as mulheres.

Dentro dessa mesma lógica, sabemos que um número significativo de homens não se envolve com a gestação de suas parceiras e que outros não chegam a desenvolver qualquer vínculo com seus filhos e filhas, ainda mais quando não estão em um relacionamento afetivo com a mãe.

Para alguns homens, o período da gestação pode suscitar as mais diversas emoções e até mesmo sintomas físicos. Assim como as mulheres, alguns futuros pais engordam, sofrem enjoos, têm desejos e crises de choro, entre outros sintomas.

Característicos da síndrome de Couvade, esses sintomas não representam um distúrbio ou doença, pelo contrário, podem demonstrar que os parceiros sentem, assumem e desejam a gravidez juntamente com a sua parceira.





A gravidez é assunto de homem e estimular a participação do parceiro durante todo esse processo é fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo o pré-natal o momento oportuno e propício para isso!



É importante reforçar que, apesar de o pré-natal do parceiro ser uma prática de longa data, mas disseminada pelo Ministério da Saúde desde 2016, a adesão à estratégia por parte dos(as) profissionais da atenção primária à saúde, mais ainda, dos(as) usuários(as) desses serviços, ainda tem muito o que avançar. Esse fato coloca em evidência o tamanho do desafio que tem sido dar visibilidade à estratégia, apontando seus principais benefícios diretos: aumento do acesso dos homens aos serviços de saúde, redução da transmissão vertical/horizontal de IST e diminuição dos casos de violência doméstica, entre outros.



Os homens adolescentes e jovens ainda carecem de olhar inclusivo, pois frequentemente são vistos como “obstáculos para o planejamento reprodutivo e sem reconhecimento de poderem ser participantes imprescindíveis nos eventos da sexualidade e da reprodução” (Brasil, 2013).

A PATERNIDADE COMO OPORTUNIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS HOMENS



A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), instituída em 2009, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira entre 20 e 59 anos, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades, a partir da perspectiva de gênero, que considera as masculinidades como construções socioculturais envolvidas nas relações de poder entre homens e mulheres mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero.

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

A Coordenação de Atenção à Saúde do Homem, responsável pela condução da Pnaish, tem desenvolvido diferentes ações, como campanhas, elaboração de materiais educativos, seminários e qualificações voltadas à valorização da paternidade e à organização dos serviços,

a partir da sensibilização de homens e mulheres, famílias e comunidades, gestores(as) e trabalhadores(as) da saúde sobre o tema.

Essas ações buscam ressaltar a importância de:

- disseminar imagens e mensagens positivas sobre parcerias, pais e paternidades, reconhecendo a importância da participação dos homens para a socialização e a educação das crianças, considerando a complexidade desse lugar, muito além da visão tradicional em que pai significa apenas provedor;
- sensibilizar e qualificar os(as) trabalhadores(as) da saúde para acolher e envolver os parceiros, desde o teste de gravidez, permitindo que se identifiquem com a proposta e possam vincular-se desde cedo à criança que virá a nascer, com especial atenção aos pais adolescentes e jovens;



- desenvolver material de comunicação com vistas à divulgação dos princípios, diretrizes e ações que configuram a Estratégia do Pré-Natal do Parceiro;
- explicar para a gestante e para o parceiro os benefícios de sua participação em todas as etapas da gestação, desde as consultas de pré-natal até o momento do parto e do pós-parto;
- incentivar e orientar pais, parceiros e gestantes sobre a importância do registro civil de nascimento de seus(suas) filhos(as), com especial atenção para pais, parceiros e gestantes adolescentes e jovens;
- valorizar a participação do parceiro durante todo o pré-natal, com base na escuta qualificada, a fim de abrir um canal de comunicação para que o homem, pai ou parceiro(a) possa compartilhar suas dúvidas, dificuldades e emoções vivenciadas nesse período, favorecendo e fortalecendo o vínculo com os profissionais de saúde;
- divulgar amplamente a Lei n.º 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, estimulando que esse acompanhante - inclusive no caso de pais adolescentes - seja o pai ou o parceiro, respeitando a livre escolha da gestante;
- valorizar a participação do parceiro em ações simples durante todo o trabalho de parto, como o suporte à parceira, realizando o clampeamento (corte) do cordão umbilical e o primeiro banho, por exemplo;
- destacar a presença do parceiro incluindo gestos simples, como a inclusão do seu nome na placa de identificação dos recém-nascidos e nos consultórios dos serviços de saúde;

- enfatizar, no cotidiano dos serviços, que "pai não é visita!", ressaltando que o parceiro nunca deve ser visto(a) como uma "visita", mas sim como cuidador e como integrante da família, devendo ter livre e irrestrito acesso a sua parceira e ao seu filho ou filha, no ambiente onde se encontram;
- convidar o parceiro a engajar-se no Método Canguru (BRASIL, 2018), em especial quando o recém-nascido for prematuro e/ou de baixo peso;
- orientar como o parceiro pode estimular e favorecer a amamentação, além de dividir as atividades domésticas e tarefas de cuidado com a criança.

Para todas essas ações, a Pnaish ressalta a importância da reflexão contínua sobre as construções sociais de gênero voltadas às masculinidades, buscando desconstruir estereótipos e ideias que afastam os homens da saúde, do cuidado, do afeto e da construção de relações mais equitativas e humanizadas em suas parcerias sexuais e afetivas



VIOLÊNCIA

A violência doméstica durante a gravidez, causada principalmente por parceiros íntimos, tem demonstrado potenciais impactos negativos sobre a saúde das gestantes e dos bebês. Sua prevalência varia de 1% a 28%, segundo estudo multinacional da ONU Mulheres (Al Shidhani; Al Kendi; Al Kiyumi, 2020; Jahanfar; Howard; Medley, 2014).

Por isso, durante a gestação, o pré-natal, seja da gestante ou do parceiro, favorece a identificação de situações de risco ou de violência, podendo as equipes de saúde atuarem, tanto na prevenção quanto no cuidado das pessoas afetadas.

Ressalta-se ainda que estimular o parceiro no cuidado ativo com a mãe e com a criança durante a gestação e após o nascimento fortalece os vínculos familiares e afetivos, colaborando com a saúde da família como um todo, potencialmente reduzindo, também, os casos de violência doméstica.



Para maiores informações, acesse o Caderno de Atenção Básica *n.º 8 – Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*, do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf

Com isso, a política busca enfatizar que o momento da gestação e os cuidados posteriores com as crianças também devem ser aproveitados para valorizar modelos positivos de masculinidade, pautados por cooperação, diálogo, respeito, cuidado, não violência e relações entre gêneros que respeitem a diversidade, a pluralidade e a equidade como princípios básicos.



PATERNIDADES NEGRAS E INDÍGENAS

É importante destacar que as paternidades negras e indígenas têm suas particularidades, muitas vezes oprimidas e invisibilizadas pelos processos colonizatórios que silenciaram práticas de cuidados comunitários e tradicionais.

De acordo com o 1º Relatório sobre Paternidades Negras no Brasil, produzido pelo Instituto Promundo:

Há um provérbio africano que diz que "é preciso uma aldeia para se educar uma criança". O povo negro possuiu, ao longo da história, a cultura do afeto e do cuidado coletivo.

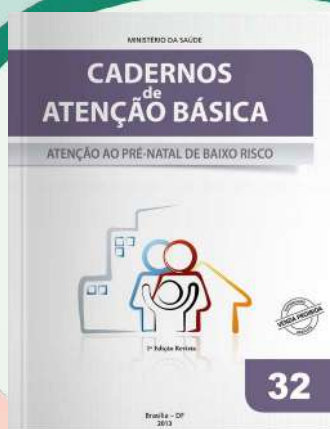
Esse movimento comunitário pode apoiar o homem preto no exercício da paternidade. Faz-se importante dizer que o movimento coletivo não retira a responsabilidade individual. Outro elemento importante a considerar é o fato de que as paternidades negras têm as suas peculiaridades. E estas precisam ser respeitadas pela comunidade de não pretos. Os medos e desafios dos pais pretos, no exercício da paternagem, se distinguem dos pais não pretos, por exemplo, o medo constante da morte pela violência do Estado, a instabilidade financeira que afeta diretamente a população preta etc. Logo, é urgente uma abordagem interseccional quando tratamos o tema de "paternidades".

