

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MICHELLE LEITE DA SILVA

**A PATERNIDADE EM REDE:**  
SUBSÍDIOS PARA O EXERCÍCIO DA PATERNIDADE ATIVA DOS  
PAIS/PARCEIROS COM BASE NA PESQUISA NACIONAL SAÚDE DO  
HOMEM-PATERNIDADE E CUIDADO-ETAPA III NO DISTRITO  
FEDERAL

Brasília – DF  
Novembro 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

A Paternidade em Rede:

Subsídios para o exercício da Paternidade Ativa dos Pais/Parceiros com base na Pesquisa Nacional Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado-Etapa III no Distrito Federal

Autora: Michelle Leite da Silva

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Muna Muhammad Odeh

Novembro de 2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

MICHELLE LEITE DA SILVA

**A Paternidade em Rede: Subsídios para o exercício da Paternidade Ativa dos Pais/Parceiros com base na Pesquisa Nacional Saúde do Homem- Paternidade e Cuidado-Etapa III no Distrito Federal**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 06 de dezembro de 2019

### BANCA EXAMINADORA

---

Muna Muhammad Odeh  
Orientadora/ Departamento de Saude Coletiva-UnB

---

Daphne Rattner  
Departamento de Saude Coletiva-UnB

---

Paulo Sérgio França  
Faculdade de Medicina – UnB

---

Francisco Norberto Moreira da Silva  
Coordenação de Saúde do Homem- MS

## FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA. Michelle Leite da. (2019) **A Paternidade em Rede: Subsídios para o exercício da Paternidade Ativa dos Pais/Parceiros com base na Pesquisa Nacional Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado-Etapa III no Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2019. 120 p.

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus e Nossa Senhora Aparecida pela vida e pela oportunidade de realizar esse mestrado.

Aos meus pais, irmã, sobrinhos, sobrinho neto por toda compreensão de dias de ausência e momentos de estresse, que me incentivaram incondicionalmente.

Aos meus amigos que entenderam os momentos de ausência e sempre disseram palavras incentivadoras.

Aos coordenadores da Saúde do Homem do Ministério da Saúde que desde 2012 me incubiram da missão de trabalhar com essa temática da Paternidade e Cuidado e acreditaram no meu potencial profissional.

Ao meu amigo Márcio Ferreira que despertou o meu interesse em escrever sobre o meu trabalho.

Aos colegas da Coordenação de Saúde do Homem pelo respeito e incentivo, em especial ao meu amigo Ayrton, parceiro que divide comigo a missão de disseminar, qualificar profissionais, pensar estratégias para o fortalecimento do eixo de Paternidade e Cuidado.

À minha orientadora que aceitou o desafio da orientação de uma pessoa que sabe muita coisa na visão profissional, mas que na esfera da academia pouco sabia. Obrigada por todas as trocas, conversas, direcionamentos, palavras de conforto e incentivo.

Aos professores e colegas da Saúde Coletiva da UNB, pelas aulas, trabalhos em grupos, estímulo aos estudos e ampliação da visão de mundo.

Enfim, acredito que uma palavra resume meu sentimento a todos que de alguma forma fizeram parte desse momento da minha vida: Gratidão.

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer".

**(Michel Odent)**

"O pensamento é o ensaio da ação."

**(Sigmund Freud)**

## Resumo

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Pnaish (2009) dispõe-se a qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Um dos eixos prioritários da Pnaish é a Paternidade e Cuidado e este tema está relacionado ao engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo; no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras; e nos cuidados no desenvolvimento da criança. Neste bojo, encontra-se a Estratégia Pré-Natal do Parceiro, que preconiza alcançar a chamada ‘Paternidade Ativa’ (PA) por meio de ações que visam a integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando a realização de exames preventivos de rotina e testes rápidos, a atualização do cartão de vacinação, a participação em atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal, o compartilhamento dos cuidados da criança com as parceiras e a fruição do direito à licença paternidade. Pouco se sabe, no entanto, sobre a experiência vivida pelos próprios homens nesse âmbito;- se de fato as ações preconizadas para seu exercício de PA são viáveis e quais os obstáculos por eles encontrados. Com esse objetivo, o presente trabalho teve como foco a pesquisa “Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado”, III etapa, com homens que foram pais/parceiros no Distrito Federal, em 2015, em instituições do SUS, a fim de subsidiar recomendações para o exercício da PA. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado por inquérito telefônico (base de dados secundária) com análise descritiva. Propõe-se que as conclusões da pesquisa forneça subsídios para recomendações com base nos relatos dos próprios homens, enquanto evidências científicas, para o exercício da PA. A amostra foi composta de 1.219 pais que responderam à pesquisa de forma completa. Como resultados, tem-se um perfil sociodemográfico dos pais/parceiros respondentes da pesquisa, dentro das variáveis de faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor e renda mínima. Desses pais/parceiros, 46,84% relatam acessar os serviços de saúde com o propósito de cuidar da sua saúde. Já 73,01% do total de pais afirmaram participação nas consultas de pré-natal com a parceira, porém somente 14,61% desses, realizaram exames, 26,29% atualizaram cartão de vacinas e 32,24% participaram de atividade educativa. Do total de pais, 76,46% informaram que acompanharam o nascimento do filho, e apenas 23,54% desses não acompanharam o nascimento devido ao impedimento por parte do serviço de saúde (48,78%), seguido do fato de serem do sexo masculino (41,43%). Quanto ao usufruto dos direitos, 55,29% tiraram licença paternidade. A análise aponta para a necessidade de se pensar a PA como uma Rede constituída de um conjunto de atores (profissionais e pessoas leigas) e de esferas (jurídica, empregatícia, redes afetivas e de apoio, educacional e sócio-cultural) envolvidos em construir ações sincronizadas que devem buscar potencializar em primeiro lugar o direito do homem à saúde integral enquanto sujeito de direito, em que a paternidade representa uma etapa importante da sua vida, e sua vinculação a práticas de saúde preventivas e de promoção à saúde.

**Palavras Chave:** Saúde do Homem, Paternidade, Pré-Natal, Atenção Primária à Saúde.

## Abstract

The National Policy for Integral Care to Men's Health - Pnaish (2009) aims to qualify the health of the male population from the perspective of care lines that safeguard the integrality of care. One of Pnaish's priority axes is Parenthood and Care; this theme is related to the engagement of men in reproductive planning actions; in prenatal, can delivery and postpartum follow-up of their partners; and in-child-development care. Within this axis is the Partner's Prenatal Strategy, which advocates achieving the so-called 'Active Parenthood' (AP) through actions that aim to integrate men in the logic of the health services offered, enabling the completion of preventive examinations. Routine and rapid testing, vaccination card updating, participation in educational activities carried out during prenatal care, sharing childcare with partners and enjoying the right to paternity leave. However, little is known about the experience of men themselves in this area, - if indeed the actions recommended for their exercise of AP are viable and what obstacles they encounter. With that in sight, the present work focused on the research "Men's Health, Paternity and Care", stage III, with men who were parents / partners in the Federal District, in 2015, in Health Unic System institutions, with the objective of subsidizing recommendations for the exercise of AP. This is a quantitative, descriptive study conducted by telephone survey (secondary database) combined with a descriptive analysis. It is proposed that the research findings support recommendations based on the reports of men themselves, as scientific evidence, for the exercise of AP. The sample consisted of 1,219 parents who completed the survey. As a result, there is a sociodemographic profile of the respondent parents/partners, with the variables age, marital status, education, race/color and minimum income. Of these parents/partners, 46.84% report accessing health services, with the purpose of taking care of their health. Moreover, 73.01% of the parents answered they had had participation in prenatal consultations with their partner, but only 14.61% of these, had examinations; 26.29% updated their vaccines card and 32.24% participated in educational activities. 76.46% reported that they were at the birth of their child, and only 23.54% of them did not attend the birth due to the impediment by the health service (48.78%), followed by the fact that they were male (41.43%). As for the exercising their of rights 55.29%, took paternity leave. The analysis points to the need to think of AP as a Network consisting of a set of actors (professionals and lay people) and spheres (legal, employment, affective and support networks as well as, educational and socio-cultural) involved in building actions potentialize that should seek first to enhance the right of men to integral health as a subject of law in which paternity represents an important stage of his life and its link to preventive health practices and health promotion.

**Keywords:** Men's Health, Paternity, Prenatal Care, Primary Health Care.

## Lista de Tabelas

|  |           |
|--|-----------|
| Tabela 1- Distribuição de respondentes por regiões administrativas do Distrito Federal.  | p. 52     |
| Tabela 2- Perfil sociodemográfico (nº e %) dos homens respondentes à Pesquisa “Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado”, Distrito Federal, 2015 | p. 53     |
| Tabela 3. Acesso aos serviços de saúde para cuidar da saúde por variáveis demográficas.  | pp. 69-70 |
| Tabela 4. Participação do pai nas consultas de pré-natal com a parceira por variáveis sociodemográficas                                      | pp. 70-71 |
| Tabela 5. Acompanhamento do parto pelo pai por variáveis sociodemográficas   | pp. 72-74 |
| Tabela 6. Usufruto da licença paternidade pelos pais por variáveis sociodemográficas   | pp. 74-76 |
| Tabela 7. Motivação para cuidar da saúde devido a participação nas consultas de pré-natal dos pais por variáveis sociodemográficas           | pp. 77-78 |
| Tabela 8. Acesso dos homens aos serviços de saúde e participação nas consultas de pré-natal com a parceira.                                  | p. 79     |

## Lista de Gráficos

|  |        |
|--|--------|
| Gráfico 1. Percentual de pais que relataram cuidar da sua saúde nos serviços de saúde do SUS.  | p. 55  |
| Gráfico 2. Percentual de serviços de saúde que os pais costumam usar.  | p. 56  |
| Gráfico 3. Percentual do motivo pelo qual os pais não acessam os serviços de saúde.  | p. 57  |
| Gráfico 4. Percentual de recebimento de orientação sobre camisinha, vasectomia, anticoncepcional, gravidez, parto, no serviço de saúde (planejamento familiar) pelos pais/parceiros. | p. 57  |
| Gráfico 5. Percentual de pais que participaram das consultas de pré-natal com sua parceira.  | p. 58  |
| Gráfico 6. Percentual de motivos de não participação nas consultas de pré-natal com a sua parceira.  | p. 59  |
| Gráfico 7. Percentual de direcionamento de instruções e informações durante as consultas de pré-natal pelo profissional.   | p. 60  |
| Gráfico 8. Percentual de realização de exames nas consultas de pré-natal.  | p. 60. |
| Gráfico 9. Percentual de tipos de exames realizados nas consultas de pré-natal.  | p. 61  |
| Gráfico 10. Percentual de atualização do cartão de vacinas dos pais.   | p. 61  |
| Gráfico 11. Percentual de pais orientados ou encaminhados para consulta com o dentista.  | p. 62  |
| Gráfico 12. Percentual de realização de consulta com o dentista.   | p. 62  |
| Gráfico 13. Percentual de participação dos pais em alguma palestra, roda de conversa, curso sobre cuidados com o bebê durante o pré-natal de sua parceira.                           | p. 63  |

|   |       |
|---|-------|
| Gráfico 14. Percentual de locais onde os pais participam das atividades educativas.   | p. 64 |
| Gráfico 15. Percentual de pais que acompanharam o nascimento do seu filho.  | p. 64 |
| Gráfico 16. Percentual de pais acompanharam o nascimento do filho em diferentes momentos.   | p. 65 |
| Gráfico 17. Percentual dos motivos pelo qual os pais não acompanharam o nascimento do seu filho.                                  | p. 65 |
| Gráfico 18. Percentual de motivos pelo qual o serviço de saúde não permitiu o acompanhamento dos pais no nascimento do seu filho. | p. 66 |
| Gráfico 19. Percentual de pais que tiraram licença paternidade.   | p. 67 |
| Gráfico 20. Percentual de motivos pelos quais os pais não tiraram licença paternidade.  | p. 67 |
| Gráfico 21. Percentual da presença nas consultas de pré-natal que motivou os pais a cuidarem melhor de sua saúde.                 | p. 68 |

## Lista de figuras

|  |           |
|--|-----------|
| Figura 1. Passos para realização da Estratégia Pré-Natal do Parceiro.  | p. 29     |
| Figura 2. Linha do tempo com projetos, campanhas, publicações e eventos mais significativos sobre paternidade no Brasil. | pp. 31-34 |
| Figura 3. Desafios para o exercício da paternidade ativa   | p. 100    |

## SUMÁRIO

|               |   |           |
|---------------|---|-----------|
| 1.            | Meu lugar de fala.....  | 14        |
| 2.            | Introdução .....  | 18        |
| 2.1.          | A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-Pnaish e seus eixos prioritários.....                | 18        |
| 3.            | Referencial teórico.....  | 25        |
| 3.1.          | Contextualizando o conceito de “Paternidade Ativa” .....  | 25        |
| <b>3.1.1.</b> | <b>Estratégia Pré-Natal do Parceiro.....</b>  | <b>26</b> |
| 3.2.          | O âmbito legal para garantia dos direitos na paternidade .....  | 30        |
| <b>3.2.1.</b> | <b>Acesso aos serviços de saúde para ações de paternidade ativa no Marco Legal da Primeira Infância .....</b> | <b>35</b> |
| <b>3.2.2.</b> | <b>Lei 11.108/2015 – A Lei do Acompanhante .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>3.2.3.</b> | <b>Licença Paternidade .....</b>  | <b>37</b> |
| 3.3.          | Ações para a qualificação dos Profissionais de saúde sobre Paternidade Ativa .....                            | 39        |
| 4.            | Objetivos .....   | 48        |
| 4.1.          | Objetivo geral .....  | 48        |
| 4.2.          | Objetivos específicos .....   | 48        |
| 5.            | Metodologia .....   | 49        |
| 6.            | Apresentação dos dados.....   | 52        |
| 7.            | Discussão .....   | 80        |
| 8.            | Considerações finais .....  | 95        |
| 9.            | Referências Bibliográficas .....  | 102       |
| 10.           | Apêndice – Folder sobre Paternidade Ativa e seus benefícios .....   | 111       |
| 11.           | Anexo –Questionário-saúde do homem e paternidade –ouvidoria (etapa III).....                                  | 113       |

## 1. Meu lugar de fala

Minha trajetória na saúde pública começou no início de 2001, estava cursando Psicologia e à procura do tão sonhado primeiro emprego. Na época a busca era feita por meio de jornal impresso e foi em um jornal de circulação em Brasília que descobri o anúncio para o então chamado Disque Saúde: 0800-61-1997 vinculado ao Ministério da Saúde. A seleção era composta de 3 etapas: uma entrevista por telefone, uma prova escrita e um treinamento de 30 dias na temática da saúde. Pois bem, realizei as três etapas com sucesso e no mês de maio de 2001 comecei a atender no *call center*, iniciando pelo segmento de orientações sobre doenças e informações de saúde.

Com o passar do tempo, fui transitando pelas outras opções de atendimento, recebimento de denúncias, reclamações, solicitações. Depois fui promovida para o *call center* ativo, no qual tive a oportunidade de realizar algumas pesquisas, como o impacto das figuras nas carteiras de cigarros e o funcionamento das comunidades terapêuticas. Passados 4 anos, fui aprovada em um processo seletivo interno para ir desenvolver as atividades na área denominada de tratamento de demandas, função de tratamento das manifestações registradas, que consistia em analisar o conteúdo das manifestações e realizar o encaminhamento para os órgãos de competência, na maioria das vezes as Secretarias de Saúde dos Municípios e Estados, e acompanhar seu desfecho.

Depois desse tempo, fui convidada a participar da equipe de criação do novo sistema de Ouvidoria, chamado OuvidorSUS, um novo desafio, e que desafio! Uma Psicóloga trabalhando com linguagem de sistema, testes e desenvolvimento de requisitos.

Desenvolvida a primeira versão do sistema, era hora de “colocá-lo na rua”, daí passei a integrar a equipe de implantação de ouvidorias pelo Brasil e capacitação para manuseio do sistema. Para esse trabalho, ajudei na confecção de todos os manuais do sistema OuvidorSUS, planejamento e confecção de materiais, ou seja, toda a metodologia que era utilizada nas oficinas, monitoramento de utilização e todo suporte para os usuários.

Na Ouvidoria Geral do SUS passei longos e proveitosos 10 anos, adquiri muito conhecimento sobre saúde pública, atendimento ao cidadão, empatia, enfim sobre o Sistema Único de Saúde. Mas era hora de novos aprendizados.

Em maio de 2012 fui convocada para assumir um cargo do concurso temporário da União e então fui designada a trabalhar na Coordenação de Saúde do Homem, não tinha nenhum conhecimento sobre a existência dessa área e mesmo dessa Política Pública, mesmo já há 10 anos dentro do Ministério da Saúde.

Precisei de apenas alguns meses para me apaixonar e ser tomada pelo desejo de planejar ações buscando melhorar a qualidade do acesso dos homens brasileiros aos serviços de saúde. Nesse ano, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-Pnaish tinha apenas três anos de existência e os eixos prioritários estavam começando a ser estruturados. Logo, dentre os cinco propostos, me identifiquei com o de 'Paternidade e Cuidado' e com 'Doenças Prevalentes na População Masculina'.