Sem esta abordagem não conseguiremos considerar as distinções e pensar em Políticas Públicas que deem conta das precariedades a que estes homens pretos foram e são submetidos socialmente e assim vulnerabilizados no exercício de suas paternidades.



Disponível em: <https://promundo.org.br/recursos/primeiro-relatorio-sobre-as-paternidades-negras-no-brasil/>

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO



Desde 2005, o Ministério da Saúde já preconizava que uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário:

- 1 construir um novo olhar sobre o processo saúde-doença que compreenda a pessoa em sua integralidade – totalidade corpo-mente – e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive;
- 2 estabelecer novas bases de relacionamento para os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde, entre eles os(as) trabalhadores(as) de saúde, usuários(as) e gestores(as);
- 3 construir uma cultura de respeito aos direitos humanos, incluídos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com a devida valorização dos aspectos subjetivos envolvidos.

A rede de atenção à saúde no período gravídico-puerperal visa proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, o parto, o pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Ainda tem a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e de homens.

Essa rede deve, antes de mais nada, promover os “dez passos para o pré-natal de qualidade” (Brasil, 2012):

- 1 iniciar o pré-natal na atenção primária à saúde até a 12^a semana de gestação (captação precoce);
- 2 garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- 3 toda gestante deve ter asseguradas a solicitação, a realização e a avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
- 4 promover a escuta qualificada da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”;
- 5 garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
- 6 é direito do parceiro ser cuidado (realização de consultas e exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: pré-natal do parceiro;
- 7 garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
- 8 estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto;
- 9 toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual realizará seu parto (vinculação);
- 10 gestantes e parceiros devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal. As equipes da Atenção Primária e da Atenção Especializada devem atuar como uma única equipe, "falando a mesma língua", com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante (Brasil, 2019, grifo do autor).

A Rede de Atenção à Saúde no período gravídico-puerperal foi constituída para qualificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, constituindo uma oportunidade propícia para a inclusão e participação dos parceiros.

Além disso, o Ministério da Saúde preconiza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde 1990, com base no pioneirismo e na experiência de médicos(as), enfermeiros(as), parteiras, doulas, acadêmicos(as), antropólogos(as), sociólogos(as), gestores(as), formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre outros.

O governo federal instituiu também, conforme já citado, desde 2005, a Lei Federal n.º 11.108/05, que garante o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.



Nesse contexto, tanto a Estratégia de Pré-Natal do Parceiro quanto a Lei do Acompanhante podem contribuir positivamente para a inserção dos homens nas consultas de pré-natal e consolidar a mudança crucial do binômio mãe-criança para o trinômio pai-mãe-criança.

Para isso, as equipes de saúde devem incentivar o envolvimento do parceiro e sua participação desde o teste de gravidez, passando pelo puerpério até o acompanhamento do desenvolvimento integral do filho.



O(a) enfermeiro(a) e/ou o(a) médico(a), como integrantes dessa equipe, são responsáveis pela realização do pré-natal na atenção primária, devendo proporcionar o acesso e o acolhimento à gestante e ao parceiro na unidade e sua integração ao processo.

Dessa forma, a Estratégia Pré-Natal do Parceiro pode constituir-se em uma importante "porta de entrada positiva" para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participar das atividades educativas e ao exercício da paternidade, buscando a integralidade no cuidado para essa população.

Isso parte da constatação de que os homens geralmente acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, já com o problema de saúde instalado e evoluindo de maneira insatisfatória. Esse contexto aumenta os agravos da morbidade para a população masculina, causa maior sofrimento, menor possibilidade de resolução e um maior ônus para o sistema.

A conclusão é que muitas doenças e sofrimento poderiam ser evitados se os homens procurassem os serviços de saúde com mais regularidade pela porta de entrada prioritária do SUS, a APS.

ACOLHIMENTO DO(A) PARCEIRO(A)



No momento em que a mulher e/ou parceiro procuram o serviço de saúde com a suspeita de uma gravidez, devem ser seguidas as orientações contidas no Teste rápido de gravidez (TRG) na Atenção Básica: guia técnico (Brasil, 2013), elaboradas pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres em 2014, que indica o TRG para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual, sendo, em sua maioria, igual ou superior a sete dias. Deve ser amplamente ofertado o acesso ao TRG, com respeito e atenção específica às adolescentes devido às singularidades da faixa etária.

Independentemente do resultado do teste rápido de gravidez ou do exame laboratorial de beta HCG, esse primeiro contato deve ser aproveitado para incorporar o homem nas ações voltadas para o cuidado integral à saúde, as quais podem ser desenvolvidas em grupos de saúde do homem, durante as visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS), nos locais estratégicos do território (empresas, áreas de lazer, bares etc.), entre outras ofertas em saúde. É oportuno ofertar, já na primeira consulta, os testes rápidos de sífilis, HIV, hepatites virais e o aconselhamento.

Já na busca ativa das gestantes realizada pelos ACS, é possível fazer o convite ao parceiro para acompanhar o pré-natal, sendo também, a partir daí, desenvolvida a Estratégia do Pré-Natal do Parceiro.

Destacamos que, nesse momento, deve ser realizado um acolhimento humanizado, e alguns aspectos,

pontuados a seguir, devem ser observados pelos profissionais de todas as categorias de formação, para a abordagem de homens ou de mulheres. Caso o parceiro não possa estar presente, deve ser explicada à pessoa que gesta a importância do envolvimento deste e ofertar orientação de que ele pode comparecer em outro horário.

Vale a pena uma atenção especial a esse respeito, na medida em que há casos em que a gestante não tem parceiro(a), por diferentes motivos, sendo-lhe facultado o direito de decidir se, e que deseja como acompanhante, como garantido pela Lei n.º 11.108/2005.

Número de atendimentos

Destaca-se a partir daqui a necessidade de pelo menos duas consultas de pré-natal do parceiro, pois ele terá a oportunidade de realizar a 1ª consulta, com escuta acolhedora de profissionais dos serviços e ter a oportunidade de avaliar como está sua saúde de forma integral, sendo convidado e orientado a realizar exames de rotina e exames direcionados para o pré-natal, visando a eliminação de qualquer possibilidade de transmissão de doenças, como sífilis e hepatites ou até mesmo HIV/aids.

A 2ª consulta é fundamental para que esses homens possam receber os resultados dos exames, serem direcionados para os tratamentos adequados, caso necessário, e vinculem-se ao serviço para uma continuidade do cuidado. Nesta segunda consulta, os parceiros trazem questionamentos elaborados, muitas vezes, após o primeiro encontro, que os despertam para questões sobre as quais não haviam pensado antes.

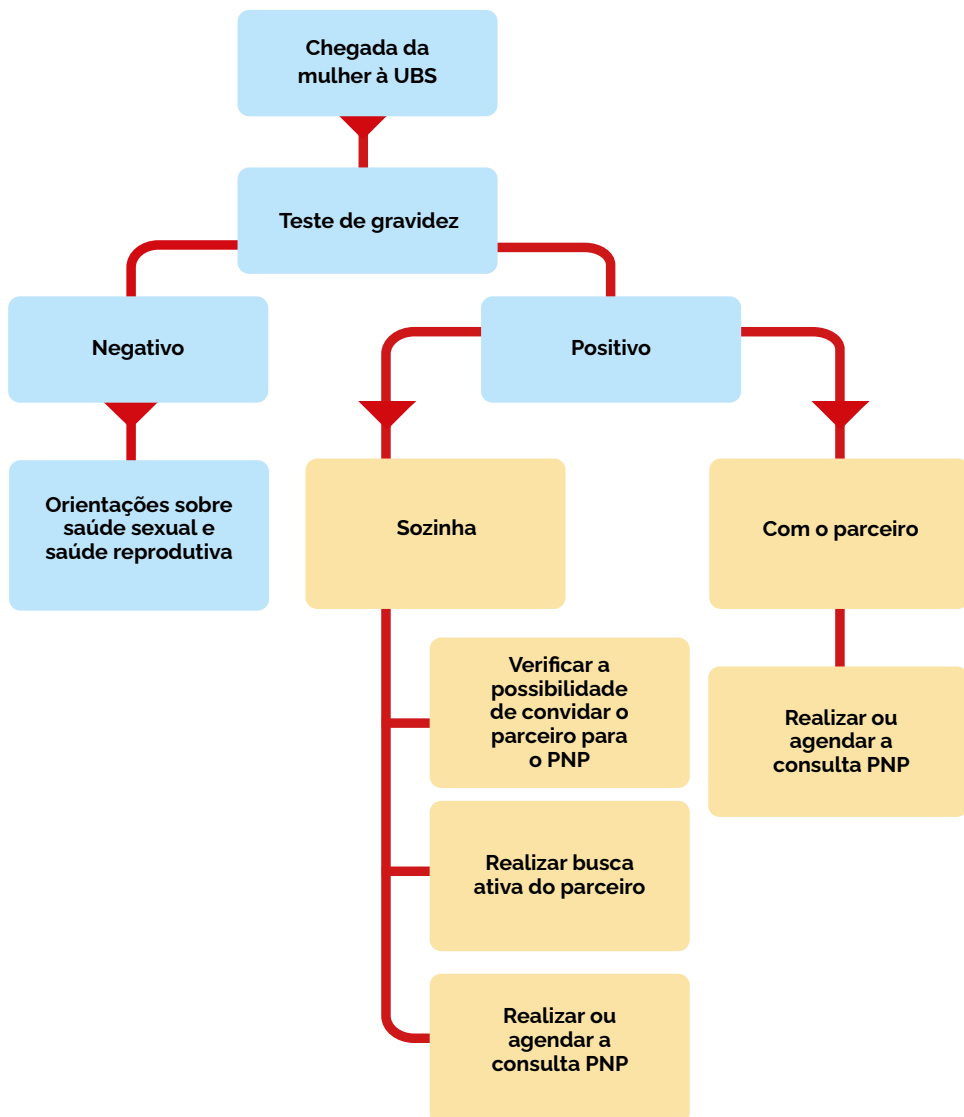
Dinâmica dos atendimentos

Lembramos, então, que o acolhimento não é um momento fixo ou uma etapa, mas uma postura ética, política e, sobretudo, empática, que pode ocorrer em boa parte dos momentos de interação entre usuários e todos os profissionais de saúde que atuam dentro do serviço. Quanto maior o vínculo estabelecido, mais trocas verdadeiras se potencializam entre o parceiro e os profissionais que o assistem, possibilitando, então, o acesso respeitoso às informações mais íntimas desses homens no que tange a sexualidade, práticas e eventuais comportamentos de risco, dinâmica conjugal e divisão de tarefas na relação.

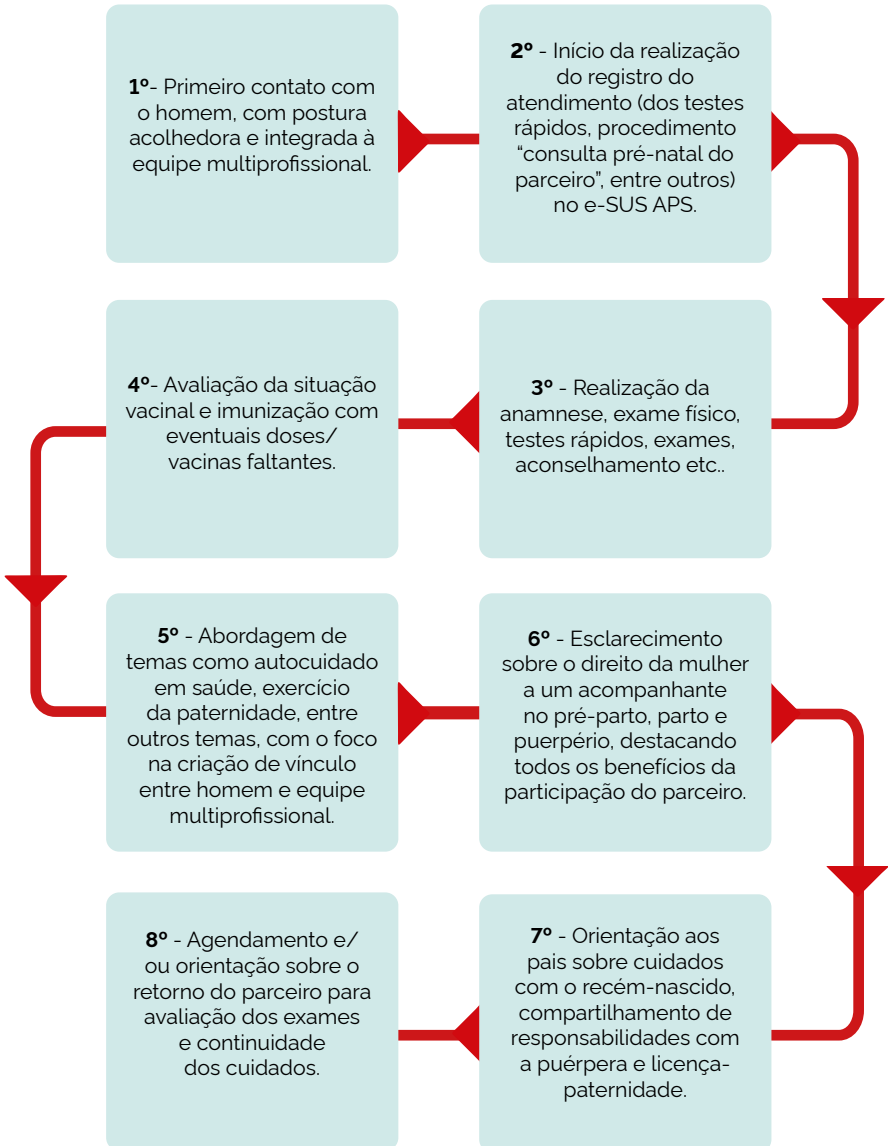
Uma vez confirmada a gravidez por meio de TRG positivo e estando a pessoa gestante sozinha, é importante discutir a situação de saúde do parceiro. Vale orientá-la para que o identifique e o corresponsabilize, se for de sua vontade. Sendo o parceiro identificado, é possível orientar a pessoa gestante sobre a importância de convidá-lo para a realização do PNP. Além disso, a eSF deve realizar, se necessário, uma busca ativa para localizá-lo, convidando-o a participar das atividades ofertadas pela unidade de saúde, agendando seu atendimento.

Uma vez que o TRG seja negativo, pode-se aproveitar o momento para conversar com a pessoa gestante sobre sua saúde sexual e saúde reprodutiva, sobre seu planejamento reprodutivo, modos de evitar IST, verificar se seu cartão de vacinas está atualizado, entre outras ações.

Fluxo de introdução ao pré-natal da gestante e do parceiro



Etapas do Procedimento Consulta Pré-natal do Parceiro



Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação do parceiro nas rotinas de acompanhamento da pessoa gestante e inserção no autocuidado. Esse processo é composto por oito passos.

Para realizar a consulta de pré-natal do parceiro, o homem não precisa estar necessariamente acompanhando a gestante. A consulta é um atendimento individual e, como tal, só deve ter a participação de outra pessoa se o usuário assim quiser.



1º PASSO

PRIMEIRO CONTATO, COM POSTURA ACOLHEDORA E INTEGRADA.

Incentivar a participação nas consultas de pré-natal da pessoa gestante e nas atividades educativas da UBS. Informar sobre os direitos trabalhistas que garantem o acompanhamento do pré-natal da companheira e das suas próprias consultas. Informar, também, que ele poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para compartilhar tarefas durante a gestação, parto, pós-parto e nos cuidados com o bebê. Explicar a importância da prevenção da saúde e ofertar a realização imediata ou o agendamento de atendimentos com a equipe multiprofissional, incluindo a odontologia, e/ou exames de rotina e preventivos.

As equipes multiprofissionais (eMulti) desempenham um papel fundamental apoiando e matriciando as equipes de Saúde da Família para ampliação da participação dos parceiros durante o pré-natal e ampliação da oferta de ações e serviços de saúde focadas no seu próprio cuidado. As ações multiprofissionais podem fornecer ao público masculino uma atenção ampliada, por meio de um conjunto de saberes em diferentes áreas, como a psicologia, fisioterapia, nutrição, assistência social, entre outras.