Como estavam no início da estruturação, foi um desafio propor ações que contemplassem a pluralidade da realidade brasileira. A primeira grande ação foi o desenho inicial da atual Estratégia Pré-Natal do Parceiro, com a elaboração do esboço do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, que começou como "Projetinho do Pré-Natal Masculino"; para escrever esse documento, realizei diversas viagens a locais que já realizavam alguma ação que pudesse ser compreendida como Pré-Natal do Parceiro, alguns lugares visitados foram São Paulo, Rio de Janeiro e Maranhão, coletando informações que pudessem compor o elenco de sugestões para a estratégia nacional. Após essas visitas, foi elaborada uma primeira versão do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, juntamente com uma primeira versão do Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde. Depois de validados pela equipe interna da Coordenação de Saúde do Homem, foi montada uma oficina de validação de conteúdo diretamente com os profissionais da ponta, sendo 200 gestores e profissionais de saúde de São Paulo e 200 de Pernambuco. Durante essa oficina de validação, os participantes puderam opinar sobre o texto sugerido, bem como avaliar se os passos sugeridos eram passíveis de ser executados. Depois dessas duas oficinas, houve mais uma oficina de validação, agora com as áreas parceiras internas do Ministério da Saúde, como IST/Aids; Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Atenção Básica.

Somente em 2016, depois de 4 anos, foi possível realizar a impressão e distribuição dos dois Guias, porém sempre tivemos a preocupação de não somente encaminhá-los para os municípios e estados, como também de capacitar os profissionais de saúde para sua utilização, com o objetivo de evitar que os materiais se tornassem materiais de gaveta; para isso foi elaborada uma oficina que hoje tem

uma duração de oito horas, onde são abordados os temas: Pnaish, os eixos prioritários, exploração dos guias e levantamento situacional local com as dificuldades e potencialidades para a implantação da Pnaish. Até o mês de junho de 2019 foram realizadas 39 oficinas em 23 UF, com um total de 3.757 pessoas envolvidas com perfil de multiplicadores.

Ainda com o objetivo de subsidiar a qualificação dos profissionais desenvolvemos vários materiais educativos como: Cartilha: Maternidade também é lugar para o pai/parceiro; Cartilha: Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança; Cartilha para pais; Folder e cartaz sobre Licença Paternidade. Esses materiais têm como objetivo ampliar o olhar de gestores, profissionais de saúde e população em geral para envolver os homens nas questões da paternidade ativa.

Continuando a temática da educação em saúde, validei e facilitei, desde 2015, o curso em EAD “Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado”, em parceria com o Instituto Promundo e comunidade de práticas. Esse curso é direcionado para profissionais da saúde e gestores. Tem como objetivo discutir questões relacionadas ao exercício da paternidade e do cuidado como gênero, sexualidade, diversidade sexual, masculinidades e violência, com foco na área da saúde, é totalmente online e tem uma carga horária de 60 horas. Está disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS – AVASUS. Até 05 de junho de 2019, haviam sido certificadas 6.317 pessoas e houve um total de 10.443 inscritas.

E diante da necessidade de ter um curso para que os pais possam ter um certificado na temática da paternidade e cuidado, com o objetivo de extensão da licença paternidade, elaborei o conteúdo, sugeri a metodologia, facilitei e monitoro o curso em EAD “Pai Presente, Cuidado e Compromisso”. Esse curso foi pensado para atender à crescente demanda de pais e/ou futuros pais sobre como se envolver em todo o processo de planejamento reprodutivo, Pré-natal, Parto e Pós-parto de sua parceira e nos cuidados no desenvolvimento da criança. Tem como objetivo aumentar os vínculos dos homens com a suas parceiras e com seu filho e, ao mesmo tempo, estimular o seu autocuidado com a saúde, promovendo uma paternidade ativa. Totalmente online, tem uma carga horária de 12 horas. O curso está disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS – AVASUS, e, atualmente, é o segundo curso mais acessado de um total de 179 cursos ativos. Até 05 de junho de 2019 haviam sido certificadas 43.179 pessoas, de um total de 47.125 inscritas.

E por fim, participei de toda articulação, elaboração de questionário, capacitação dos teleatendentes, tabulação, análise e elaboração de relatórios da Pesquisa “Saúde do Homem, paternidade e cuidado”. Essa pesquisa tem caráter contínuo e está sendo realizada com os homens cujas parceiras realizaram parto nos estabelecimentos de saúde do SUS. Tem como objetivo obter dados sobre o acesso, acolhimento e cuidados com a saúde masculina nos serviços públicos de saúde e levantar informações sobre o envolvimento do pai no pré-natal, parto e cuidado com o desenvolvimento da criança. A primeira etapa da pesquisa foi realizada no período de abril a dezembro de 2015, no qual foram ouvidos 6.141 homens cujas parceiras realizaram parto no ano de 2013. De janeiro até novembro de 2016 foi realizada a segunda etapa da pesquisa, na qual foram ouvidos em todo o país 7.584 homens, cujas parceiras realizaram parto nos estabelecimentos do SUS no ano de 2014. De março de 2017 a março de 2018 foi realizada a terceira etapa da pesquisa, onde foram ouvidos em todo o país 37.322 homens, cujas parceiras realizaram parto nos estabelecimentos do SUS no ano de 2015. Atualmente está sendo realizada a quarta etapa da pesquisa com a competência de 2016, com previsão de lançamento no fim de 2019.

Sempre tive a preocupação de desenvolver ações de saúde pública, com enfoque na Paternidade e Cuidado, que abordassem os profissionais e gestores de saúde para a execução de ações sobre o tema e, por outro lado, a preocupação de educação em saúde da população em geral para que possam ter conhecimento de seus direitos e deveres, principalmente os homens, pais possam exercer a paternidade ativa o que pode proporcionar qualidade de vida para o homem, mulher e criança. Esse trabalho expressa essas preocupações.

## **2. Introdução**

### **2.1. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-Pnaish e seus eixos prioritários.**

A Constituição Federal Brasileira em 1988 parte da premissa que saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo indispensável, para que o Estado possa cumprir esse dever, a elaboração de políticas públicas. Segundo Schraiber (2012), as políticas públicas se tornam necessárias para a garantia da saúde como resposta do Estado às problemáticas que surgem no meio social e, para sua formulação e efetivação, deve-se realizar a articulação entre grupos integrantes de um governo. A partir dessa articulação, há um consolidado de medidas e procedimentos que subsidiam a tomada de decisões política do Estado para problemas que se configuram como interesse da sociedade.

De acordo com Dantas (2017), políticas públicas, como as políticas de saúde voltadas aos homens, surgem como um produto de demanda social dentro de um contexto cultural, histórico e econômico específico, que necessitam de uma estrutura de poder e organização dentro de um projeto político específico.

A estruturação de uma política voltada aos homens surgiu em meio à pioneira discussão sobre a saúde das mulheres que já vinha se desenvolvendo há décadas.

Arilha (1999) descreve que a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, teve como produto final um Programa de Ação cuja adoção pelos Estados signatários implica tão somente um compromisso moral (e não jurídico). Nesse documento, a temática da masculinidade foi apresentada como responsabilidade masculina no tangente à reprodução, uma vez que a criação desse programa se baseou nas questões de saúde e direitos reprodutivos.

No texto da Conferência do Cairo, no campo da reprodução, ser jovem e ser homem praticamente equivalem a ser irresponsável, numa perspectiva quase essencialista; enquanto que as mulheres, no mesmo texto, recebem valorização positiva, consideradas mesmo como sobrecarregadas de encargos em sua vida reprodutiva. Ainda que de forma não explícita, o texto do Programa de Ação do Cairo utiliza o conceito de papéis sexuais, optando pela bipolarização entre os sexos; operando com uma visão empobrecida das masculinidades, utiliza quando muito as idéias concernentes ao que se poderia considerar a masculinidade hegemônica e uma visão cristalizada sobre a juventude. Isso cria um terreno escorregadio: em vez de

promover mudanças, contribui para sedimentar o estereótipo de que homens, e jovens de ambos os sexos, são irresponsáveis, devendo ser capturados por políticas especiais e educados para tornarem-se "responsáveis". E, ao mesmo tempo em que propõe a educação como estratégia para promover a responsabilidade, por meio de programas e medidas de âmbito institucional, o texto do Programa atribui enfaticamente a agentes pessoais (como "pais" ou os próprios jovens) o encargo de promovê-la, visando, nas palavras do texto, à "paternidade responsável". (Arihla,1999)

Dantas (2017) relata que a situação avança a partir da Conferência de Pequim em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Essa conferência foi um encontro organizado pelas Nações Unidas e, no evento, principiouse a discutir a necessidade de inclusão dos homens nas intervenções em saúde reprodutiva, com o objetivo estratégico de fortalecimento dos programas de prevenção em saúde da mulher, assim como estimulação da partilha em condições de igualdade no que diz respeito ao cuidado com filhos e tarefas domésticas. À mesma ocasião traz-se à tona também a divisão de responsabilidades entre homens e mulheres no quesito do comportamento nas questões de saúde reprodutiva.

Segundo Medrado e Lyra (2012), Margareth Arihla, em seu doutorado, identificou a inclusão dos homens no campo da sexualidade e saúde reprodutiva em oito das Conferências Mundiais sobre População e Mulher desde 1974. No documento de consolidação final da Conferência Internacional de População de Bucarest, 1974, já havia o reconhecimento de que não seria possível modificar a situação das mulheres sem que houvesse mudanças na função do homem, tanto no que se refere à posição que o homem ocupa na sociedade em geral como no âmbito familiar em específico. O documento relatou também a necessidade de promover medidas e políticas destinadas a melhorar e proteger a saúde do homem, da mulher e da criança e ainda estimular a educação para a vida familiar e para a paternidade responsável.

De acordo com Muller (2013), as pesquisas e iniciativas com homens no Brasil esbarram na dificuldade de inseri-los nas rotinas dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro devido às barreiras socioculturais que os homens possuem de serem enxergados como sujeitos do cuidado, o que extrapola, dessa forma, a centralização da questão da medicalização e permite o acesso e o atendimento integral a todas as demandas da população masculina. Segundo a autora, esse objetivo foi lançado no Plano Estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Homem, pois se sugere que as estratégias em saúde do homem supram as necessidades masculinas e sejam ancoradas nas medidas preventivas e rotineiras dos serviços de saúde.

Diante desse breve histórico, a necessidade de formulação de uma política específica para a população masculina se justificava para que houvesse equidade de gêneros e por consequência uma sociedade mais justa.

Martins e Malamut (2013) e Schraiber *et al* (2005) afirmam que os primeiros estudos sobre a saúde do homem surgiram na década de 1970, enraizados em um modelo biomédico, epidemiológico e comportamental. Nos anos 80, as discussões feministas começaram a se consolidar e avançar na temática da masculinidade e de gênero, adentrando em campos como epidemiologia e sociologia médica nos Estados Unidos. Já nos anos 90, as questões de poder, desigualdades e iniquidade de gênero foram incorporados aos estudos sobre a saúde dos homens, o que incluiu também assuntos de raça/cor, etnia, orientação sexual, religião, dentre outros, objetivando entender de forma mais ampliada os processos de saúde e doença dos homens.

Porém, no contexto político brasileiro, somente a partir de 2007 a pauta saúde do homem entra nas discussões do governo federal com a criação da Área Técnica de Saúde do Homem, no Ministério da Saúde, e a inserção da instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem como uma das metas de gestão do Ministro da Saúde à época.

Martins e Malamut (2013) discorrem que, no ano seguinte (2008), a Área Técnica de Saúde do Homem foi instituída no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS), sendo composta por uma equipe baseada nas questões biomédicas e comportamentais, valorizando assim, a ciência urológica e dessa forma, a visão de saúde do homem estava diretamente ligada às questões do aparelho genital e urológico, deixando em segundo plano os princípios de integralidade e promoção de saúde.

Leal, *et al.* (2012) descrevem que a estratégia nacional formulada pelo governo brasileiro para a saúde em 2008, o Programa Mais Saúde, contemplava 73 medidas e 165 metas, totalizando um investimento de quase 90 bilhões de reais. Entre os pontos principais destacados nos Eixos de Intervenção, encontra-se o de Atenção à Saúde, onde está inserido o planejamento de implantação de ações de Saúde do Homem com a garantia de recursos para o triênio 2008-2011. Uma política específica para homens representava uma inovação, na medida em que os homens não foram,

historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde, ficando sem ações específicas para eles na fase adulta.

Carrara *et al.* (2009) sinalizam que esta forte visão médica deixou sem evidência questões importantes da saúde do homem, como violência e saúde mental, o que resultou em ausência desses aspectos mais integrativos no texto final da política.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-Pnaish, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2009 através da portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009 e atualmente regulamentada por meio do Anexo XII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. A Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde tem como objetivo qualificar e ampliar o acesso da população masculina de 20 a 59 anos aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, com foco na capacitação dos profissionais e na sensibilização da população (Brasil, 2017).

Um dos principais objetivos dessa Política é melhorar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde por meio de ações programáticas que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas de saúde. Essas ações têm por objetivo possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de adoecimento e morte por causas evitáveis. Para isso, a Pnaish está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, com as estratégias de humanização e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Couto *et al.*(2012) descreve que uma Política de Saúde do Homem instituída como política nacional só existe na Irlanda e Austrália, dessa forma, o Brasil é também pioneiro em estruturar uma política voltada para essa população.

A estratégia fundamental adotada pela Pnaish, de fato, tem sido focar e alicerçar suas ações e metas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do homem, sobretudo nos serviços ofertados pela ordenadora e coordenadora do cuidado na Rede SUS, a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e do seu Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Portaria MS/GM nº 1.645, de 02 de outubro de 2015.

A Coordenação de Saúde do Homem – COSAH (antiga Área Técnica de Saúde do Homem) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- DAPES da Secretaria de Atenção Primária à Saúde- SAPS do Ministério da Saúde trabalha, a partir do ano de 2009, no sentido de fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; estimulando e prestando cooperação aos Estados e Municípios, valorizando e respeitando as diversidades loco-regionais e promovendo no âmbito de sua competência a articulação intersetorial e interinstitucional, entre outras.

As coordenações posteriores da Área Técnica perceberam a necessidade ampliar o escopo das ações da Pnaish e desde 2012 a estruturava em cinco grandes eixos prioritários, de acordo com a definição estabelecida somente em 2018 no Glossário Saúde do Homem, destacados os seus respectivos objetivos abaixo: acesso e acolhimento, saúde sexual e saúde reprodutiva, prevenção de violências e acidentes, doenças prevalentes na população masculina e paternidade e cuidado (Brasil, 2018):

•**Acesso e acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

•**Saúde sexual e saúde reprodutiva:** busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, envolvendo-os nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

•**Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

•**Prevenção de violências e acidentes:** visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

•**Paternidade e cuidado:** objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens

desde o planejamento reprodutivo, passando por todas as fases da gestação, parto e cuidados com o desenvolvimento do(a) filho(a), em que se destaca como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os).

Carrara *et.al* (2009, p.669) destacam que o programa de saúde do homem pretende “*politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania*”. Através do movimento organizado, a transformação das mulheres em “protagonistas de suas demandas” envolveu seu relativo “empoderamento”. No caso dos homens, o “protagonismo” implica justamente o contrário, isto é, assumir sua fragilidade e vulnerabilidade e transpor as barreiras socioculturais. Utiliza-se, assim, a mesma linguagem e os mesmos argumentos comumente presentes no discurso dos movimentos organizados para efeitos aparentemente opostos. A politização e sensibilização do homem, portanto, tem por objetivo torná-lo consciente dessa sua necessidade de se cuidar. Só então é possível medicalizá-lo. Nesse caso, consciência política, “protagonismo” e medicalização aparecem como indissociáveis.

As ações desenvolvidas dentro do eixo de Paternidade e Cuidado são consideradas como um dispositivo positivo de mudança de cultura, uma vez que podem potencializar o acesso dos homens aos serviços de saúde, tornando esse momento uma forma de acolhimento e resolução de necessidades específicas desses homens, além de proporcionar a promoção do autocuidado e educação em saúde.

Com o objetivo de sensibilizar esses homens/pais desde o início do processo gravídico, dentro do eixo de Paternidade e Cuidado, foi criada a Estratégia Pré-Natal do Parceiro – EPNP que tem como objetivo engajar os homens nas ações de paternidade ativa, que buscam fortalecer o vínculo pai-mãe-filho, através do desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, autocuidado e do incentivo à adoção de estilo de vida mais saudável (BRASIL, 2018a).

O presente trabalho ganha relevância e originalidade na medida em que sistematiza e analisa dados extraídos (diretamente) de respostas de homens e ressalta a importância da fala destes, contribuindo para a literatura e conhecimento existentes no que concerne a experiência de vida de homens nos sistemas locais de atenção à saúde.

Devido à dificuldade cultural do homem em procurar o serviço de saúde como algo habitual e de forma a prevenir e promover sua saúde, a ênfase na questão da paternidade ativa torna-se uma porta de entrada positiva para vinculação desse homem à rotina dos serviços de saúde e com ações de cuidado, consigo e com sua família.

Ainda corroborando com a temática do presente trabalho, geralmente se apresentam estudos voltados para análise dos serviços de saúde e há poucos que visam avaliar o acesso dos homens, em especial, os que realizam uma escuta direta a essa população.

Dessa forma, o objetivo da presente dissertação é apresentar subsídios para uma maior vinculação da população masculina, com os serviços, objeto da Pnaish, por meio do conhecimento das experiências vividas pelos homens nos serviços como sujeitos de cuidado, e empodera-los para efetivação da política e reivindicação de seus direitos de atenção à saúde.

### 3. Referencial teórico

#### 3.1. Contextualizando o conceito de “Paternidade Ativa”

A palavra pai tem origem no latim *patre*, que significa um homem que gerou um ou mais filhos, a partir da fertilização proveniente da relação com uma mulher (Nogueira, 2017).

Dentro do eixo Paternidade e Cuidado, a nomenclatura utilizada é descrita como Paternidade Ativa. E, afinal, qual é a diferença entre falar de paternidade e falar de paternidade ativa?

Paternidade é um conceito que diz respeito a condição de ser pai e de forma geral, ser pai biologicamente ou socialmente (nos casos de adoção), estabelecendo uma relação jurídica entre pais e filhos (Brasil, 2018). A concepção de paternidade tem passado por transformações nas últimas décadas.