As interconsultas (entre duas ou mais categorias profissionais), por exemplo, podem ser uma importante estratégia de matriciamento entre os profissionais e de alcance de melhores resultados em saúde da população masculina. Construindo uma rede de cuidados mais

abrangente e efetiva, as eMulti podem ajudar a identificar necessidades específicas antes não abordadas, sugerindo encaminhamentos para serviços especializados quando necessário e facilitando a coordenação do cuidado entre diferentes profissionais e níveis de atenção.

Nesse cenário, também é importante considerar que é frequente que os homens tenham maior dificuldade de expressar certos sentimentos, como medos e ansiedades sobre o futuro. Com isso, os profissionais de saúde devem estar atentos e buscar espaços de diálogo para que essas dúvidas e anseios sejam expressos.

2º PASSO

REGISTRO DO PROCEDIMENTO “CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO” E DOS TESTES RÁPIDOS (Brasil, 2022)

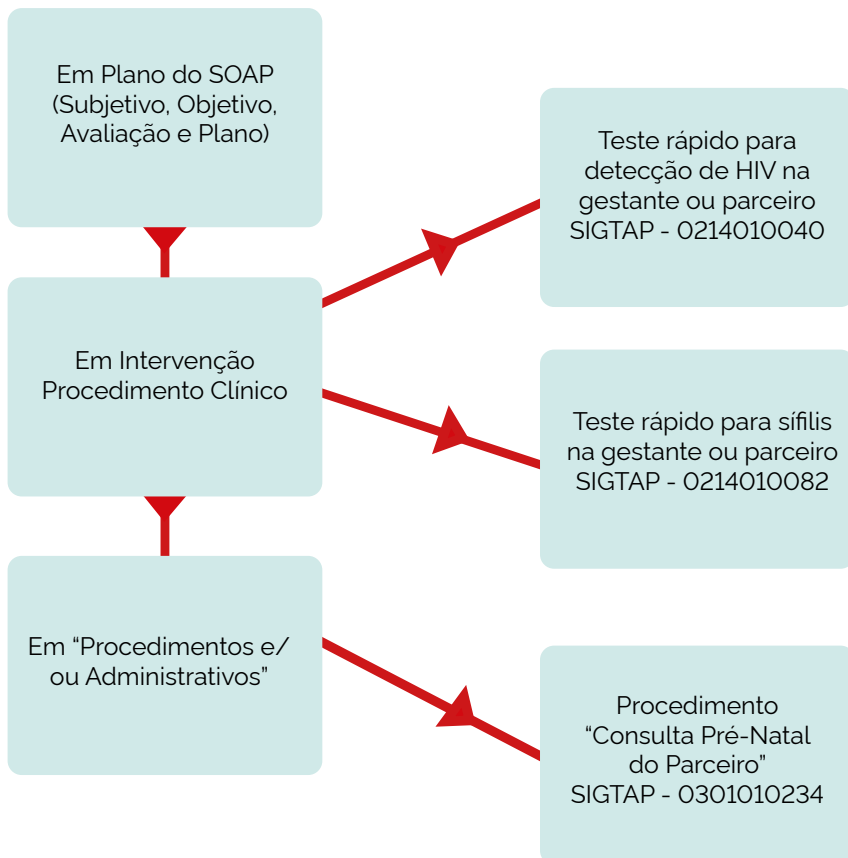
O registro nos sistemas de informação da saúde de qualquer procedimento é importante para que as eSF e gestores planejem, executem e monitorem ações direcionadas à realidade de seus territórios.

Reforça-se a importância desse registro para o monitoramento e avaliação de ações relacionadas ao pré-natal do parceiro.

Faz-se necessário esclarecer que, embora se chame “**consulta pré-natal do parceiro**”, trata-se de um procedimento incluído na tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), em 2017 (Brasil, 2017).

Fluxo registro do procedimento consulta pré-natal do parceiro

No e-SUS



As nomenclaturas e códigos dos procedimentos de testes rápidos encontram-se em processo de revisão, podendo receber atualizações no eSUS APS. Caso não identifique os códigos aqui descritos, sugerimos a busca nas bases e manuais dos sistema.

No **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, na tela do SOAP, em "subjeto" preencha o "motivo da consulta" com "consulta com profissional de APS". Em "objeto", insira todas as informações necessárias, inclusive os dados antropométricos e sinais vitais. Em "avaliação", preencha o campo "problema e/ou condição detectada" de acordo com a queixa apresentada pelo parceiro.

Caso ele não apresente nenhuma queixa, sugerimos a utilização dos códigos abaixo:

- CID-10 (Código Internacional de Doenças):
Z76.8 - contatos com serviços de saúde por outras circunstâncias especificadas; e/ou
- CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária): A29 - outros sinais/ sintomas gerais.

Para registro dos procedimentos no e-SUS, utilize os seguintes códigos SIGTAP:

- Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou parceiro – **SIGTAP – 0214010040.**
- Teste rápido para sífilis na gestante ou parceiro – **SIGTAP – 0214010082.**

Em "plano", registre o plano de cuidado em "intervenção e/ou procedimentos clínicos" e registre os testes rápidos para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro e teste rápido para sífilis na gestante ou parceiro. Selecione aqueles indicados para o caso.

Inclua no campo "procedimentos administrativos" o código ou o termo parceiro e inclua "Consulta Pré-natal do Parceiro".

Acima foram apresentados os detalhes relacionados ao registro do PNP e dos testes rápidos relacionados. Os demais campos devem ser preenchidos de acordo com as orientações do PEC. O PNP e demais procedimentos devem ser realizados e registrados, conforme a autonomia dos profissionais de saúde ao longo de todo o atendimento, que, naturalmente, não se encerra neste passo.

No caso das fichas de **Coleta de Dados Simplificada (CDS)**, para registro do pré-natal do parceiro, o(a) profissional deve registrar as informações da consulta na Ficha de Atendimento Individual e na Ficha de Procedimentos.

Os municípios que utilizam **sistemas próprios/terceiros** precisam manter a atualização constante da versão de integração entre o sistema local e o e-SUS APS, para que os(as) profissionais registrem a produção dos procedimentos da Estratégia Pré-Natal do Parceiro e, assim, os dados possam constar na base nacional.



Para maiores informações sobre o registro no PEC e no CDS, consulte o Manual do Sistema e-SUS APS no endereço: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/.

3º PASSO

REALIZAR OS TESTES RÁPIDOS E SOLICITAR EXAMES DE ROTINA.

Ampliar o acesso, a oferta da testagem e o aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção de vários agravos. A operacionalização dessas ações permite a redução do impacto das infecções sexualmente

transmissíveis na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde. Permite, também, conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento.

O aconselhamento nas UBS aprimora as práticas em saúde; favorece uma atenção integral; e contribui para que o indivíduo participe ativamente do processo de promoção da saúde, da prevenção e do tratamento principalmente das IST, do HIV/aids e das hepatites virais – para isso, deve-se avaliar a necessidade de realização dos testes em ambiente sem a ausência da gestante.

A atenção primária é um campo propício para o desenvolvimento do aconselhamento. Essa prática se assemelha aos princípios adotados pela ESF, quando estes se propõem a resgatar o modo como se dá o relacionamento entre o serviço e seus usuários, enfatizando o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e com a comunidade.

O aconselhamento é o momento em que emerge a responsabilidade individual com a prevenção e a sua abordagem, reforça o compromisso coletivo.

A inserção do aconselhamento e dos exames de rotina nos serviços da rede de atenção à saúde, em especial na APS, implica uma reorganização do processo de trabalho da equipe e do serviço como um todo. Requer uma atenção para o tempo de atendimento, reformulações de fluxo da demanda, funções e oferta de atividades no serviço.

Estimular mudanças de valores e práticas exige uma preparação da equipe/serviço para acolher a subjetividade dos usuários. É parte essencial (re)conhecer as principais vulnerabilidades e as necessidades particulares dos usuários, suas características e estilos de vida e desenvolver uma abordagem sobre os riscos, respeitando as suas especificidades.

É importante incluir o parceiro na promoção e na ampliação do acesso ao serviço, aos insumos de prevenção e ao diagnóstico.

É importante também ações articuladas entre os(as) agentes comunitários de saúde e os(as) demais profissionais presentes na unidade.

Lembrete: conhecer o diagnóstico e ter acesso ao tratamento é um direito de todas as pessoas.

No que diz respeito aos exames e aos procedimentos de rotina, sugerimos os seguintes:

- 1 anamnese e exame físico;
- 2 tipagem sanguínea e fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- 3 pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg);
- 4 teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de sífilis;
- 5 pesquisa de anticorpos anti-HIV;

- 6 pesquisa de anticorpos do vírus da hepatite C (anti-HCV);
- 7 em caso de sintomas presentes, testagem para covid-19;
- 8 hemograma;
- 9 lipidograma: dosagem de colesterol total, HDL e triglicérides;
- 10 dosagem de glicemia de jejum;
- 11 eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
- 12 aferição de pressão arterial;
- 13 verificação de peso e altura para cálculo de IMC (índice de massa corporal).

Lembrando que esses procedimentos e exames devem ser solicitados respeitando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Caso seja detectada alguma alteração em algum desses exames, o parceiro deve ser referenciado para exames de confirmação, quando necessário, ou diretamente para o tratamento na unidade ou dentro de outro serviço da rede SUS. O mesmo procedimento deve ser adotado caso o profissional verifique a necessidade de outros exames.

A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de

4º PASSO

**IMUNIZAR O PARCEIRO CONFORME
A SITUAÇÃO VACINAL ENCONTRADA.**

doenças que podem ser prevenidas. Com esse objetivo, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) disponibiliza para toda a família, o Calendário Nacional de Vacinação, que atende a todas as etapas da vida, tanto para a criança quanto para o adolescente, o adulto e o idoso.

O parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu cartão de vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e da criança.

Assim, com o intuito de possibilitar conhecimento e acesso às vacinas oferecidas pelo PNI e a participação do parceiro na vacinação da família, segue quadro contendo o Calendário Nacional de Vacinação¹:

¹Informações sobre as vacinas podem ser obtidas no site do PNI – Programa Nacional de Imunização <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>. O Calendário Nacional de Vacinação está em conformidade com a Portaria Ministerial n° 1.498, de 19 de julho de 2013, que o redefine, e é atualizado com certa frequência, o que torna importante o parceiro/pai estar atento a essas atualizações.

CALENDÁRIO VACINAL²



²<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>

VACINAS PARA A CRIANÇA							
Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
BCG (1)	Formas graves de tuberculose, meningite e miliar*	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Do nascer	-	-
Hepatite B recombinante (2)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Do nascer	-	-
Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1,2, e 3	3 doses	2 reforços com a vacina VIP	4 meses 2ª dose 3ª dose: 6 meses*	60 dias	30 dias
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade*	-	1º reforço: 6 meses após 3ª dose da VIP 2º reforço: 6 meses após 1º reforço*
Rotavírus humano G1P1 (VRV) (3)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias
DTP-HB-HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae B e Hepatite B	*Toxóides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hb ₁ -antígeno de superfície da HB*	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Pneumocócica 10 - valente (PCV10) (4)	*Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos pneumococos que compõem a vacina*	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumocócicos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 6 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o reforço
Meningocócica C (Conjugada) (4)	Meningite meningocócica tipo C	*Polissacarídeos capsulares purificados e toxóides diftérico e tetânico da Neisseria meningitidis do sorogrupo C*	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses*	60 dias	*30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o 1º reforço*
Febre Amarela (Atenuada) (6)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	2 doses (primeira dose da SCR e segunda dose com SCRv)	-	12 meses	-	30 dias
Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRv) (4) (7)	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela	Vírus vivos atenuados	2 doses (segunda dose da SCR e primeira de varicela)	-	15 meses	-	*30 dias entre a dose de tripla viral e a dose de tetra viral*
Hepatite A (HA) (4)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativado	1 dose	-	15 meses	-	-
Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxóides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	Considerar doses anteriores com penta e DTP	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade*	1º ref: 9 meses após 3ª dose 2º ref: 3 anos após 1º reforço*	30 dias
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxóides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	A partir dos 7 anos de idade	60 dias	30 dias
Papilomavírus humano (HPV)	*Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)*	Partícula da capsula do vírus antígeno de superfície	2 doses	-	9 a 14 anos para meninas e 11 a 14 anos para meninos*	2ª dose: 6 meses após 1ª dose*	-
Pneumocócica 23-valente (PPV23) (8)	Meningite, Sepsis Pneumoniais, Sinusite, Otite e Bronquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocócicos	1 dose	-	A partir de 5 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovação da vacina PCV10*	-	-
Varicela (9)	Varicela	Vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde à segunda dose da varicela*)	-	4 anos	-	30 dias

Notas:

(1) Devido à situação epidemiológica do país é recomendável que a vacina BCG seja administrada na maternidade. Caso não tenha sido administrada na maternidade aplicá-la na primeira visita ao serviço de saúde. Crianças que não apresentarem cicatriz vacinal após receberem a dose da vacina BCG não precisam ser revacinadas.

(2) A vacina Hepatite B deve ser administrada nas primeiras 24 horas, preferencialmente, nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento. Crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou completar esquema com penta que está disponível na rotina dos serviços de saúde, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias, conforme esquema detalhado no tópico da vacina penta. Crianças com 7 anos completos sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto: completar 3 (três) doses com a vacina hepatite B com intervalo de 30 dias para a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª.

(3) A idade mínima para a administração da primeira dose é de 1 mês e 15 dias e a idade máxima é de 3 meses e 15 dias. A idade mínima para a administração da segunda dose é de 3 meses e 15 dias e a idade máxima é de 7 meses e 29 dias. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após vacinação, não repita a dose. Nestes casos, considere a dose válida.

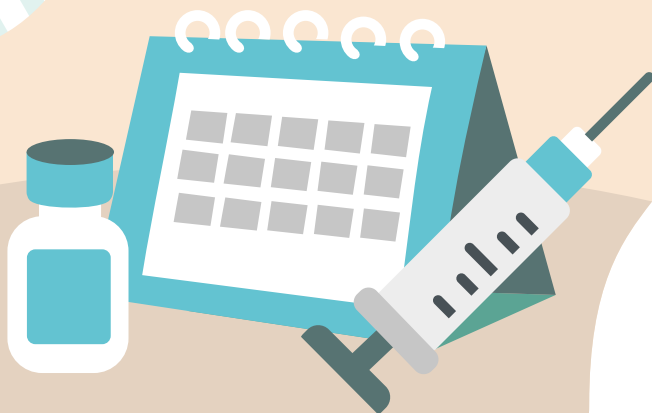
(4) Administrar 1 (uma) dose da vacina Pneumocócica 10V (conjugada), da vacina Meningocócica C (conjugada), da vacina hepatite A e da vacina tetra viral em crianças até 4 anos (4 anos 11 meses e 29 dias) de idade, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar.

(5) A recomendação de vacinação contra a febre amarela é para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal, sendo que, crianças entre 9 (nove) meses a menores de 5 (cinco) anos de idade, administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses e 1 (uma) dose de reforço aos 4 (quatro) anos. Para as crianças a partir de 5 (cinco) anos de idade, administrar 1 (uma) dose única.

(6) A vacinação em bloqueios está indicada em contatos de casos suspeitos de sarampo e rubéola, a partir dos 6 meses.

(7) A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da tríplice viral e à primeira dose da vacina varicela. Na sua indisponibilidade, pode ser substituída pelas vacinas tríplice viral e vacina varicela (monovalente).

(8) Esta vacina está indicada para população indígena a partir dos 5 (cinco) anos de idade.