Já a Paternidade Ativa se refere ao envolvimento ativo do homem em todo o processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil, proporcionando oportunidades para criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pai, mãe e filhos e/ou filhas. (Brasil, 2018). Deste modo, paternidade ativa está relacionado a ações de cuidado que envolvem o indivíduo, bem como o coletivo em questão, isto é, os homens que se tornam pais. Porém, historicamente e culturalmente, as atividades de cuidado são atribuições das mulheres, e não dos homens. Dessa forma, trabalhar paternidade ativa é promover uma quebra desse paradigma, visto que homens podem ser cuidadores tanto quanto mulheres. Esse mesmo pensamento vale para a realização do pré-natal, historicamente de realização exclusiva pelas mulheres. Ou seja, quando fala-se de Paternidade Ativa, estamos nos remetendo a uma disposição de “atitude”, prontidão, proatividade desse homem no papel de pai.

Piccinini, *et al.* (2004) relatam que o período de transição para a parentalidade exige uma série de adaptações e mudanças por parte dos futuros pais, tanto em nível psicológico e biológico, como social. Os nove meses de gestação constituem para os homens um período de intenso preparo para todas as mudanças que ocorrerão com a chegada do novo ser, tanto no âmbito de realização de cuidados com o pequeno ser, quanto nas mudanças de rotinas de vida, sentimentos e responsabilidades que esse pai terá que assumir. Ainda segundo Piccinini *et al.*, o fato de o pai não vivenciar em seu corpo as etapas da gestação como a mulher pode suscitar no homem sentimentos como ansiedade, dúvida e insegurança, entre outros. O pai tem um papel

fundamental no apoio emocional à gestante durante todo o processo gestacional, dado que a aceitação do bebê pelo companheiro é um fator significativo para o desenvolvimento do apego materno.

Entendemos que a Paternidade Ativa requer dispositivos que busquem providenciar ambientes e infraestruturas propícias à sua efetivação. Ou seja, a Paternidade Ativa é um processo complexo e de natureza multifacetada.

### **3.1.1. Estratégia Pré-Natal do Parceiro**

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a atenção ao pré-natal tem como objetivos acolher e vincular, nos serviços adequados, a partir da atenção primária, a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, sendo que este corresponde ao intervalo de tempo entre o nascimento e os 28 dias de vida. Porém, essa visão é reducionista, porque compreende apenas mulher e criança, o que não é suficiente para comportar todas as mudanças que acontecem no campo fisiológico da mulher, mas também no campo emocional da família. Como é comum em processos que envolvem mudanças globais este âmbito, cada vez mais profissionais, gestores de saúde e estudiosos têm promovido debates sobre a importância da quebra do binômio mãe-criança para uma inclusão do trinômio mãe-pai-criança, desde o planejamento reprodutivo até os cuidados com o desenvolvimento das crianças.

Segundo um estudo do Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA e Instituto Papai, (2007) a gestação é definida por mudanças observadas no corpo feminino desde o momento da concepção, ou seja, a gestação é “visceral para as mulheres”, porém para os homens a paternidade muitas vezes só se concretiza após o nascimento da criança. No entanto, quando se questionam diretamente os homens, muitos demonstram desejo de participar nas ações de planejamento reprodutivo ativamente durante toda a gestação, muitas vezes até antes da concepção, de modo a compartilhar, assim, de todas as etapas desse processo gravídico.

No entanto, na esfera das políticas públicas, as ações de saúde ligadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo as de pré-natal, têm sido tradicionalmente direcionadas somente para as mulheres.

De acordo com Dos-Santos *et al.* (2017), diante das dificuldades dos homens em procurar os serviços de saúde devido às barreiras socioculturais e institucionais, e do cenário de ações voltadas somente às mulheres no que diz respeito ao processo gravídico, o Ministério da Saúde, em 2010, durante o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, lançou a proposta de implantação do então chamado Pré-Natal Masculino, hoje denominada Estratégia Pré-Natal do Parceiro, como uma ação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na atenção básica de saúde. O objetivo era, então, orientar que profissionais de saúde aproveitassem o momento em que o homem está mais sensibilizado para incentivá-lo não somente acompanhar as consultas durante o pré-natal da parceira, como também a se cuidar; a proposta na época era: ele precisa se cuidar, para cuidar da família. Dessa forma, podemos dizer que foi uma abordagem “utilitária” do homem, e não voltada para seu cuidado propriamente dito.

No território brasileiro, a Rede Cegonha, lançada no ano de 2011, destaca a importância da participação paterna em todo o processo e qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no planejamento reprodutivo, na confirmação da gravidez, no pré-natal, parto e puerpério, propiciando assim a inclusão e a participação ativa dos pais/parceiros, contribuindo positivamente para a inserção do homem nas consultas de pré-natal (Brasil, 2018a)

Este texto (Brasil 2018a) relata que diversos países que desenvolvem estudos sobre essa temática salientam a importância e os resultados positivos do engajamento ativo dos homens ao longo dessa fase. Esses mesmos estudos ressaltam que a compreensão da importância da inclusão dos homens nesse processo esbarra em resistências de gestores e profissionais de saúde, que temem resultar em mudança nos processos de trabalho, o que acarretaria mais atribuições às que eles já desenvolvem. Essa compreensão também é uma concepção de parte da população masculina e feminina, que ainda não tem informações que demonstrem a importância dessa participação ativa dos homens.

Dessa forma, segundo Mendonça e Andrade (2010), a inclusão da participação ativa dos homens no cotidiano dos serviços de saúde aparece como um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a saúde do homem não é concebida de forma integral. Para esses autores, a inclusão dos homens no pré-natal produziria um melhor conhecimento da singularidade e necessidades masculinas, tanto pelo olhar dos profissionais quanto do próprio homem.

Como destacado no Guia do Pré-Natal do Parceiro para profissionais de saúde, o pré-natal do parceiro é uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens, adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na atenção básica. O pré-natal masculino propõe-se a ser uma das principais "portas de entrada" aos serviços de saúde da atenção básica para os homens, ao enfatizar ações orientadas a prevenção, a promoção, ao autocuidado e a adoção de escolhas de vida mais saudáveis. (Brasil 2018a).

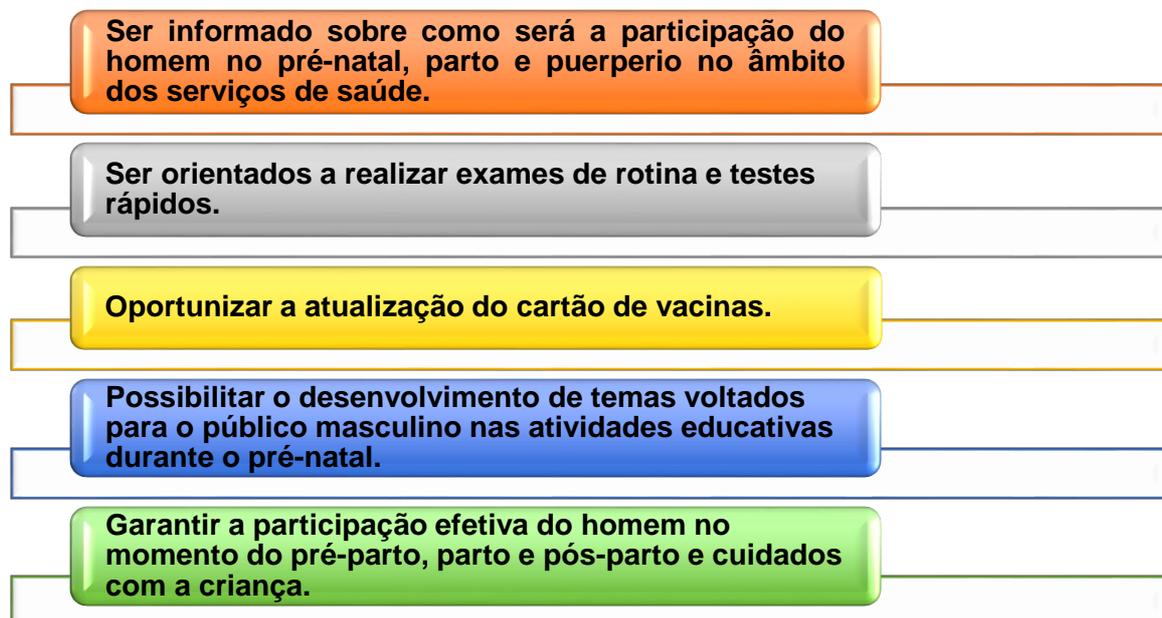
Isto posto, a partir de 2012, a Coordenação de Saúde do Homem começou a implantar a Estratégia Pré-Natal do Parceiro- EPNP, sendo considerada um dispositivo para a vinculação de homens na estrutura da rotina dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles possam realizar os seguintes procedimentos de atenção à saúde:

- 1- Exames preventivos de rotina e testes rápidos;
- 2- Atualização do cartão de vacinação;
- 3- Participação em atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal;
- 4- Compartilhamento dos cuidados com a criança com sua/seu parceira(o);
- 5- Desfrute do direito da licença paternidade, bem como outros procedimentos que os profissionais de saúde julguem necessários para o atendimento integral desse pai e, assim, possam se envolver em ações que possibilitem o exercício de uma paternidade ativa.

O desenvolvimento dessas atividades poderá acrescentar a dimensão de incremento da equidade de gênero, visto que culturalmente as atividades de cuidado são predominantemente atribuições do gênero feminino.

Para implantação da EPNP, são sugeridos cinco passos que os pais/parceiros devem ser orientados a seguir durante todo o processo de pré-natal, parto, pós-parto e ao longo do desenvolvimento da criança, e são eles:

**Figura 1- Passos para realização da Estratégia Pré-Natal do Parceiro.**



Fonte: elaboração da própria autora

Na prática de educação em saúde em todos esses passos, os profissionais de saúde têm um papel fundamental para poder orientar os pais/parceiros, esclarecendo suas dúvidas e informando sobre direitos e deveres para que haja a vinculação desse homem aos serviços de saúde e incentivo, o que possibilitaria a promoção da saúde para o estabelecimento de vínculos afetivos saudáveis entre os membros da família.

Dessa forma, a EPNP tem duas abordagens: a primeira, com objetivo de favorecer o exercício da paternidade ativa e integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem seus exames preventivos de rotina, tais como HIV, Sífilis e Hepatites, Hipertensão e Diabetes, e atualizem sua carteira de vacinação, assim como participem das atividades educativas nos serviços de saúde, ou seja, se preparem para o exercício da paternidade ativa; e a segunda enfoca nos profissionais de saúde, para que incorporem na sua rotina de trabalho o acesso e acolhimento desses homens.

Segundo essa Política (Brasil 2018a), o envolvimento do homem nos diversos momentos do planejamento reprodutivo, gestação, parto e cuidados com o(a) filho(a) contribui para ampliar e qualificar o acesso dos homens aos serviços de saúde; previne e diminui a transmissão de IST/HIV e de outras patologias; favorece o estabelecimento de vínculo afetivo familiar; proporciona o desenvolvimento da

primeira infância e conseqüentemente, ajuda na construção de uma sociedade com maior equidade de gênero.

Nesse sentido, parte-se da premissa de que a instituição da EPNP poderá além de prestar um cuidado integral à saúde do homem, também possibilitar que o homem faça uma reflexão sobre seu verdadeiro papel durante a gestação, parto, pós-parto e desenvolvimento da criança, podendo assim proporcionar uma prática de cuidado mais inclusiva para a população masculina.

### **3.2. O âmbito legal para garantia dos direitos na paternidade**

Para construção do cenário atual referente a temática da paternidade, aconteceram vários eventos significativos para alcançar o patamar para o estímulo da paternidade ativa. Abaixo segue uma linha do tempo com projetos, campanhas, publicações e eventos mais significativos sobre paternidade no Brasil. (Adaptado de Promundo, 2016).

**Figura 2- Linha do tempo com projetos, campanhas, publicações e eventos mais significativos sobre paternidade no Brasil.**



2007

- Lançamento da Campanha *Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante.*” (Instituto Papai);
- Dia 6 de dezembro instituído como “*Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres*” (Lei n. 11.489/07); Brasil
- Início da implementação do “*Pré-Natal do Homem/Parceiro*”, em unidades de saúde do estado de São Paulo;
- Cartilha “*Homens também cuidam Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado.*”(UNFPA e Instituto Papai);
- Lançamento do *Boletim Circulador: Aprendendo a Ser Pai* (Macrofunção Vida/Prefeitura do Rio de Janeiro)

2008

- Campanha “*Dá licença, eu sou pai!*” (Rede de Homens pela Equidade de Gênero RHEG);

2009

- I Simpósio Global Engajando Homens e Meninos pela Igualdade de Gênero, Rio de Janeiro (Aliança MenEngage; Instituto Papai, Instituto Promundo, Save the Children Suécia, UNFPA e White Ribbon Campaign Canadá);
- Publicação “*Unidade de Saúde Parceira do Pai*” (Prefeitura do Rio de Janeiro; Comitê Vida e Movimento pela Valorização da Paternidade);
- Publicação “*Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*” (Instituto Papai e RHEG);
- I Simpósio Paternidade, Singularidades e Políticas Públicas (Comitê Vida/PCRJ)

2010

- Publicação *Homens e Masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas* (Instituto Papai, Promundo, Gema/UFPE e Margens/UFSC);
- *I Seminário Internacional Saúde do Homem nas Américas*, em Brasília (Ministério da Saúde e Ministério do Exterior)

2012

- Campanha “*Você é meu Pai*”, site [www.voceemeupai.org.br](http://www.voceemeupai.org.br) e vídeo “*A história de Márcio*” (Promundo e MenEngage);
- Projeto “*Fortalecimento e disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*”, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz com financiamento da Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde;
- Publicação do *Provimento n. 16* da Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ): estabelece procedimentos para facilitar o reconhecimento de paternidade, ainda que tardiamente;
- Publicação “*Comunicado nº 149 - Trabalho para o mercado e trabalho para casa: persistentes desigualdades de gênero*” (IPEA);
- *Certificação Unidade de Saúde Parceira do Pai* (SMS-Rio em parceria com Instituto Promundo, SBP, SOPERJ, ABENFO, ReHuna, UFRJ);
- Criação da *Biblioteca e Videoteca da Paternidade*, no blog Elos da Saúde (SMS-Rio) com subsídios para ações educativas e organização de serviços de saúde parceiros do pai;
- Criação da fanpage: *Mês de Valorização da Paternidade*

2013

- Seminário Nacional sobre *Paternidade e Cuidado no Rede SUS* (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde); Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Comitê Vida e Instituto Promundo;
- Lançamento do blog “*Paizinho, virgula!*” [www.paizinhovirgula.com](http://www.paizinhovirgula.com);
- Campanha “*Pai Presente: Cuidado e Compromisso*” . (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Lançamento do vídeo “*O pai está*”, elaborado pelos jovens do projeto RAP da Saúde (Rede de Adolescentes e Jovens promotores da Saúde/SMS-Rio)

2014

- Lei 13.010/14 – Lei Menino Bernardo;
- *I Seminário Pré-Natal do Parceiro e Saúde do Homem* (Ribeirão Preto/SP);
- *I Simpósio de Atenção Integral a Saúde dos Homens*, em Brasília (Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde/Opas);
- Projeto “*Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero*”, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz com financiamento da Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde;
- Lançamento de nova “*Caderneta da Gestante*” (Ministério da Saúde);
- *VI Simpósio Paternidades, Singularidades e Políticas Públicas: Paternidade e Cuidado* (Secretaria Municipal de Saúde do RJ, Instituto Promundo e Comitê Vida);
- Lançamento do *Programa P: Manual para o Exercício da Paternidade e do Cuidado* (Promundo, CulturaSalud e REDMAS);

2015

- Criação do *Grupo de Trabalho Homens pela Primeira Infância* da Rede Nacional Primeira Infância;
- *I Seminário Nacional Paternidade e Primeira Infância*, no Rio de Janeiro (Instituto Promundo e Rede Nacional Primeira Infância);
- Lançamento da segunda edição do *Programa P: Manual para o exercício da Paternidade e do Cuidado* (Promundo, CulturaSalud, REDMAS e Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Lançamento do Curso à Distância *Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado* (Promundo e Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);

2016

- Inclusão do *Pré-Natal do Parceiro* na *Nova Caderneta da Gestante* (Ministério da Saúde);
- *II Seminário Nacional Paternidade e Primeira Infância*, em Recife (Instituto Papai, Instituto Promundo e Rede Nacional Primeira Infância);
- Lançamento do *Relatório Situação da Paternidade no Brasil* (Instituto Promundo);
- Lançamento do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Lançamento do Curso à Distância *Pai Presente Cuidado e Compromisso* (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Oficinas de lançamento do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Início da Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado (Coordenação de Saúde do Homem e Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde)



2017

- Criação do Procedimento no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS-SIGTAP “Consulta Pré-Natal do Parceiro” sob o número 03.01.01.023-4 por meio da Portaria 1.474, de 8 de Setembro de 2017.
- Alteração dos procedimentos de testes rápidos de HIV e Sífilis no SIGTAP: 02.14.01.004-0 Teste rápido para detecção de HIV na gestante e ou pai/parceiro e 02.14.01.008-2 Teste rápido para sífilis em gestantes e ou pai/parceiro. (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Publicação da Nota Técnica conjunta: Recomendações do Ministério da Saúde para regulamentar as atividades de orientação sobre paternidade em relação ao Marco Legal da Primeira Infância. . (Coordenação de Saúde do Homem, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Atenção Básica e Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde);



2018

- Publicação da Cartilha: Maternidade também é lugar para o pai/parceiro;(Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Publicação da Cartilha para pais;(Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Publicação da Cartilha: Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança. (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Publicação do folder e cartaz sobre Licença Paternidade; (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);
- Lançamento do vídeo na plataforma Viva mais SUS sobre o Pré-Natal do Parceiro. (Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde);

Fonte: elaboração pela própria autora, adaptado de Promundo 2016.