VACINAS PARA A GESTANTE

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
Hepatite B recombinante (1)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	"3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)"	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose*	*2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 4 meses após 1ª dose*
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxóides diftérico e tetânico	"3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)"	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	-	60 dias	30 dias
"Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa) (2)"	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxóides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gravidez	1 dose a cada gestação	-	60 dias após dT	30 dias após dT

Nota:

- (1) Administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B, considerando a situação de vacinal anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá concluir após o parto.
- (2) Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar 1 (uma) dose de dTpa no puerpério (até 45 dias), o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para todos os profissionais de saúde. Gestantes sem histórico vacinal da dT, administrar 2 (duas) doses da vacina dupla adulto (dT) e 1 (uma) dose da vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação

VACINAS PARA O ADOLESCENTE

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	"3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)"	-	-	"2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose"	30 dias
Difteria e Tétano (DT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tétânico purificados, inativada	"3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)"	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	-	60 dias	30 dias
Febre amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	Dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	-	-
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	"Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal"	-	-	-	30 dias
Papilomavírus humano (HPV) (3)	"Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)"	Partícula da cápsula do vírus antigênica de superfície	Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal	-	"9 a 14 anos para meninas 11 a 14 anos para meninos"	"2ª dose: 6 meses após 1ª dose"	-
Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (4)	"Meningite, Sepsé Pneumonia, Sinusite, Otitite e Bronquite"	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocócicos	1 dose	-	"A partir de 5 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovante da vacina PCV 10"	-	-
Meningocócica ACWY (Conjugada)	"Meningite meningocócica sorogrupos A, C, W e Y"	"Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis dos sorogrupos A, C, W e Y"	1 dose	-	11 e 12 anos	-	-

Notas:

- (1) As pessoas que tiverem esquema vacinal completo, independentemente da idade em que foram vacinadas, não precisam receber doses adicionais.
- (2) A vacinação em bloco está indicada em contatos de casos suspeitos de sarampo e rubéola, a partir dos 6 meses. Recomenda-se não engravidar por um período de 30 dias, após a aplicação da vacina.
- (3) A vacina HPV também está disponível em de esquema de 3 (três) doses aos 0, 2 e 6 meses, para as mulheres (de nove a 45 anos de idade) e homens (de nove a 26 anos de idade) vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos.
- (4) Esta vacina está indicada para povos indígenas a partir dos 5 (cinco) anos de idade.

VACINAS PARA O ADULTO E IDOSO						
Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses
			Esquema Básico	Reforço		
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	-	-	Recomendado: "2ª dose: 1 mês após 1ª dose; 3ª dose: 6 meses após 1ª dose" Mínimo: 30 dias
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides difterico e tetânico purificados, inativada	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	-	60 dias
Febre Amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade até 59 anos de idade*	Dose única para pessoas até 59 anos de idade, não vacinada.	-
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 59 anos) (verificar situação vacinal anterior)*	-	-	30 dias
Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (3)	Meningite, Sepsis, Pneumonias, Sinusite, Oite e Bronquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocóccos	1 dose	1 dose deve ser feita 5 anos após a primeira dose	60 anos (acamados ou institucionalizados)	-

Notas:

- (1) As pessoas que tiverem esquema vacinal completo, independentemente da idade em que foram vacinadas, não precisam receber doses adicionais.
- (2) A vacinação em bloqueios está indicada em contatos de casos suspeitos de sarampo e rubéola, a partir dos 6 meses. Para os adultos com até 29 anos e profissionais de saúde de qualquer idade, recomenda-se duas doses da vacina SCR, com intervalo de 30 dias. Recomenda-se não engravidar por um período de 30 dias, após a aplicação da vacina.
- (3) Esta vacina está indicada para pessoas a partir dos 60 anos de idade em condições clínicas especiais (acamados, hospitalizados ou institucionalizados) e povos indígenas a partir dos 5 (cinco) anos de idade

5º PASSO

**TODO ENCONTRO, ATENDIMENTO
OU CONSULTA É UMA OPORTUNIDADE!**

Uma escuta qualificada possibilita a criação de vínculo entre os homens e os(as) profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como o exercício da paternidade, o relacionamento com o parceiro, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento humano, cuidados com o bebê, prevenção da violência doméstica etc.

Seguem algumas sugestões de atividades educativas com temas voltados para o público masculino cuja realização é de responsabilidade das equipes de saúde e cuja participação dos homens deve ser fomentada durante e após a consulta de PNP:

- Orientação de hábitos saudáveis, como: prática de atividades físicas regulares, alimentação balanceada e saudável (preferência por alimentos *in natura*; usar óleos, gorduras, sal e açúcar com moderação; limitar o uso de produtos prontos para consumo; evitar comidas prontas tipo *fast food* etc.), diminuir ou cessar consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas. Para saber mais, acesse o *Guia Alimentar para a população brasileira*;
- Palestras e rodas de conversa com a população masculina, abordando temas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; gênero, socialização masculina e impactos para a

vida de homens, mulheres e crianças; sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; política de reprodução assistida (pensando nos pais que necessitam de inseminação artificial e tecnologias reprodutivas); paternidade, como ser um parceiro presente, dividindo atividades e responsabilidades com a parceira; e prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina, entre outros.

É importante lembrar que o envolvimento do homem pode acontecer mesmo quando ele e a pessoa gestante não estiverem em um relacionamento afetivo ou dividindo o mesmo teto.

Nos casos de pais separados, é essencial conversar com a pessoa gestante e saber a forma como ela deseja que o homem participe desse momento. Caso ela não deseje, é importante respeitar a sua decisão, buscar informações e perguntar se ela quer que outra pessoa a acompanhe nesse processo. Ainda nesses casos, recomenda-se que, mesmo que o pai não acompanhe o pré-natal presencialmente, as ações relacionadas ao pré-natal do parceiro tenham sequência, abordando as responsabilidades compartilhadas e a necessidade dos cuidados inerentes à saúde do homem.

6º PASSO

ESCLARECER SOBRE O DIREITO DA PESSOA QUE GESTA A UM ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO E INCENTIVAR O PARCEIRO SOBRE A POSSIBILIDADE DA SUA PARTICIPAÇÃO NESSE MOMENTO

Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampear o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele e apoiar a puérpera no início da amamentação.

Recomenda-se incentivar os pais/parceiros a conhecerem a unidade neonatal da maternidade de referência, para que haja uma vinculação ao serviço independentemente de risco gestacional.

Além disso, o(a) profissional deve mostrar ao futuro pai que, ao participar do parto, ele pode ajudar a:

- garantir um melhor atendimento para sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional;
- estimular o parto normal;
- diminuir a duração do trabalho de parto;
- diminuir o medo e a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
- aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;

- diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- favorecer o aleitamento humano;
- fortalecer o vínculo entre parceiro, mãe e bebê.

Todos esses benefícios são defendidos pela Organização Mundial da Saúde desde 1985.

Lei do Acompanhante

Gestores e profissionais de saúde, saibam que os pais/parceiros podem participar do pré-natal, parto e pós-parto se for escolha da gestante, de acordo com a Lei n.º 11.108/2005.

Essa lei é mais conhecida como a Lei do Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Esse acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um (a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha. Se ela preferir, pode decidir não ter acompanhante.

Se esse direito não for respeitado, oriente que o casal entre em contato com a Ouvidoria do SUS pelo telefone 136.

Além disso, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC prevê como critério que seja garantido "livre acesso à mãe e ao pai e permanência da mãe ou pai, junto ao recém-nascido, durante 24 horas, conforme Portaria n.º 930 de 10 de maio de 2012".

7º PASSO

ORIENTAR OS PAIS OU PARCEIROS SOBRE CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO E APOIO À PUÉRPERA

Durante as consultas de pré-natal e/ou na primeira consulta do recém-nascido, os(as) profissionais de saúde devem orientar os pais/parceiros a realizarem os cuidados de saúde e higiene e incentivarem a amamentação do recém-nascido, bem como apoiar a puérpera no pós-parto.

Seguem algumas sugestões de atividades simples e rotineiras para os pais/parceiros participarem mais ativamente desses primeiros meses da vida do bebê (adaptadas das orientações da ONG Prematuridade.com):

- Tirar a licença-paternidade e aproveitar esse período para se dedicar exclusivamente ao bebê e à mãe;
- Com o bebê em casa, o parceiro pode continuar se encarregando do banho, além de trocar as fraldas e também as roupas do bebê;
- Acompanhar e incentivar a amamentação. Ele pode estar ao lado da mãe nesse momento e depois da mamada, e pode segurar e ajudar o bebê a arrotar;
- Acalentar o filho na hora de dormir e, caso necessário, buscar orientações com profissionais de saúde sobre como proceder em caso de cólicas do bebê;
- Responsabilizar-se pelas tarefas gerais da casa. O parceiro pode providenciar as refeições, a limpeza e outras tarefas domésticas;
- Apoiar a autoestima da puérpera. No pós-parto, é normal que as mães se sintam mais sensíveis e incomodadas com o seu próprio corpo, que vive

alterações com a gravidez. E não é apenas a variação hormonal que influencia esse sentimento, mas também a própria alteração da rotina. Aproveitar o sol da manhã e do fim da tarde para passear com o bebê. Geralmente, as saídas são liberadas a partir de 1 mês, mas é indicado falar com os profissionais de saúde antes;