### **3.2.1. Acesso aos serviços de saúde para ações de paternidade ativa no Marco Legal da Primeira Infância**

Até 2016, os pais que desejassem acompanhar as consultas de pré-natal de suas parceiras e realizar a EPNP contavam apenas com as declarações de comparecimentos emitidas pelos Enfermeiros e atestados médicos emitidos pelos Médicos para justificar sua ausência nas atividades laborais. O próprio Guia de Pré-Natal do Parceiro (Brasil, 2018a) orienta aos profissionais a emissão do atestado com o cid 10 Z76.8 - Contatos com serviços de saúde por outras circunstâncias especificadas. No entanto, a maioria das empresas brasileiras não aceitam esse comprovante por não ser baseado em nenhuma lei, sendo somente uma orientação do Ministério da Saúde.

Em 8 de março de 2016 foi instituída a Lei 13.257, denominada como Marco Legal da Primeira Infância. Esse Marco Legal fomenta e subsidia a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade.

Dentre seus vários artigos, existem alguns que reforçam a importância do envolvimento do homem em todas as etapas de cuidados com o(a) filho(a), bem como a maior proximidade com a mãe, sendo eles:

- Direito à gestante e à parturiente de 1 (um) acompanhante durante o período do pré-natal, do trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (Art. 19);

- Direito a condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, nos estabelecimentos de atendimento à saúde (Art. 22);

- Direitos iguais e deveres e responsabilidades compartilhados entre os pais, no cuidado e na educação da criança, devendo ser resguardado o direito de transmissão familiar de suas crenças e culturas (Art. 26);

- Direito, ao pai, de até 2 (dois) dias, para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira e de 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica (Art.37)

- Direito a mais 15 dias de licença paternidade para os funcionários que trabalham nas empresas cadastradas no programa federal “Empresa Cidadã”.

Mesmo com a aprovação dessa lei, a presença dos homens nas rotinas de pré-natal ainda é bem pequena e não é uma realidade em todas as unidades de saúde do

SUS, muitas vezes por total desconhecimento desses direitos por parte de profissionais, bem como da população masculina e de modo geral. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde exercer seu papel de educadores em saúde, e informar às gestantes, aos parceiros e à população em geral sobre esses direitos, para que a cada dia mais pais/parceiros os usufruam e consigam exercer sua paternidade ativamente. Um dispositivo utilizado para a disseminação dessa informação são as oficinas de capacitação do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, além de cursos de qualificação profissional sobre a temática.

### **3.2.2. Lei 11.108/2015 – A Lei do Acompanhante**

Segundo Bernardi (2017), a presença paterna mais ativa na vida e no cuidado dos filhos tem modificado uma série de atividades que antes eram exclusivas das mulheres, o que alivia as múltiplas tarefas antes exclusivas à mulher ou à sua família extensa, também quase sempre desempenhadas por outras mulheres. As relações entre parceira, filho e pai também têm se modificado, ficando mais próximas, de forma que a participação dos pais tem se tornado mais ativa no processo gravídico, desde o planejamento reprodutivo até o desenvolvimento das crianças, passando pelos momentos de pré parto, parto e pós parto.

No entanto, no decorrer da minha experiência profissional, apesar de uma aparente maior sensibilização dos serviços de saúde para a presença do pai, ainda há várias barreiras a serem vencidas, sejam institucionais, sejam aquelas impostas pelos profissionais de saúde, ou até mesmo por legislações limitadas, como demonstrado nas etapas anteriores da Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado.

Nesse contexto, iremos relatar alguns apontamentos a respeito da Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no SUS, da rede própria ou conveniada.

De acordo, com Bernardi (2017), um dificultador é o fato de a mãe ser a detentora da escolha de quem irá acompanhá-la todo o trabalho de parto; diante disso, questiona-se o direito paterno, visto que a lei aponta a decisão como exclusivamente da mulher.

Carvalho (2003) ressalta que a participação dos pais no momento do parto é caracterizada por diversas dificuldades, dentre elas as institucionais e ligadas a representação social sobre o parto e a paternidade. Ainda segundo a autora, a presença dos pais não parece ser valorizada pelos profissionais de saúde da equipe, nem como suporte à gestante, nem como momento do exercício da paternidade.

Em suma, em tempos atuais, o homem é convidado a partilhar dos cuidados de forma mais ativa, porém ele possui pouco direito de fato para exercer essa função. A sociedade lhe atribui esse novo papel de cuidador mas, no entanto, não dá condições legais que garantam efetivamente o exercício desse papel pelos homens.

### **3.2.3. Licença Paternidade**

De acordo, com Rapoport & Rapoport (1977) *apud* Nogueira (2017), um fator impactante nas relações de trabalho são as carreiras duplas, nas quais ambos os chefes de família precisam conciliar vida profissional e familiar.

Isso para Castro (2015) produz uma mudança no tradicional modelo de estrutura familiar em que os homens eram os únicos provedores e as mulheres cuidavam somente das atividades domésticas e dos filhos. Devido aos ajustes familiares e às questões financeiras, aumentou a necessidade de mulheres também contribuírem para o aumento da renda familiar, bem como a necessidade de uma participação mais ativa dos homens nos cuidados de suas crianças e no trabalho doméstico.

Para Olavarria (2003) *apud* Nogueira (2017), o envolvimento e a participação dos homens na educação dos filhos e nas tarefas domésticas são determinados pelas expectativas de suas parceiras. Isso possui uma relação direta com o que é defendido por Fuller (2001) quando relata que entre os fatores que influenciam a construção social da paternidade estão: a relação familiar (do homem com seu próprio pai, com a sua mãe e com a mãe de seu filho); as condições sociais e econômicas nas quais ele está inserido; e a relação com o grupo de pares no ambiente de trabalho.

Segundo Harrington *et al.* (2014), existem 70 países no mundo que oferecem licença paternidade remunerada, de um total de 193 reconhecidos pela Organização das Nações Unidas- ONU. Enquanto estão no período de licença paternidade, 50% dos pais ainda realizam algumas atividades profissionais; pais jovens, em média, costumam utilizar maior período de licença paternidade do que os pais acima de 50

anos de idade; o período médio de licença remunerada nos 70 países pesquisados é de duas semanas; 74% dos pais acreditam que o período de licença deveria ser de duas a quatro semanas; 67% dos respondentes utilizaram a licença paternidade remunerada durante sua vida profissional.

No Brasil, as leis trabalhistas brasileiras consolidadas (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT) entraram em vigor em 1943. O direito à licença paternidade foi incluído no rol de direitos trabalhistas (art. 473, III da CLT) em 1988 com objetivo de possibilitar ao pai registrado por carteira de trabalho a ausência ao trabalho sem desconto salarial para fazer o registro civil do filho recém-nascido, considerando a necessidade de repouso da mãe após o parto. Nessa época, era somente um dia. Com o passar do tempo, notou-se a necessidade de um apoio maior da figura paterna, uma vez que nos casos de cirurgia cesariana, a mãe precisa de mais tempo para se recuperar. Por essa razão, precisou o pai permanecer pelo menos cinco dias prestando auxílio necessário e os cuidados que uma criança precisa, principalmente nos primeiros dias de vida. Então, houve uma promulgação da Constituição de 1988 e o período de licença foi estendido para cinco dias consecutivos. Ainda há divergência quanto à contagem do período, mas a maioria dos julgadores entende que os cinco dias devem ser contados a partir do dia útil posterior à data de nascimento. (Nogueira, 2017)

Somente em 2016, depois de 28 anos da Promulgação da Constituição, que houve uma nova lei instituída sobre a licença paternidade, e trata-se do Marco Legal da Primeira Infância – Lei 13.257/2016, que amplia a licença paternidade para mais 15 dias além dos já garantidos pela Constituição Federal. Contudo, esse benefício é condicionado à participação do pai em algum programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável e somente é permitido para os funcionários de empresas participantes do Programa Empresa Cidadã. Nogueira (2017) descreve como Programa Empresa Cidadã o programa no qual a empresa recebe incentivos fiscais do governo e, por outro lado, concede aos empregados os direitos decorrentes dessa filiação.

No mesmo ano 2016 do Marco Legal da Primeira Infância, foi publicado o Decreto 8.737 de 3 de maio de 2016 que institui o programa de prorrogação da licença paternidade para os servidores públicos federais, regidos pela Lei 8.112/1990, o qual amplia em mais 15 dias a licença paternidade constitucional, totalizando, assim, 20 dias de licença. Diferentemente do previsto no Marco Legal da Primeira Infância, os

pais precisam apenas requerer a ampliação na licença na área de recursos humanos de seu órgão.

Além dessas normativas legais já mencionadas, há legislações municipais e estaduais que ampliam a licença paternidade para seus servidores, como é o caso do Distrito Federal que, por meio do Decreto 37.669 de 29 de setembro de 2016, concede para seus servidores 30 dias de licença paternidade.

### **3.3. Ações para a qualificação dos Profissionais de saúde sobre Paternidade Ativa**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no país, uma vez que a educação dos profissionais de saúde é uma forma de promover a transformação das práticas de trabalho em saúde, assim como ajudá-los a refletir sobre o seu processo de trabalho e motivá-los para uma atuação mais ativa e resolutiva dentro da lógica de equipe. (Brasil, 2018b)

Educação Permanente em Saúde são as ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (Brasil, 2013)

Por consequência, umas das vertentes de trabalho para implantação de ações promotoras do exercício da paternidade ativa no Brasil, elaboradas pelas Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, é o investimento em produção de dispositivos educacionais para subsidiar o desenvolvimento do trabalho de profissionais de saúde do SUS. Aqui serão apresentados materiais produtivos e seus respectivos objetivos:

- **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**

Este guia - publicado em 2016, e que sofreu nova editoração em 2018 – tem como objetivo ser instrumento orientador para profissionais de saúde realizarem o acolhimento, a escuta e atendimentos dos pais/parceiros desde a realização do teste

de gravidez até o acompanhamento da criança nas consultas dos serviços de saúde. Apresenta informações como: paternidade como caminho para a Saúde dos Homens, Rede Cegonha e a Estratégia Pré-Natal do Parceiro, fluxograma da participação do homem no pré-natal, parto e puerpério (cinco passos sugeridos para realização da EPNP) e informações importantes para os parceiros. Encontra-se hospedado no endereço eletrônico:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_profissionais\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf)

- **Oficina de capacitação de profissionais e gestores de saúde sobre o Guia do Pré-Natal do Parceiro**

Desde o lançamento do guia até dezembro de 2018, a Coordenação de Saúde do Homem já desenvolveu 34 oficinas nas seguintes Unidades Federadas: SP, DF, PE, AL, MA, MS, ES, BA, AM, RO, MG, GO, RR, PI, AM, TO, RJ, MG, PR, RS, AC, RN e PB. Já foram capacitados 3.439 gestores e profissionais da saúde com perfil de multiplicadores. Nessa oficina são abordados os seguintes assuntos: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Eixos Prioritários: Acesso e Acolhimento, Prevenção de Violências e Acidentes, Doenças Prevalentes na População Masculina, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Paternidade e Cuidado; Apresentação do Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde; Apresentação do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde; Orientações sobre Caderneta da Gestante e registro das ações da EPNP no e-SUS AB; Apresentação da pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado III Etapa.

- **Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde**

Esse guia, apesar de não ser focado nas questões de Paternidade e Cuidado, tem como objetivo oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS na temática de Saúde do Homem, melhorando e garantindo o acesso e o acolhimento da população masculina no SUS. Nesse contexto, apresenta um capítulo destinado a temática que visa estimular que o agente comunitário de saúde e sua equipe na promoção de ações que incentivem a participação ativa dos pais/parceiros em todo o período gravídico e desenvolvimento da criança. Seu formato foi pensado para facilitar as visitas domiciliares, auxiliando no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva.

Segue endereço eletrônico:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guiaACS.pdf>

- **Procedimento no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS-SIGTAP**

Para realizar o registro da produção dos profissionais de saúde, proporcionar o monitoramento e avaliação a implantação da EPNP nas Unidades Federadas e municípios, foi criada a Portaria nº 1.474, publicada no dia 8 de setembro de 2017, que cria o procedimento SIGTAP “Consulta Pré-Natal do Parceiro” sob o número 03.01.01.023-4.

Além disso, esta mesma portaria acrescenta ainda que os procedimentos “02.14.01.004-0” – Teste rápido para detecção do HIV na gestante e “02.14.01.008-2” – Teste rápido para sífilis em gestantes foram modificados para: “02.14.01.004-0” – Teste rápido para detecção de HIV na gestante e ou pai/parceiro e “02.14.01.008-2” – Teste rápido para sífilis em gestantes e ou pai/parceiro. Através da mudança, os profissionais que realizarem a estratégia Pré-Natal do Parceiro deverão preencher o sistema e-SUS AB ou os sistemas próprios de informação com esses procedimentos.

No último monitoramento realizado pela COSAH, observou-se que após doze meses da criação do procedimento “Consulta Pré-Natal do Parceiro” (out de 2017 a setembro de 2018) foram realizadas e registradas 4.550 consultas de Pré-Natal do Parceiro, em 147 municípios de 16 Unidades Federadas do Brasil, são elas: Amazonas, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal.

Quanto aos testes rápidos, observa-se que houve um aumento da realização tanto do teste rápido de HIV quanto de sífilis na gestante e ou pai/parceiro nesse período, porém o número é significativamente maior que o total de consultas de pré-natal do parceiro (36.342), o que sugere a hipótese de que os profissionais talvez estejam contabilizando esses testes mesmo quando o homem não os realiza dentro do Pré-Natal do Parceiro.

- **Curso Promoção do Envolvimento do Homem na Paternidade e no Cuidado**

Esse curso foi desenvolvido em parceria com o Instituto Promundo com objetivo de discutir questões relacionadas ao exercício da paternidade e do cuidado como gênero, sexualidade, diversidade sexual, masculinidades e violência, com foco na área da saúde. A ideia é proporcionar ao participante entrar em contato com alguns conceitos e debates que contribuam para sua prática nos serviços de saúde e que ajudem seu público-alvo a olhar para seu cotidiano com atenção especial para envolver homens nas práticas de saúde e de cuidado. Encontra-se hospedado na plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS- AVASUS, totalmente online e gratuito, desde 2015. <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=77>

- **Caderneta da Gestante**

Com o desenvolvimento da Rede Cegonha e prezando pelo atendimento seguro, humanizado e de qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto, o Ministério da Saúde desenvolveu a Caderneta da Gestante, distribuída gratuitamente nas unidades básicas de saúde do SUS no início do pré-natal.

Com o passar dos anos, essa caderneta deixou de ser exclusivamente destinada à mulher, pois durante toda sua extensão aborda diversas vezes a questão da paternidade ativa, destacando nessa temática alguns assuntos como: convite para o pai participar das consultas de pré-natal; espaço para o pai descrever seus sentimentos durante a espera da criança; dicas para compreensão do fenômeno da gestação; e um espaço exclusivo com as informações do Pré-Natal do Parceiro entre outras informações.

A caderneta na versão eletrônica pode ser acessada em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>

- **Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado**

Com o objetivo de realizar uma escuta do homem que foi pai/parceiro nas instituições do SUS, foi desenvolvida em parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS a Pesquisa Nacional Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado, que já está em sua terceira etapa, onde foram entrevistados, em todo o país, 37.322 homens,

cujas parceiras realizaram parto nos estabelecimentos do SUS no ano de 2015. As etapas anteriores são referentes aos anos de 2013 e 2014.

O foco da pesquisa é voltado para o levantamento de informações de como foi a realização das consultas de PNP, se os homens participaram do parto e usufruíram da licença paternidade, entre outras.

- **Cartilha: Maternidade também é lugar para o pai/parceiro**

Esse material é destinado aos profissionais e gestores de saúde com o objetivo de tornar as maternidades espaços para o pai/parceiro participar e se envolver desde a gestação, passando pelos momentos do parto e cuidados com a criança. A cartilha também traz as vantagens desse envolvimento: a promoção de seu autocuidado; prevenção de doenças – ao se realizar as consultas de pré-natal do parceiro, reduz-se a transmissão do HIV, Sífilis, Hepatites, dentre outras IST; e ao se realizar exames, diminui-se a internação de recém-nascidos com doenças transmitidas de forma vertical; promoção da confiança para com o pai/parceiro e com a mãe, porque diminui seus medos e angústias relativos ao parto e nascimento; o aumento dos índices de amamentação; a redução da depressão materna e paterna no pós-parto; o aprimoramento do conhecimento sobre os direitos e deveres do pai/parceiro relacionados ao exercício da paternidade ativa; o incentivo ao compartilhamento do cuidado com o recém-nascido entre o pai/parceiro e a mãe; e a criação de vínculos afetivos saudáveis e qualidade de vida para todos da família.

- **Cartilha: Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança**

Essa cartilha tem o objetivo de apresentar informações destinadas aos profissionais de saúde, gestores, empresários, empregadores e pais/parceiros, e aborda os seguintes assuntos: como o público-alvo pode participar das consultas de planejamento reprodutivo, do pré-natal, do parto, apoiar a amamentação e compartilhar com a parceira os cuidados com o desenvolvimento da criança e as atividades domésticas; direitos trabalhistas em relação à ampliação da licença-paternidade e também no acompanhamento nas consultas de pré-natal e nas consultas médicas do filho; benefícios para os homens, para a família, para a

comunidade e para a empresa que o homem trabalha no envolvimento com a paternidade ativa.

Essa cartilha está disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_trabalhador\\_envolver\\_planejamento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_trabalhador_envolver_planejamento.pdf)

- **Vídeo na plataforma Viva mais SUS sobre o Pré-Natal do Parceiro**

O Viva mais SUS é uma plataforma que aborda assuntos importantes para a saúde e o bem-estar dos brasileiros, por meio de uma websérie dividida em episódios que destacam temas específicos na vida dos cidadãos. Esse projeto tem como objetivo mostrar as ações de divulgação, promoção e prevenção de saúde. Em cada episódio, é possível conhecer e acompanhar de perto o trabalho dos profissionais da saúde em prol do bem-estar dos cidadãos, com conteúdos informativos que serão o ponto de contato de todo brasileiro em busca de auxílio, apoio e estrutura para a manutenção de sua saúde.

Assim, foi elaborado um episódio sobre a EPNP que descreve como a estratégia é realizada na prática, apresenta o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde que realizam os atendimentos, depoimentos dos pais/parceiros que estavam participando no momento da gravação e de como estão envolvidos na gestação da parceira, e, ainda, demonstrar a importância da presença do pai/parceiro e de quais requisitos são necessários para que a EPNP realmente seja realizada.

Esse material pode ser utilizado por profissionais e gestores de saúde para sensibilizar e demonstrar para a população o que é, qual sua importância e como é desenvolvida a EPNP.

Para assistir essa webserie acesse: [http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/vivamaissus/prenatal\\_index.html](http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/vivamaissus/prenatal_index.html)

- **Divulgação do Mês de valorização da paternidade**

O mês de valorização da paternidade, que é celebrado no mês de agosto, foi instituído pelo Comitê Vida, grupo de trabalho intersetorial do Rio de Janeiro que integra profissionais de organizações governamentais e não-governamentais, universidades e demais pessoas e instituições interessadas. Tem como objetivo

promover o engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, nos momentos do parto de sua parceira e nos cuidados com o desenvolvimento da criança.

A Coordenação de Saúde do Homem apoia essa iniciativa e estimula que sejam desenvolvidas em todo território nacional ações para estimular a população a se envolver com essa temática e estimula profissionais e gestores de saúde a trabalhar, durante todo o mês de agosto, o envolvimento do homem na paternidade ativa.

- **Nota técnica conjunta: Recomendações do Ministério da Saúde para regulamentar as atividades de orientação sobre paternidade em relação ao Marco Legal da Primeira Infância, (Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016).**

Um ponto fundamental para implementação da EPNP foi o lançamento da Lei do Marco Legal da Primeira Infância que trouxe algumas inovações que favorecem o exercício da paternidade ativa, sendo uma delas a prorrogação por mais 15 dias da licença paternidade para empregados de empresas cidadãs. Para conseguir esse benefício, o pai/parceiro deve comprovar sua participação em programas ou atividades de orientação sobre paternidade ativa.

Porém, a lei não informa quais são esses programas ou atividades; com o objetivo de esclarecer a lacuna existente, foi elaborada uma nota técnica informativa conjunta com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e Departamento de Atenção Básica, com as recomendações do Ministério da Saúde para o desenvolvimento dessas atividades e programas. Essa nota pode ser acessada no link: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/02/NT-participacao-do-homem-marco-legal.pdf>

Apesar dos próximos materiais educativos terem o foco de suas informações voltado para a população é importante que profissionais tenham conhecimento dos mesmos, para poder realizar sua divulgação para casais durante as consultas de pré-natal e exercer, assim, seu papel de educador em saúde. São eles:

- **Cartilha para pais**

A carência de materiais orientadores para a população, especialmente a masculina, foi o motivador para a produção da cartilha para pais, uma vez que nela se dá ênfase sobre como os homens podem se envolverem em todo processo gravídico e também no desenvolvimento da criança.

Dessa forma, o objetivo da cartilha é fazer uma conversa com o homem, para que ele conheça seus direitos, aumente os vínculos com a sua parceira e com seu filho e, ao mesmo tempo possa estimular o seu autocuidado com a saúde e promover uma paternidade ativa. Brasil (2018e)

Essa cartilha pode ser acessada em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pais\\_exercer\\_paternidade\\_ativa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pais_exercer_paternidade_ativa.pdf)

- **Curso Pai Presente Cuidado e Compromisso – EAD – AVASUS**

Esse curso foi pensado após a publicação da Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e que, dentre outros benefícios, amplia a licença paternidade em mais 15 dias, além dos 5 dias garantidos pela constituição. Essa lei prevê que, para que os homens consigam essa ampliação, eles devem trabalhar em empresas que estão ligadas ao programa empresa-cidadã e comprovar sua participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável. As empresas têm aceitado o certificado desse curso como essa comprovação. Dessa forma, o objetivo do curso é aumentar os vínculos dos homens com a suas parceiras e com seu filho e, ao mesmo tempo, estimular o seu autocuidado com a saúde, promovendo uma paternidade ativa e consciente. Este curso é totalmente online e tem uma carga horária de 12 horas. Está disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS – AVASUS por meio do endereço: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=67>

- **Folder Licença Paternidade**

Nos últimos anos houve várias mudanças nas legislações sobre a licença paternidade, a maioria ampliando esse benefício para os pais. Com o intuito de

informar e orientar pais sobre esse direito, foi desenvolvido um *folder* que apresenta as legislações nacionais e orientações para busca das legislações locais, além de informações sobre a EPNP, os benefícios das legislações que garantem direitos aos pais e as vantagens de usufruir da licença paternidade. É possível acessar esse material através do endereço: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/22/folder-licenca-paternidade.pdf>

A Educação Permanente em Saúde-EPS se concretiza na aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar devem ser incorporados a rotina das organizações e do trabalho. Assim a EPS é baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais do que acontece no cotidiano do trabalho. (Brasil, 2007) Diante disso, a implantação de ações para possibilitem o exercício da paternidade ativa pelos profissionais podem ser subsidiadas pela Educação Permanente em Saúde em que eles profissionais participam e, assim disseminam informações para a população.

Por meio da utilização desses materiais é possível que o tema da paternidade e cuidado se torne acessível a população, profissionais e gestores de saúde para que as ações possam acontecer concretamente nos territórios.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo geral**

Analisar a Pesquisa Saúde do Homem- Paternidade e Cuidado no Distrito Federal, etapa III, visando identificar as dificuldades e subsidiar recomendações para o exercício da Paternidade Ativa (PA) a partir das respostas dos próprios homens.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Definir o conceito de Paternidade Ativa.
- Descrever o perfil sociodemográfico dos pais/parceiros do Distrito Federal que responderam a 3ª etapa da Pesquisa Saúde do Homem- Paternidade e Cuidado.
- Identificar conforme relatado pelos pais/parceiros na pesquisa, os eventos e cenários que dificultaram seu envolvimento em práticas que caracterizam a PA.
- Mapear o conhecimento dos pais/parceiros sobre seus direitos em relação ao exercício da PA.
- Propor um modelo de implementação da PA baseado nos relatos dos pais/parceiros.

O presente trabalho, deste modo, parte da seguinte indagação: Qual o caminho preconizado para o exercício da PA à luz da análise dos dados da pesquisa Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado III etapa no DF?

## 5. Metodologia

Trata-se este de um estudo quantitativo, com base em dados coletados por meio de inquérito telefônico (base de dados secundária) com análise descritiva, composto pela tabulação das respostas dos pais/parceiros à Pesquisa Nacional Saúde do Homem – Paternidade e Cuidado, Etapa III sobre o exercício da Paternidade Ativa, sua análise e suas conclusões.

Turato (2005) descreve que a pesquisa quantitativa busca a explicação do comportamento das coisas, atribuindo à qualidade da alta confiabilidade e reprodutividade dos resultados com um público estatisticamente representativo de uma grande população.

Minayo e Sanches (1993) relatam que a investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo apresentar dados, indicadores e tendências observacionais.

Segundo Creswell (2010), os estudos quantitativos apresentam uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população, estudando-se uma amostra dessa população. Com os resultados, é possível generalizar ou fazer afirmações sobre essa população.

Fernandes e Gomes (2003) destacam que se deve utilizar a pesquisa descritiva quando o propósito de estudo for centrado na descrição das características de um grupo; e estimar a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamentos, dentro de uma população específica e correlacionar variáveis. Esses mesmos autores ainda acrescentam que o objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos, isto é, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo, além de também poder ser utilizada para avaliação de programas, podendo levantar ou não hipóteses e ainda podendo servir de base para estudos de relações causais.

Aragão (2011) relata que os estudos descritivos são fundamentais quando se tem pouco conhecimento sobre o assunto. Esse tipo de estudo pode proporcionar conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor da saúde sobre seus dados demográficos. Além disso, segundo esse mesmo autor, podem funcionar como ferramentas de gestão para os sistemas de saúde.

A amostra foi composta por contatos de homens fornecidos por mulheres, parceiras destes, entrevistadas na Pesquisa Rede Cegonha. Para esta pesquisa, os

dados foram extraídos a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) obtidos pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH) de partos realizados pelo SUS, referente às competências de 2015.

Para obter o contato dos homens, foi realizada uma seleção através das AIH dos estabelecimentos com no mínimo 100 partos/ano. Obteve-se um total de 37.322 entrevistas finalizadas com sucesso em todo o país. A análise dos dados do presente projeto é referente às 1.219 entrevistas finalizadas com sucesso no Distrito Federal.

A entrevista foi realizada por meio de inquérito telefônico estruturado, com um total de 21 questões fechadas, sendo construído com objetivo de abordar aspectos do cuidado da saúde pelo entrevistado e sua experiência relativo à dimensão do exercício da PA.

Para coleta dos dados, contou-se com operadores do atendimento ativo do Disque Saúde 136, ligados ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES. Os teleatendentes possuíam nível superior incompleto e foram devidamente capacitados na temática e no questionário que foram utilizados na entrevista. A capacitação foi realizada em parceria com o Núcleo de Pesquisa do DOGES e a área Coordenação de Saúde do Homem – COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. A coleta de dados foi feita no período março de 2017 a março de 2018. Após a conclusão das entrevistas, foi gerada, por meio do SPO, uma planilha no formato excel unificada com todas as respostas dadas pelos entrevistados para análise quantitativa das perguntas.

Devido ao fato de ser uma pesquisa respondida por inquerito telefônico, antes de iniciar os questionamentos, o teleatendente esclarece o objetivo da pesquisa, e caso o cidadão concorde em participar, é disparada a frase “*Para sua segurança, esta LIGAÇÃO ESTÁ SENDO GRAVADA.*” Esse procedimento substitui a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exigido pela Resolução 466/12 do CNS, na qual se tem a anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

Este estudo é importante para conhecer a realidade atual do acolhimento e acesso dos pais/parceiros nas unidades básicas de saúde a partir das respostas dos homens, portanto, da sua experiência vivida, bem como levantar as principais dificuldades e fortalezas para o exercício da Paternidade Ativa. Atualmente existem

poucos estudos sobre essa temática, e pretende-se, através do presente estudo, contribuir para o fortalecimento da Saúde do Homem, em especial, ao eixo de Paternidade e Cuidado.

## 6. Apresentação dos dados

O inquérito telefônico foi respondido completamente por 1.219 homens que foram pais nos serviços de saúde do SUS no Distrito Federal no ano de 2015. A tabela 1 apresenta o quantitativo de pais por regiões administrativas do Distrito Federal. O maior número de pais respondentes foi da região administrativa de Brasília, com 423.

**Tabela 1- Distribuição de respondentes por regiões administrativas do Distrito Federal.**

| <b>Município</b> | <b>Total</b> | <b>%</b>   |
|------------------|--------------|------------|
| BRASILIA         | 423          | 34,70      |
| SOBRADINHO       | 123          | 10,09      |
| CEILANDIA        | 113          | 9,27       |
| SAMAMBAIA        | 103          | 8,45       |
| TAGUATINGA       | 100          | 8,20       |
| GAMA             | 94           | 7,71       |
| SANTA MARIA      | 92           | 7,55       |
| PLANALTINA       | 91           | 7,47       |
| PARANOIA         | 55           | 4,51       |
| BRAZLANDIA       | 25           | 2,05       |
| <b>Total</b>     | <b>1.219</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

Com o objetivo de conhecer o público pesquisado, foram realizadas, no início do questionário, algumas perguntas referentes ao perfil sócio demográfico dos pesquisados.

**Tabela 2- Perfil sociodemográfico (nº e %) dos homens respondentes à Pesquisa “Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado”, Distrito Federal, 2015**

|                     | <b>Variáveis analisadas</b>             | <b>Frequência</b> | <b>Porcentagem (%)</b> |
|---------------------|---|-------------------|------------------------|
| <b>Faixa etária</b> | 15 a 19 anos                            | 5                 | 0,41                   |
|                     | 20 a 29 anos                            | 346               | 28,38                  |
|                     | 30 a 39 anos                            | 605               | 49,63                  |
|                     | 40 a 49 anos                            | 221               | 18,13                  |
|                     | 50 a 59 anos                            | 35                | 2,87                   |
|                     | 60 a 69 anos                            | 7                 | 0,57                   |
| <b>Estado Civil</b> | Casado                                  | 592               | 48,56                  |
|                     | União estável                           | 306               | 25,10                  |
|                     | Solteiro                                | 264               | 21,66                  |
|                     | Divorciado                              | 50                | 4,10                   |
|                     | Viúvo                                   | 4                 | 0,33                   |
|                     | Desquitado                              | 2                 | 0,16                   |
|                     | Não sabe / não respondeu                | 1                 | 0,08                   |
| <b>Raça/Cor</b>     | Parda                                   | 711               | 58,33                  |
|                     | Branca                                  | 233               | 19,11                  |
|                     | Preta                                   | 177               | 14,52                  |
|                     | Amarela                                 | 72                | 5,91                   |
|                     | Indígena                                | 19                | 1,56                   |
|                     | Não sabe / não informado                | 7                 | 0,57                   |
| <b>Escolaridade</b> | Nível médio completo                    | 552               | 45,28                  |
|                     | Nível fundamental incompleto            | 231               | 18,95                  |
|                     | Nível médio incompleto                  | 133               | 10,91                  |
|                     | Superior completo                       | 128               | 10,50                  |
|                     | Nível fundamental completo              | 85                | 6,97                   |
|                     | Superior incompleto                     | 81                | 6,64                   |
|                     | Não sabe ler/escrever                   | 3                 | 0,25                   |
|                     | Alfabetizado                            | 2                 | 0,16                   |
|                     | Especialização/residência               | 2                 | 0,16                   |
|                     | Mestrado                                | 1                 | 0,08                   |
|                     | Sabe ler/escrever na língua tradicional | 1                 | 0,08                   |
| <b>Renda mínima</b> | Entre 1 e 2 salários mínimos            | 705               | 57,83                  |
|                     | Mais de 2 e até 5 salários mínimos      | 335               | 27,48                  |
|                     | Menos de 1 salário mínimo               | 73                | 5,99                   |
|                     | Mais de 5 e até 10 salários mínimos     | 45                | 3,69                   |
|                     | Não tem renda                           | 43                | 3,53                   |
|                     | Mais de 10 salários mínimos             | 9                 | 0,74                   |

|  |                        |   |      |
|--|------------------------|---|------|
|  | Não sabe/não respondeu | 9 | 0,74 |
|--|------------------------|---|------|

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

A maior porcentagem dos respondentes encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos, seguida dos de 20 a 29 anos de idade, juntas essas faixas etárias somam 78,01%.

Sobre o item escolaridade, 45,28 % dos homens responderam que possuem nível médio completo. Os menores percentuais foram de pais com mestrado e os que somente sabem ler/escrever na língua tradicional, ambos com 0,08% cada.

No que diz respeito à renda familiar dos respondentes, 57,83% relataram ter renda entre 1 e 2 salários mínimos. A menor porcentagem foram os pais que recebem mais de 10 salários mínimos, com 0,74%.

Em relação ao estado civil, 48,56% dos respondentes relataram ser casados. Somado aos 25,10% dos pais que referiram encontrar-se em união estável, temos um total de 73,66% que estão em algum relacionamento afetivo.