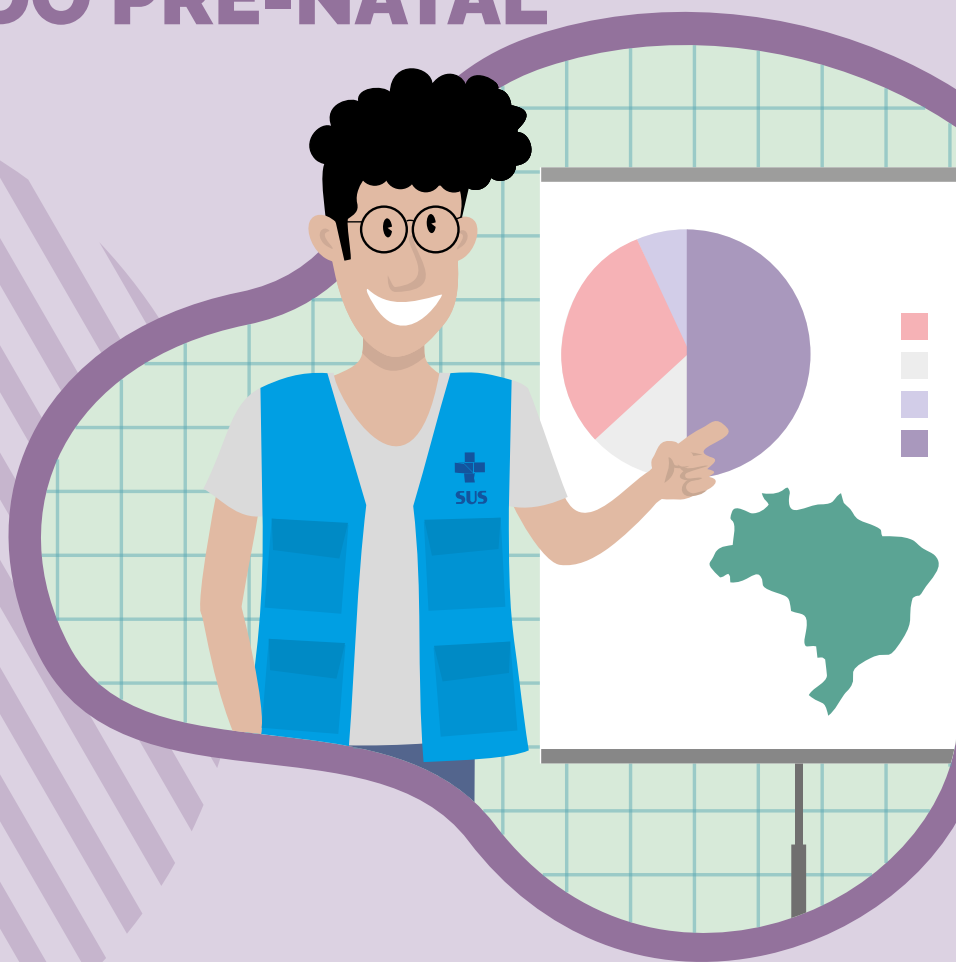
- Conversar com o bebê, fazer brincadeiras para estimular a visão, audição e tato.

8º PASSO

AGENDAR RETORNO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS EXAMES.

Já finalizando o atendimento, é importante que o usuário saia com a próxima consulta agendada. Nos casos em que não é possível o agendamento, informar como ele deve proceder logo ao sair da consulta, na UBS. A consulta de retorno dá ao profissional de saúde a oportunidade de acolher e orientar o usuário mais detalhadamente, promovendo vínculo e continuidade do cuidado.

ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL PARA AMPLIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL



Para fortalecer o acompanhamento pré-natal, tanto para o parceiro quanto para a gestante, é essencial que gestores e profissionais de saúde desenvolvam ações estratégicas, que lhes favoreçam o exercício desse direito. Neste sentido, propõe-se a adoção de uma abordagem abrangente no âmbito da APS, tendo em mente os desafios que essa população enfrenta para se encaixar nos horários comerciais convencionalmente praticados pelos serviços de saúde.

Pensando na ampliação do acesso da população aos serviços de APS, algumas medidas organizacionais que podem facilitar a presença dos homens nas consultas de pré-natal podem ser adotadas, conseqüentemente, a sua introdução no pré-natal do parceiro.

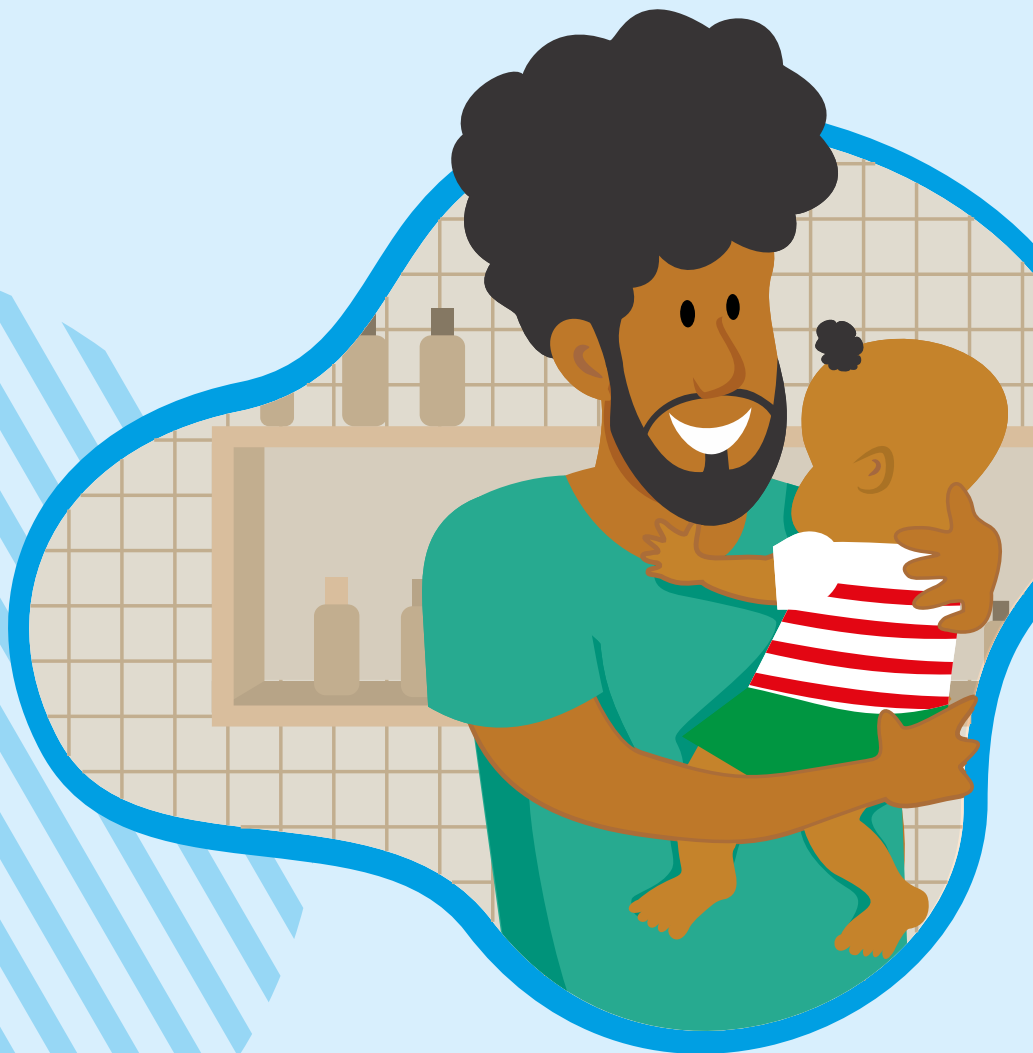
Horários de funcionamento estendidos e flexíveis nas UBS, que se ajustem às demandas e compromissos da população como um todo, considerando suas rotinas de trabalho, reduzem as barreiras socioculturais e ampliam a possibilidade de participação masculina nos serviços:

- 1 Funcionamento das UBS aos fins de semana: abrir as unidades durante os finais de semana buscando a oferta de atendimento ao público masculino, possibilita que eles possam comparecer sem interferir em suas atividades semanais;
- 2 atendimentos no horário do almoço e noturno: oferecer horários de atendimento no intervalo de almoço e noturno para atender as necessidades daqueles que têm compromissos durante os demais horários.