Na variável raça/cor, 58,33% dos respondentes relataram ser pardos. No quesito raça/cor será considerado a “cor/raça/etnia” como parte das características das pessoas, assim como, sexo e idade. Desde 1990, praticamente todos os levantamentos oficiais coletam este dado, de acordo com o sistema classificatório do IBGE. Uma importante providência a ser tomada para melhorar a qualidade da informação “raça/cor/etnia” é a padronização da classificação e do método de identificação, ou seja, todos os formulários devem conter as mesmas categorias de “raça/cor/etnia”, e a mesma maneira de abordar as pessoas assistidas. (Brasil 2018c)

As categorias utilizadas pelo IBGE têm apenas a função de classificar os grupos populacionais das diferentes origens étnico raciais, ou seja, os brasileiros e brasileiras descendentes de europeus, de orientais, de africanos, de indígenas ou da miscigenação (mistura) de dois destes grupos. É importante ressaltar que nenhuma dessas categorizações é utilizada, nas informações em saúde, com sentido pejorativo ou com intenção de discriminar qualquer um dos grupos étnico-raciais. O critério não é apenas o da descendência, porquanto a raça é uma categoria histórica e cultural, que também se expressa pelas identidades físicas e culturais. (Brasil 2018c)

Segundo o IBGE:

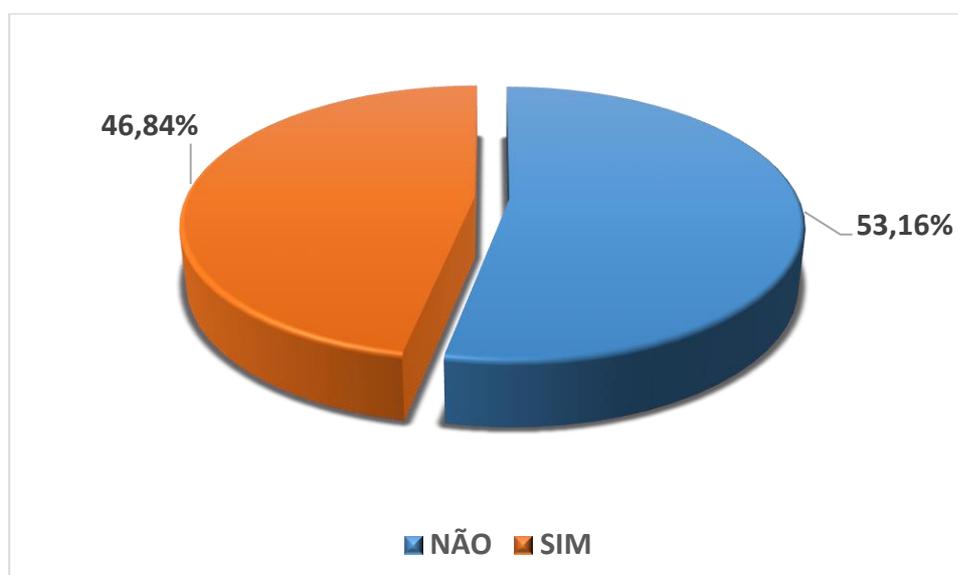
1. Cor branca: Descendentes de europeus/ocidentais;
2. Cor preta: Descendentes de africanos/afro-brasileiros;
3. Cor parda: Descendentes de indivíduos de cor/etnias diferentes – miscigenação. Indivíduos de pais de cores ou etnias diferentes: preta e branca; preta e índio; branca e índio, e assim por diante;
4. Cor amarela: Descendentes de asiáticos/orientais;
5. Indígena: Descendentes de indígenas.

A autodeclaração é um ato afirmativo que reconhece não apenas a aparência física, mas também a origem étnica-racial (ancestralidade), o contexto sociocultural e a percepção de cada indivíduo sobre si mesmo.

A população negra é composta pelas pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas, de acordo com o IBGE, dessa forma 72,85% dos pais são da raça negra.

Após o conhecimento do perfil dos entrevistados, apresentam-se as respostas dos entrevistados às questões relacionadas ao acesso e acolhimento nos serviços de saúde, realização dos passos da Estratégia Pré-Natal do Parceiro, usufruto da licença paternidade, enfim, questionamentos sobre o exercício da paternidade ativa.

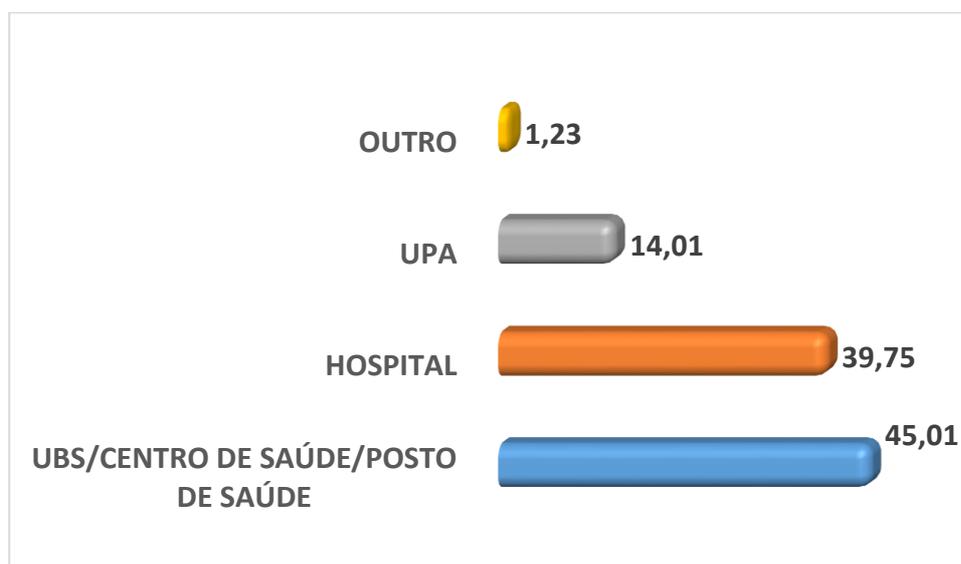
**Gráfico 1 – Percentual de pais que relataram cuidar da saúde nos serviços de saúde**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Conforme é possível verificar no gráfico anterior, quando questionados sobre o costume de ir aos estabelecimentos públicos de saúde, 46,84% dos pais/parceiros disseram que têm o hábito de frequentar esses locais para cuidar da saúde. O maior percentual (53,16%) ainda é dos pais que não possuem o hábito de acessar os serviços de saúde para cuidarem da sua saúde.

**Gráfico 2 – Percentual de serviços de saúde que os pais costumam usar**



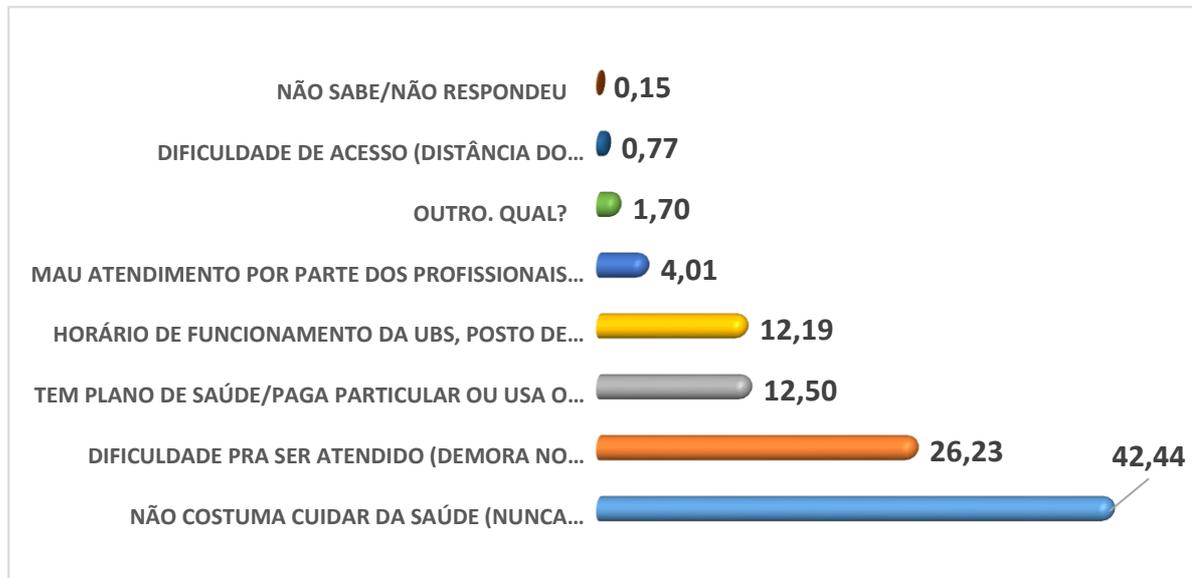
Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Em relação aos estabelecimentos públicos de saúde procurados pelos homens, o que houve maior incidência de respostas foi a Unidade Básica de Saúde com 45,01% e em segundo lugar os hospitais com 39,75%.

Para mapear as maiores dificuldades/motivos que são obstáculos para o acesso dos pais aos serviços de saúde, foi questionado por qual motivo não utilizam os serviços de saúde. 42,44% dos homens responderam que não costumam cuidar da saúde (nunca precisaram, falta de interesse, descuido, não gosta de hospital), o que corrobora mais uma vez os estereótipos de gênero, no sentido que o cuidado é atribuição do feminino. A segunda razão apontada foi dificuldade para ser atendido (26,23%), o que aponta a necessidade de que os serviços de saúde implantem novas estratégias, como a ampliação do horário de atendimento, ou, agenda espontânea; em terceiro lugar estão os pais que relataram ter plano de saúde/pagar particular ou

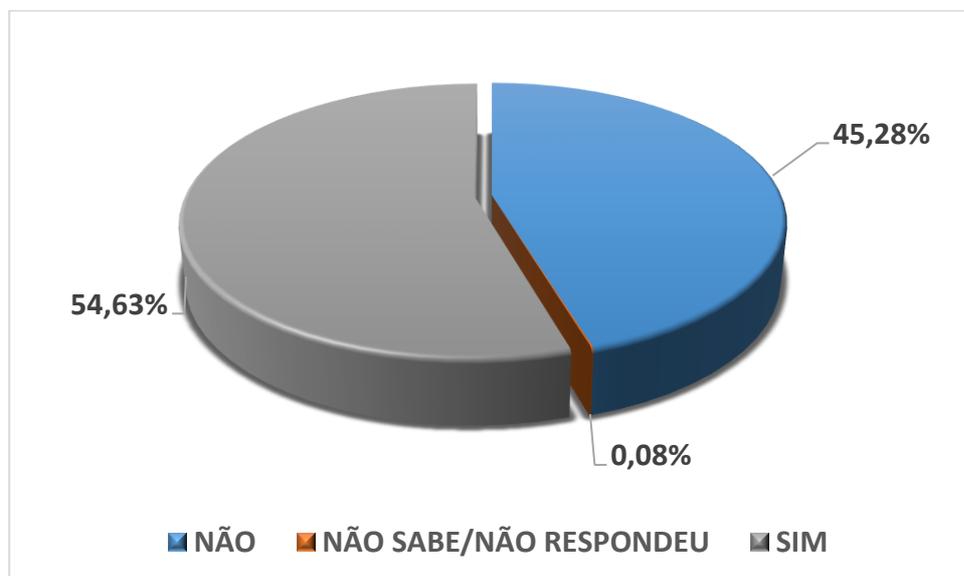
usar o serviço de onde trabalham (12,50%), e incompatibilidade com o horário de funcionamento da UBS (12,19%).

**Gráfico 3 – Percentual do motivo pelo qual os pais não acessam os serviços de saúde**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

**Gráfico 4 – Percentual de recebimento de orientação sobre camisinha, vasectomia, anticoncepcional, gravidez, parto, no serviço de saúde (planejamento familiar) pelos pais/parceiros**

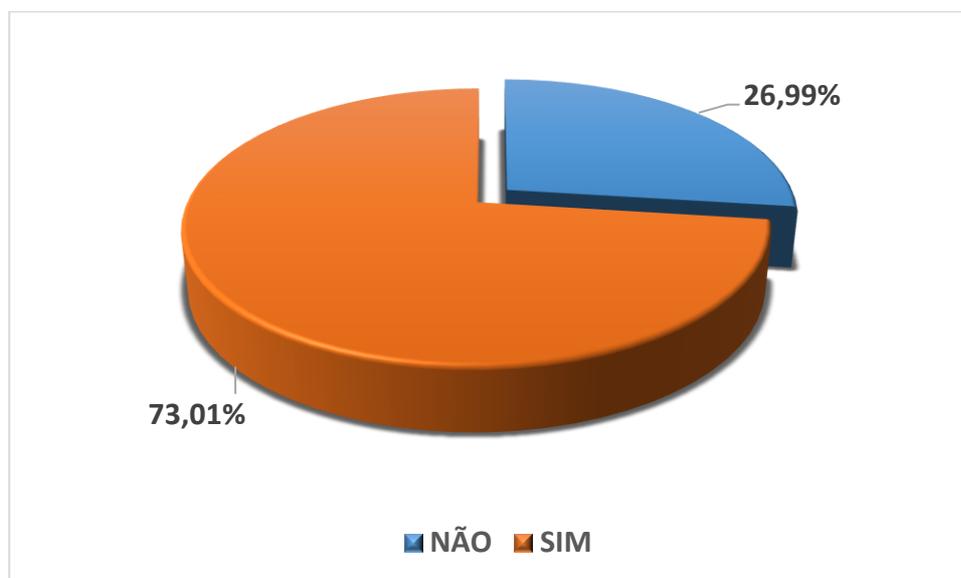


Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Em relação ao recebimento de orientações sobre planejamento familiar nos serviços de saúde, 54,63% dos homens responderam afirmativamente, contudo, é necessária uma reflexão sobre como ocorre essa orientação, de que forma está sendo repassada aos pais/parceiros. Mesmo o maior percentual sendo de pais que receberam as orientações, o percentual de não recebimento ainda é muito alto (45,28%).

Após os questionamentos sobre acesso e acolhimento dos pais/parceiros, as próximas perguntas têm o foco na participação deles na Estratégia Pré-Natal do Parceiro.

**Gráfico 5 – Percentual de pais que participaram das consultas de pré-natal com sua parceira**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Quando questionados se participaram das consultas de pré-natal com a sua parceira, 73,01% responderam que sim.

## Gráfico 6 – Percentual de motivos de não participação nas consultas de pré-natal com a sua parceira



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

A questão da não liberação das atividades laborais é ainda o maior obstáculo para participação dos pais nas consultas de pré-natal com a parceira. Dos 26,99% respondentes que disseram não ter participado com sua parceira nas consultas de pré-natal, 75,99% relataram que o motivo foi devido à necessidade de trabalhar/falta de tempo. Vale destacar que 14,89% dos pais informaram que não sabiam que podiam acompanhar, junto com quem não achou necessário/não quis.

O gráfico 7 demonstra que 54,83% dos profissionais de saúde que realizam as consultas de pré-natal ainda estão focando suas orientações principalmente na gestante, o que mostra também uma invisibilidade desse pai, mesmo quando ele está presente. O percentual de profissionais que dirigiram a atenção para ambos foi de 42,58%.

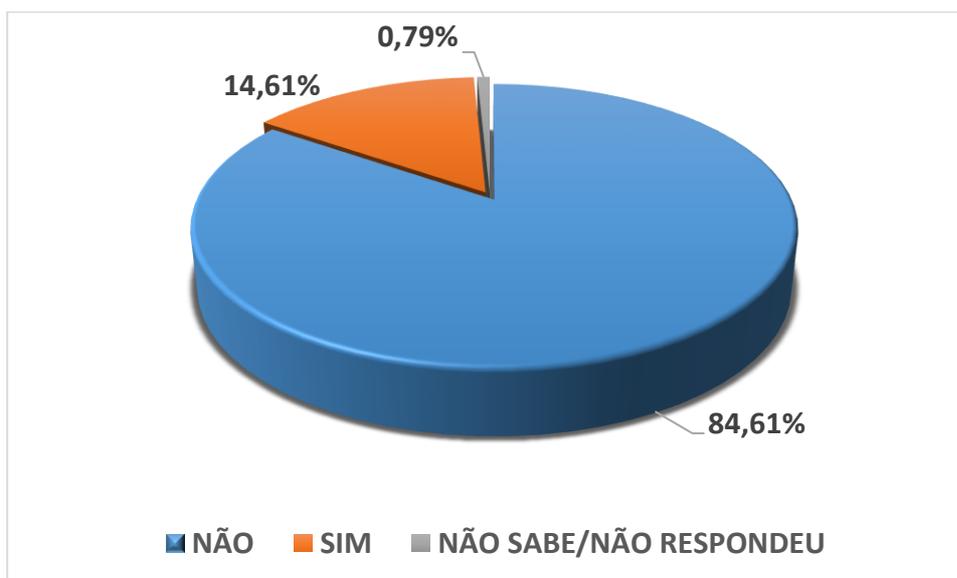
De acordo com os pais respondentes, (Gráfico 8) somente 14,61% realizaram exames. Já 84,61% dos pais responderam que não realizaram exames.

**Gráfico 7 – Percentual de direcionamento de instruções e informações durante as consultas de pré-natal pelo profissional**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

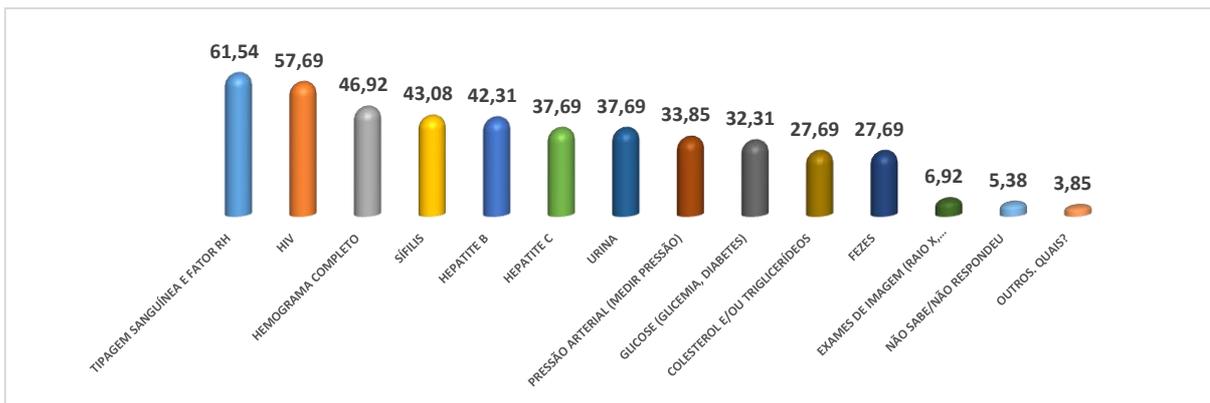
**Gráfico 8 – Percentual de realização de exames nas consultas de pré-natal**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Dos 14,61% dos homens que realizaram exames durante o pré-natal, o exame de de tipagem sanguínea foi o mais solicitado com 61,54%, seguido do exame de HIV com 57,69%, vale destacar que o exame de sífilis foi solicitado apenas em 43,08 % dos casos.

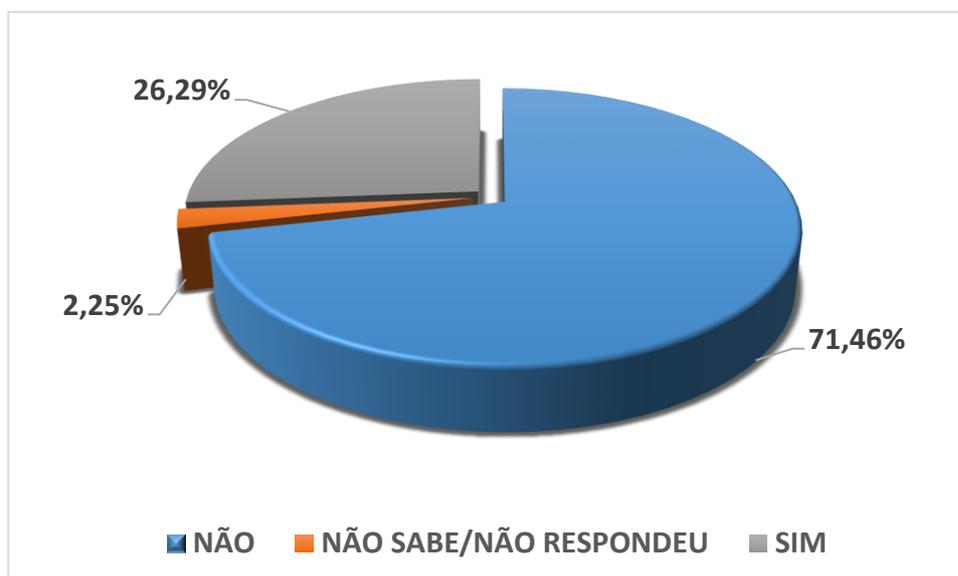
**Gráfico 9 – Percentual de tipos de exames realizados nas consultas de pré-natal**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

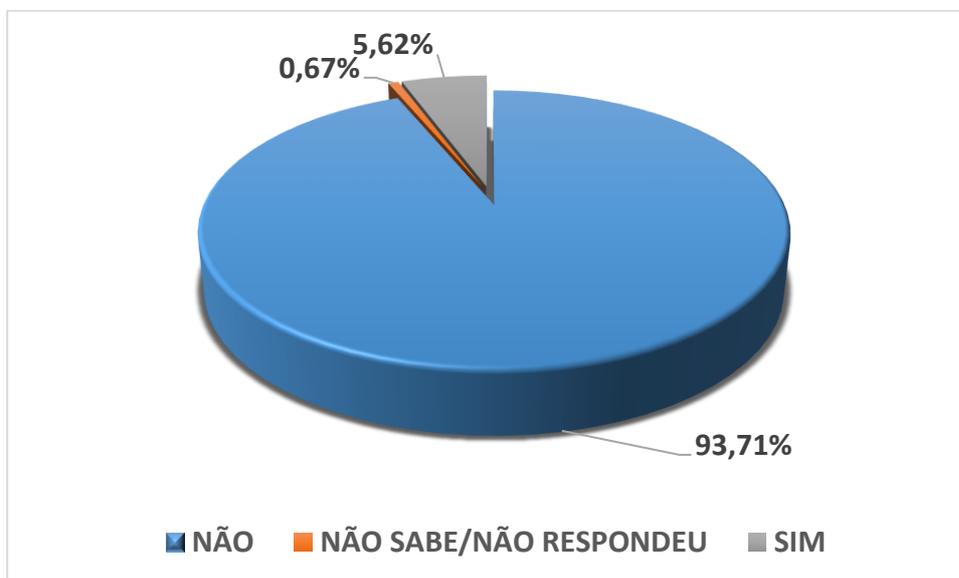
Em relação a atualização do cartão de vacina, 71,46% dos respondentes informaram que não atualizaram o seu cartão.

**Gráfico 10 – Percentual de atualização do cartão de vacinas dos pais**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

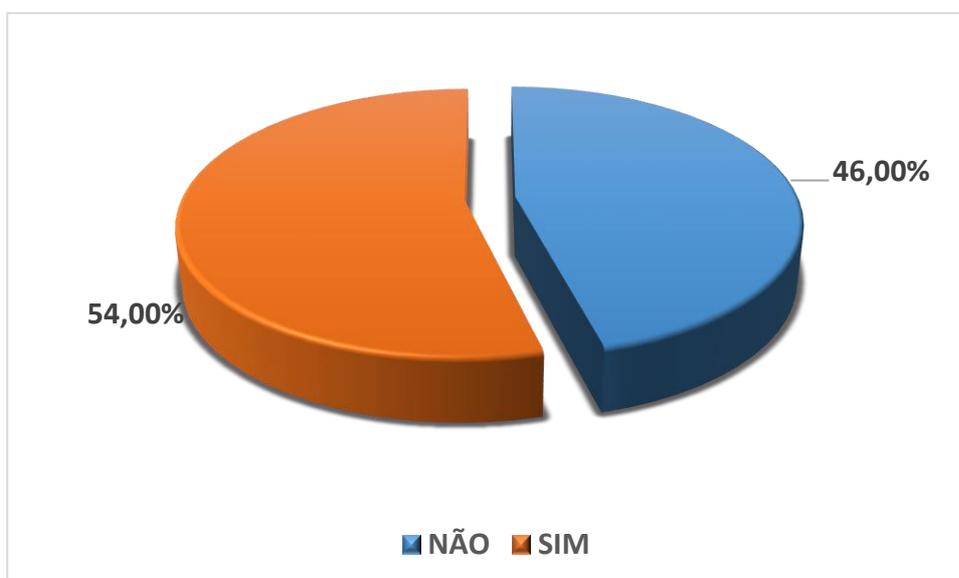
**Gráfico 11 – Percentual de pais orientados ou encaminhados para consulta com o dentista**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

93,71% dos respondentes informaram que não foram encaminhados para consulta com o dentista.

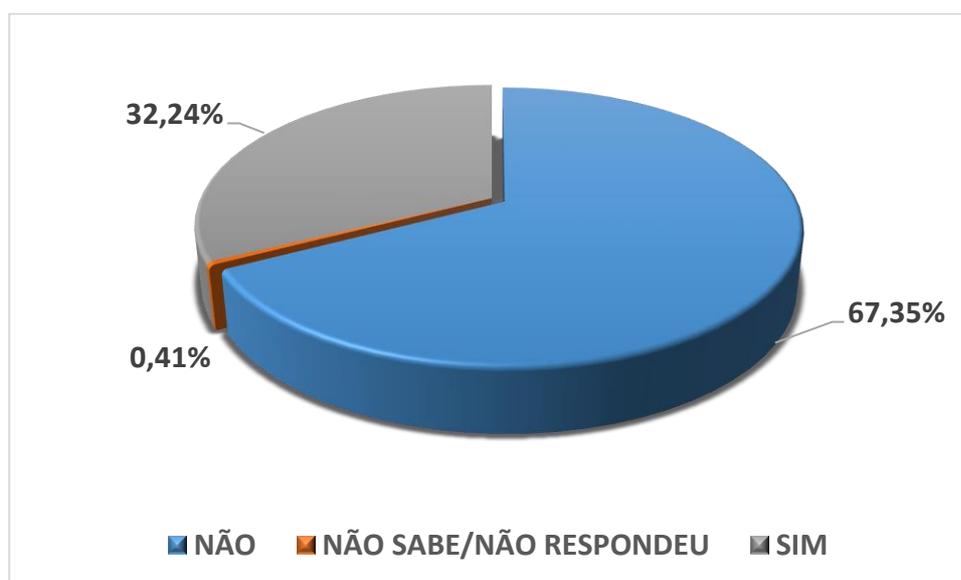
**Gráfico 12 – Percentual de realização de consulta com o dentista**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Dos 5,62% dos respondentes que foram encaminhados para consulta com o dentista, 54,00% informaram que realizaram pelo menos uma consulta com esse profissional.

**Gráfico 13 – Percentual de participação dos pais em alguma palestra, roda de conversa, curso sobre cuidados com o bebê durante o pré-natal de sua parceira**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Em relação a participação em palestras, rodas de conversas, cursos sobre cuidados com o bebê, 67,35% dos respondentes disseram que não participaram dessas atividades (Gráfico 13).

Dos 32,24% dos pais/parceiros que relatam ter participado de atividades educativas durante o pré-natal, 95,93% foram em serviços de saúde (Gráfico 14).

A grande maioria dos pais 76,46% relataram que acompanharam o nascimento do filho (Gráfico 15).

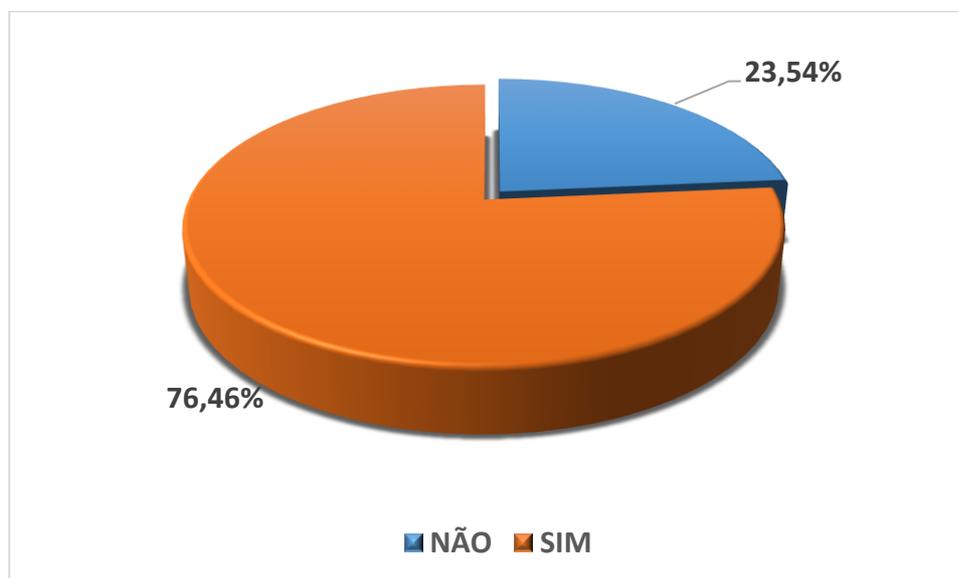
Dos 76,46% respondentes que acompanharam o parto, 96,35% informaram que acompanharam depois do parto e o menor quantitativo foi de pais que acompanharam no momento do parto 21,78% (Gráfico 16).

**Gráfico 14 – Percentual de locais onde os pais participam das atividades educativas**



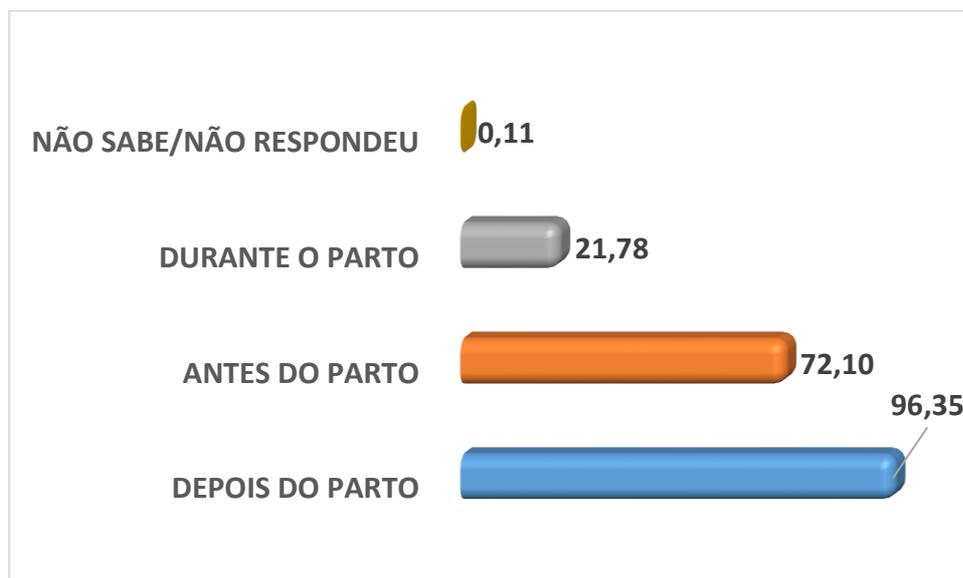
Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

**Gráfico 15 – Percentual de pais que acompanharam o nascimento do seu filho**



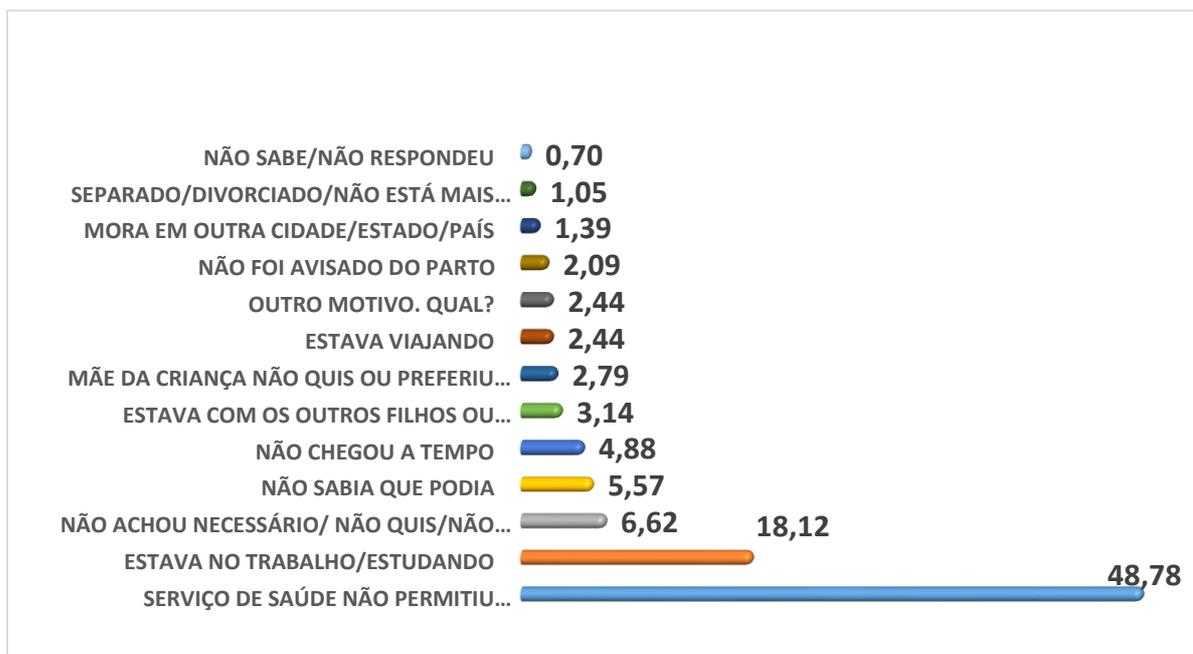
Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

**Gráfico 16 – Percentual de pais acompanharam o nascimento do filho em diferentes momentos**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

**Gráfico 17 – Percentual dos motivos pelos quais os pais não acompanharam o nascimento do seu filho**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

O Gráfico 17 acima demonstra que as maiores barreiras para o pai/parceiro não está presente no parto é devido o impedimento do próprio serviço de saúde com 48,78% e trabalho/estudos com 18,12%, seguido de não sabia que podia e não achou necessário/não quis que somados representam 12,19%.

### Gráfico 18 – Percentual de motivos pelo qual o serviço de saúde não permitiu o acompanhamento dos pais no nascimento do seu filho



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Dos 48,78% que responderam não ter acompanhado o nascimento do seu filho pelo o fato de o serviço de saúde não permitir acompanhante, 41,43% relataram que o principal motivo da proibição é pelo fato de o acompanhante ser do sexo masculino, seguido da proibição por outro profissional, que não o médico, com 15,71% e normas internas da instituição (14,29%), e médico não permitiu com 10,71%.

Como quase 50% dos pais relataram que não participaram do parto pelo impedimento do serviço de saúde, é importante fazer uma estratificação dos motivos embutidos nesse aspecto, ainda de acordo com o gráfico 18, 41,43% dos serviços de saúde impediram a presença do pai pelo fato de ser do sexo masculino.

**Gráfico 19 – Percentual de pais que tiraram licença paternidade**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

**Gráfico 20-Percentual de motivos pelos quais os pais não tiraram licença paternidade**

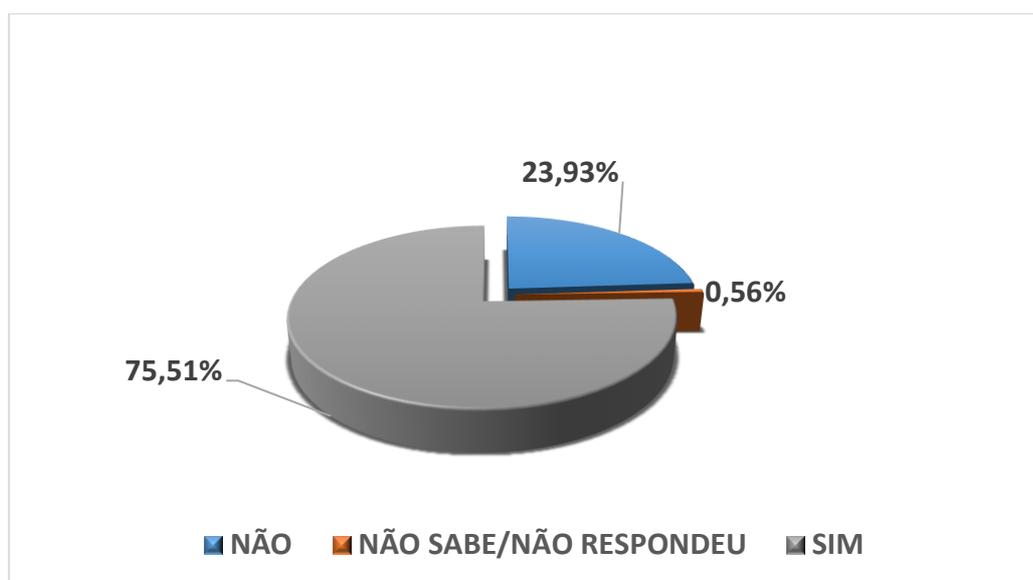


Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

Conforme exposto no Gráfico 20, 55,29% dos pais relataram que usufruíram da licença paternidade, no entanto, 44,05% não tiraram a licença, principalmente devido ao fato de trabalharem por conta própria (50,65%). Vale destacar que 12,29% somado

dos pais que responderam não achar necessário com os que não sabiam que podia, demonstra o desconhecimento de seus direitos, conforme gráfico 20, o fato dos empregadores não permitirem com 4,28% também merece um destaque.