É importante considerar a opinião de gestantes e parceiros nas decisões sobre os melhores dias e horários para o acompanhamento do pré-natal, levando em conta a disponibilidade de ambos e a partilha na escolha para a marcação de consulta.

Reconhecendo os desafios vislumbrados pelos homens para se sentirem pertencentes aos serviços de saúde, especialmente em cenários de rotinas de trabalho ininterruptas, recomenda-se aos gestores a ampliação do horário de funcionamento das UBS. Somada ao aumento da cobertura da eSF, com o cuidado em saúde bucal, esta estratégia aumenta a efetividade e eficiência do sistema, diminuindo filas em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares, além dos elevados custos nestes outros níveis de atenção.

LICENÇA- PATERNIDADE



De acordo com a Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX, e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, o pai tem direito a cinco dias de licença-paternidade. É importante o profissional de saúde ter conhecimento da existência de legislações locais que ampliem o período da licença-paternidade.

Com o objetivo de ampliar esse direito, no dia 8 de março de 2016, foi sancionada a Lei n.º 13.257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para primeira infância. Essa lei prevê artigos específicos ligados ao exercício da paternidade, como ampliação da licença-paternidade para os funcionários das Empresas Cidadãs, que agora têm direito a vinte (20) dias.

O Programa Empresa Cidadã, instituído pela Lei n.º 11.770/2008 e regulamentado pelo Decreto n.º 7.052/2009, destina-se a prorrogar por sessenta (60) dias a duração da licença-maternidade e por quinze (15) dias, além dos cinco (5) já estabelecidos, a duração da licença-paternidade. Para tanto, o empregado deve solicitar em até 2 (dois) dias úteis após o parto e comprovar participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade.

Essa ampliação para participação do parceiro proporcionará vários benefícios como os destacados abaixo:

- A ampliação da licença-paternidade em quinze 15 dias é vantajosa para as crianças, para os pais e para o Brasil. Há evidências de impactos positivos para o desenvolvimento das crianças e para a igualdade de gênero em países onde essa licença é mais extensa e está em vigor há mais tempo;

- A licença-paternidade promove um maior envolvimento dos pais no cuidado dos filhos, sobretudo quando atraente para os homens, do ponto de vista da duração e da remuneração, e quando não pode ser transferida para a mulher. O envolvimento paterno se estende para além do período de licença e tem reflexos importantes para a vida das crianças;
- O envolvimento dos pais no cuidado com os filhos afeta as crianças de muitas formas. Foram observados ganhos como maior desenvolvimento cognitivo, melhor desempenho escolar e menores taxas de delinquência (Levtov *et al.*, 2015);
- Outro efeito positivo da licença-paternidade diz respeito à amamentação. Crianças de pais que usaram esta licença têm mais probabilidade de serem amamentadas no primeiro ano em comparação a filhos de pais que não utilizaram a licença;
- Há evidências de que o aumento da licença-paternidade também ajudaria a mudar o comportamento das famílias quanto à divisão de tarefas domésticas e a diminuir a diferença entre homens e mulheres no mercado de trabalho;
- O Brasil foi um dos primeiros países a oferecer a licença-paternidade no mundo, em 1943, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Desde 1988, essa licença é de cinco dias remunerados;
- No mundo todo, o número de países que concedem o direito à licença-paternidade aumentou de 41 para 79, entre 1994 e 2013. Na maior parte deles (90%), o benefício é remunerado.

A Cosah orienta que os profissionais de saúde estimulem o Pré-Natal do Parceiro, a participação nas atividades educativas durante o pré-natal e as visitas à maternidade onde acontecerá o parto

para vinculação do casal. Essas ações podem ser consideradas como comprovantes de participação para que os homens tenham direito ao benefício.

Existem legislações que apresentam novos regramentos para a licença-paternidade em discussão em âmbitos nacional e local. Outras aguardam regulamentação, por exemplo, a Lei n.º 14.457/2022, que estabelece uma série de incentivos ao exercício da parentalidade, entre eles as seguintes possibilidades:

- liberação dos homens para acompanhamento da esposa ou companheira em até seis consultas médicas ou exames complementares durante o período de gravidez;
- suspensão do contrato de trabalho para o acompanhamento do desenvolvimento dos filhos;
- flexibilização do uso da prorrogação da licença-maternidade;
- teletrabalho;
- flexibilização da jornada de trabalho dos profissionais que tenham filhos, enteados ou pessoas sob sua guarda com até 6 anos de idade ou com deficiência.

Busque constantemente se manter informado sobre atualizações acerca dessas legislações para comunica-las à gestão, caso esta as desconheça, e aos parceiros para que se utilizem desse direito para apoiarem a parceira e também se cuidarem.

Buscando apoiar e incentivar o exercício da paternidade e promover impactos positivos para o desenvolvimento das crianças, além de aumentar os vínculos dos homens com a suas parceiras e com seu filho e, ao mesmo tempo, estimular o seu autocuidado com a saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza cursos EAD sobre a temáticas de paternidade e cuidado, com emissão de certificado para comprovação de participação em programa ou atividade de orientação.



Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado (60h- para os profissionais da saúde). - <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=77>



Pai Presente Cuidado e Compromisso (12h – para os pais) - <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=67>

SAIBA MAIS:



Prevenção da transmissão vertical – <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/transmissao-vertical/prevencao-da-transmissao-vertical>



Calendário Nacional de Vacinação – <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>



Guia de saúde do homem para agente comunitário de saúde (ACS) – <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-38648>



Divulgue os benefícios do parceiro ser o acompanhante no parto. (<https://www.partodoprincipio.com.br/beneficios-acompanhante>)



Fique atento: na caderneta da gestante tem informações específicas para o parceiro. – <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NQ==>



A Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania tem orientações específicas para os pais. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NA==>

REFERÊNCIAS

AL SHIDHANI, Nuhour Ali; AL KENDI, Asma Ali; AL KIYUMI, Maisa Hamed. Prevalence, risk factors and effects of domestic violence before and during pregnancy on birth outcomes: an observational study of literate Omani women. **International journal of women's health**, v. 12, p. 911-925, 2020.

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de. **Sofrimento mental e gênero**: os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

ARAÚJO, Luíze Bueno de; MELO, Tainá Ribas e ISRAEL, Vera Lúcia. Baixo peso ao nascer, renda familiar e ausência do pai como fatores de risco ao desenvolvimento neuropsicomotor. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 27, n. 3, p. 272-280, 2017. ISSN 0104-1282. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.124072>.

ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra; MEDRADO, Benedito (org.). **Homens e Masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, n.º 5 de 28 de setembro de 2017, e n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica**: guia técnico. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: MS, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru**: diretrizes do cuidado. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada**: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n.º 8.080, 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. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.457, de 21 de setembro de 2022**. Institui o Programa Emprega + Mulheres; e altera a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.ºs 11.770, de 9 de setembro de 2008, 13.999, de 18 de maio de 2020, e 12.513, de 26 de outubro de 2011. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14457.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

CRUZ, L. *et al.* Homem contemporâneo: cavaleiro medieval, enigmático ou toxicômano? **Estudos de Psicanálise**, v. 43, p. 57-66, 2015.

HENZ, Gabriela Sofia. **A inclusão paterna durante o pré-natal**. 2018. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/9f9ba4ae-71e4-4f5f-a644-7cdc983ff647/content>. Acesso em: 30 jun. 2023.

JAHANFAR, Shayesteh; HOWARD, Louise M.; MEDLEY, Nancy. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 11, 2014. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009414.pub3/full>. Acesso em: 30 jun. 2023.

KAUFMAN, M. **The 7 P's of men's violence**. Toronto: [s. n.], 1999. Disponível em: <https://michaelkaufman.com/1999/10/the-7-ps-of-mens-violence/>. Acesso em: 30 jun. 2023.

LEVTOV, R. *et al.* **State of the World's Fathers: s MenCare Advocacy Publication**. Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance, 2015.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. *In*: ADELMAN, Mirian; SILVESTREIN, Celsi (org.). **Coletânea Gênero Plural**. Curitiba: UFPR, 2002. p. 63-76.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

[Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