**Gráfico 21 – Percentual da presença nas consultas de pré-natal que motivou os pais a cuidarem melhor de sua saúde**



Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde

75,51% dos respondentes, relataram que a sua presença nas consultas de pré-natal é um fator importante para cuidar melhor da saúde.

Apresentados os dados aos questionamentos do inquérito telefônico, será exposto o cruzamento de alguns dados com o perfil sociodemográficos para verificar que existe alguma característica que favoreça o acesso dos homens aos serviços de saúde para cuidarem da sua saúde, participarem nas consultas de pré-natal com a parceira, acompanharem o parto e usufruírem da licença paternidade.

O primeiro cruzamento será com o questionamento de acesso ao serviço de saúde para se cuidar com as variáveis do perfil: idade, escolaridade, estado civil, raça/cor e renda.

**Tabela 3 – Acesso aos serviços de saúde para cuidar da saúde por variáveis demográficas.**

|                     |   | <b>SIM</b> | <b>% SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>% NÃO</b> |
|---------------------|---|------------|--------------|------------|--------------|
| <b>Idade</b>        | 15 a 19                                 | 3          | 0,5          | 2          | 0,3          |
|                     | 20 a 29                                 | 138        | 24,2         | 208        | 32,1         |
|                     | 30 a 39                                 | 296        | 51,8         | 309        | 47,7         |
|                     | 40 a 49                                 | 107        | 18,7         | 114        | 17,6         |
|                     | 50 a 59                                 | 23         | 4,0          | 12         | 1,9          |
|                     | 60 ou mais                              | 4          | 0,7          | 3          | 0,5          |
|                     |   |            |              |            |              |
| <b>Escolaridade</b> | Alfabetizado                            | 1          | 0,2          | 1          | 0,2          |
|                     | Especialização/residência               | 0          | 0,0          | 2          | 0,3          |
|                     | Mestrado                                | 0          | 0,0          | 1          | 0,2          |
|                     | Nível fundamental completo              | 40         | 7,0          | 45         | 6,9          |
|                     | Nível fundamental incompleto            | 113        | 19,8         | 118        | 18,2         |
|                     | Nível médio completo                    | 254        | 44,5         | 298        | 46,0         |
|                     | Nível médio incompleto                  | 71         | 12,4         | 62         | 9,6          |
|                     | Sabe ler/escrever na língua tradicional | 0          | 0,0          | 1          | 0,2          |
|                     | Superior completo                       | 53         | 9,3          | 75         | 11,6         |
|                     | Superior incompleto                     | 36         | 6,3          | 45         | 6,9          |
|                     | Não sabe ler/escrever                   | 3          | 0,5          | 0          | 0,0          |
|                     |   |            |              |            |              |
| <b>Estado Civil</b> | Casado                                  | 278        | 48,7         | 314        | 48,5         |
|                     | Divorciado                              | 19         | 3,3          | 31         | 4,8          |
|                     | Não sabe / não respondeu                | 0          | 0,0          | 1          | 0,2          |
|                     | Solteiro                                | 132        | 23,1         | 132        | 20,4         |
|                     | União estável                           | 139        | 24,3         | 167        | 25,8         |
|                     | Viúvo                                   | 1          | 0,2          | 3          | 0,5          |
|                     | Desquitado                              | 2          | 0,4          | 0          | 0,0          |
|                     |   |            |              |            |              |
| <b>Raça/cor</b>     | Amarela                                 | 36         | 6,3          | 36         | 5,6          |
|                     | Branca                                  | 108        | 18,9         | 125        | 19,3         |
|                     | Indígena                                | 6          | 1,1          | 13         | 2,0          |
|                     | Não sabe / não informado                | 2          | 0,4          | 5          | 0,8          |
|                     | Parda                                   | 350        | 61,3         | 361        | 55,7         |
|                     | Preta                                   | 69         | 12,1         | 108        | 16,7         |
|                     |   |            |              |            |              |
| <b>Renda mínima</b> | Entre 1 e 2 salários mínimos            | 340        | 59,5         | 365        | 56,3         |
|                     | Mais de 10 salários mínimos             | 3          | 0,5          | 6          | 0,9          |
|                     | Mais de 2 e até 5 salários mínimos      | 142        | 24,9         | 193        | 29,8         |
|                     | Mais de 5 e até 10 salários mínimos     | 18         | 3,2          | 27         | 4,2          |
|                     | Menos de 1 salário mínimo               | 40         | 7,0          | 33         | 5,1          |
|                     | Não sabe/não respondeu                  | 2          | 0,4          | 7          | 1,1          |

|  |               |    |     |    |     |
|--|---------------|----|-----|----|-----|
|  | Não tem renda | 26 | 4,6 | 17 | 2,6 |
|--|---------------|----|-----|----|-----|

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

A maioria dos pais que acessam os serviços de saúde tem entre 30 e 39 anos de idade, já os que menos acessam são os que se encontram na faixa etária de 15 a 19 anos.

Quanto à escolaridade, os pais que mais acessam são os que têm nível médio completo, enquanto os que menos acessam são os aqueles somente alfabetizados, e aqueles com mestrado.

A respeito do estado civil, os pais que mais acessam os serviços de saúde são os homens que se denominam casados e os que têm menor acesso são os viúvos.

No quesito raça/cor os que menos acessam são indígenas e os que mais acessam são os de cor parda, os quais, somados com os pais que se denominaram de cor preta, compõem a raça/cor negra.

Os pais que recebem mais de 10 salários mínimos são os que menos acessam os serviços de saúde, enquanto que os que recebem entre 1 e 2 salários são os que mais relatam acessar esses serviços para cuidarem da sua saúde.

A segunda variável será o cruzamento da participação nas consultas de pré-natal com a parceira e os dados do perfil sociodemográficos. Vale destacar que dos 1.219 pais entrevistados, 890 (73,01%) informaram que participaram das consultas com sua parceira.

**Tabela 4 – Participação do pai nas consultas de pré-natal com a parceira por variáveis sociodemográficas**

|                     |              | SIM | % SIM | NÃO | % NÃO |
|---------------------|--------------|-----|-------|-----|-------|
| <b>Idade</b>        | 15 a 19      | 3   | 0,3   | 2   | 0,6   |
|                     | 20 a 29      | 263 | 29,6  | 83  | 25,2  |
|                     | 30 a 39      | 445 | 50,0  | 160 | 48,6  |
|                     | 40 a 49      | 151 | 17,0  | 70  | 21,3  |
|                     | 50 a 59      | 25  | 2,8   | 11  | 3,3   |
|                     | 60 ou mais   | 3   | 0,3   | 3   | 0,9   |
| <b>Escolaridade</b> | Alfabetizado | 1   | 0,1   | 1   | 0,3   |

|  |   |     |      |     |      |
|--|---|-----|------|-----|------|
|  | Especialização/residência               | 1   | 0,1  | 1   | 0,3  |
|  | Mestrado                                | 1   | 0,1  | 0   | 0    |
|  | Não sabe ler/escrever                   | 2   | 0,2  | 1   | 0,3  |
|  | Nível fundamental completo              | 58  | 6,5  | 27  | 8,2  |
|  | Nível fundamental incompleto            | 142 | 16,0 | 89  | 27,1 |
|  | Nível médio completo                    | 406 | 45,6 | 146 | 44,4 |
|  | Nível médio incompleto                  | 94  | 10,6 | 39  | 11,9 |
|  | Superior completo                       | 114 | 12,8 | 14  | 4,3  |
|  | Superior incompleto                     | 71  | 8,0  | 10  | 3    |
|  | Sabe ler/escrever na língua tradicional | 0   | 0,0  | 1   | 0,3  |

|                     |                          |     |      |     |      |
|---------------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Estado Civil</b> | Casado                   | 453 | 50,9 | 139 | 42,2 |
|                     | Desquitado               | 2   | 0,2  | 0   | 0    |
|                     | Divorciado               | 37  | 4,2  | 13  | 4    |
|                     | Solteiro                 | 181 | 20,3 | 83  | 25,2 |
|                     | União estável            | 215 | 24,2 | 91  | 27,7 |
|                     | Viúvo                    | 2   | 0,2  | 2   | 0,6  |
|                     | Não sabe / não respondeu | 0   | 0,0  | 1   | 0,3  |

|                 |                          |     |      |     |      |
|-----------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Raça/Cor</b> | Amarela                  | 62  | 7,0  | 10  | 3    |
|                 | Branca                   | 184 | 20,7 | 49  | 14,9 |
|                 | Indígena                 | 13  | 1,5  | 6   | 1,8  |
|                 | Não sabe / não informado | 5   | 0,6  | 2   | 0,6  |
|                 | Preta/ parda             | 626 | 70,3 | 262 | 79,6 |

|              |                                     |     |      |     |      |
|--------------|-------------------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Renda</b> | Entre 1 e 2 salários mínimos        | 490 | 55,1 | 215 | 65,3 |
|              | Mais de 10 salários mínimos         | 8   | 0,9  | 1   | 0,3  |
|              | Mais de 2 e até 5 salários mínimos  | 265 | 29,8 | 70  | 21,3 |
|              | Mais de 5 e até 10 salários mínimos | 39  | 4,4  | 6   | 1,8  |
|              | Menos de 1 salário mínimo           | 51  | 5,7  | 22  | 6,7  |
|              | Não sabe/não respondeu              | 8   | 0,9  | 1   | 0,3  |
|              | Não tem renda                       | 29  | 3,3  | 14  | 4,3  |

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

Os pais que mais participaram das consultas de pré-natal com as parceiras são os que se encontram na faixa etária de 30 a 39 anos de idade e os que tiveram a menor participação são os pais adolescentes (15 a 19 anos). Destaca-se que a diferença entre os pais que participaram e os que não participaram quanto à variável idade é muito pequena, por exemplo, entre os pais de 30 a 39 anos a diferença é de 1,4% a mais para os que relataram participar.

Quando questionados sobre a escolaridade, os pais que são apenas alfabetizados, os que não sabem ler/escrever, aqueles que sabem apenas ler e os com especialização são os que menos participaram das consultas de pré-natal com as parceiras, já os homens com nível médio completo são a maior parte dos participantes. Porém, a diferença percentual entre os pais que relataram ter nível médio completo e participaram é apenas 1,2% a mais que os pais com nível médio completo que não participaram.

Os pais que possuem estado civil de casados são os que mais participam das consultas de pré-natal com as parceiras, já os viúvos são os que menos participaram.

Os pais indígenas são os que apresentam menor participação nas consultas de pré-natal, enquanto que os de raça negra são os mais participativos. No entanto, a diferença entre os pais negros que participam (70,3%) e os que não participam (79,6) é de 9,3% de pais negros que não participam.

Os pais com renda mensal maior que 10 salários mínimos são os que contabilizam menor participação nas consultas de pré-natal junto com as parceiras, já os que têm entre 1 e 2 salários mínimos participam mais, porém, em comparação com os pais que recebem entre 1 e 2 salários mínimos, a diferença é de 10,2% para não participação dos pais nas consultas de pré-natal com a parceira de pais com essa renda mensal.

**Tabela 5 – Acompanhamento do parto pelo pai por variáveis sociodemográficas**

|              |         | <b>SIM</b> | <b>% SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>% NÃO</b> |
|--------------|---------|------------|--------------|------------|--------------|
| <b>Idade</b> | 15 a 19 | 3          | 0,3          | 2          | 0,7          |
|              | 20 a 29 | 275        | 29,5         | 71         | 24,7         |
|              | 30 a 39 | 458        | 49,1         | 147        | 51,2         |

|  |            |     |      |    |      |
|--|------------|-----|------|----|------|
|  | 40 a 49    | 163 | 17,5 | 58 | 20,2 |
|  | 50 a 59    | 26  | 2,8  | 9  | 3,1  |
|  | 60 ou mais | 7   | 0,8  | 0  | 0,0  |

|                     |   |     |      |     |      |
|---------------------|---|-----|------|-----|------|
| <b>Escolaridade</b> | Alfabetizado                            | 1   | 0,1  | 1   | 0,3  |
|                     | Especialização/residência               | 1   | 0,1  | 1   | 0,3  |
|                     | Mestrado                                | 1   | 0,1  | 0   | 0    |
|                     | Não sabe ler/escrever                   | 2   | 0,2  | 1   | 0,3  |
|                     | Nível fundamental completo              | 58  | 6,2  | 27  | 9,4  |
|                     | Nível fundamental incompleto            | 167 | 17,9 | 64  | 22,3 |
|                     | Nível médio completo                    | 430 | 46,1 | 122 | 42,5 |
|                     | Nível médio incompleto                  | 101 | 10,8 | 32  | 11,1 |
|                     | Sabe ler/escrever na língua tradicional | 1   | 0,1  | 0   | 0    |
|                     | Superior completo                       | 105 | 11,3 | 23  | 8    |
|                     | Superior incompleto                     | 65  | 7,0  | 16  | 5,6  |

|                     |                          |     |      |     |      |
|---------------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Estado Civil</b> | Casado                   | 442 | 47,4 | 150 | 52,3 |
|                     | Desquitado               | 2   | 0,2  | 0   | 0    |
|                     | Divorciado               | 41  | 4,4  | 9   | 3,1  |
|                     | Solteiro                 | 204 | 21,9 | 60  | 20,9 |
|                     | União estável            | 239 | 25,6 | 67  | 23,3 |
|                     | Viúvo                    | 4   | 0,4  | 0   | 0    |
|                     | Não sabe / não respondeu | 0   | 0    | 1   | 0,3  |

|                 |                          |     |      |     |      |
|-----------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Raça/Cor</b> | Amarela                  | 48  | 5,2  | 24  | 8,4  |
|                 | Branca                   | 178 | 19,1 | 55  | 19,2 |
|                 | Indígena                 | 14  | 1,5  | 5   | 1,7  |
|                 | Não sabe / não informado | 7   | 0,8  | 0   | 0    |
|                 | Parda                    | 547 | 58,7 | 164 | 57,1 |
|                 | Preta                    | 138 | 14,8 | 39  | 13,6 |

|                     |                                     |     |      |     |      |
|---------------------|-------------------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Renda mínima</b> | Entre 1 e 2 salários mínimos        | 536 | 57,5 | 169 | 58,9 |
|                     | Mais de 10 salários mínimos         | 9   | 1,0  | 0   | 0    |
|                     | Mais de 2 e até 5 salários mínimos  | 258 | 27,7 | 77  | 26,8 |
|                     | Mais de 5 e até 10 salários mínimos | 38  | 4,1  | 7   | 2,4  |
|                     | Menos de 1 salário mínimo           | 53  | 5,7  | 20  | 7    |
|                     | Não sabe/não respondeu              | 7   | 0,8  | 2   | 0,7  |

|  |               |    |     |    |     |
|--|---------------|----|-----|----|-----|
|  | Não tem renda | 31 | 3,3 | 12 | 4,2 |
|--|---------------|----|-----|----|-----|

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

Os pais entre 15 a 19 anos foram os que menos relataram acompanhar o parto de suas parceiras e os que estão entre 30 e 39 anos são os que mais acompanharam. É importante destacar que nas faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 e 50 a 59 anos o percentual de pais que não acompanharam o parto foi maior, totalizando foi de 74,5% enquanto que nessas mesmas faixas etárias foi de 69,4% para participação no parto.

Os pais com nível de escolaridade alfabetizados, os que não sabem ler/escrever e os com especialização foram os que acompanharam em menor porcentagem os partos, já com o nível médio completo os que mais acompanharam o nascimento de seus filhos. A diferença entre os pais que tem escolaridade de nível médio completo foi de 3,6% para os pais que relataram acompanhar o parto.

Os pais parceiros casados foram os que mais acompanharam o parto de seus filhos e os divorciados os que menos acompanharam.

Os pais indígenas foram os que menos acompanharam o nascimento de seus filhos e os de raça/cor parda os que mais acompanharam. Vale destacar que os pais da raça negra (parda e preta) foram os que mais relataram acompanhar o parto, nessa raça o percentual foi de 2,8% para participação desses no acompanhamento do parto.

Os pais que recebem mais de 5 e até 10 salários mínimos foram os que menos acompanharam o nascimento de seus filhos, já os que recebem entre 1 e dos 2 salários os que mais acompanharam o parto de seus filhos. No entanto, a diferença entre os pais que recebem entre 1 e 2 salários mínimos é bem pequena, cerca de 1,4% a mais para os pais que relataram não terem acompanhado o nascimento do filho (58,9%).

**Tabela 6 – Usufruto da licença paternidade pelos pais por variáveis sociodemográficas**

|              |         | SIM | % SIM | NÃO | % NÃO |
|--------------|---------|-----|-------|-----|-------|
| <b>Idade</b> | 15 a 19 | 0   | 0,0   | 5   | 0,9   |
|              | 20 a 29 | 198 | 29,4  | 146 | 27,2  |

|  |            |     |      |     |      |
|--|------------|-----|------|-----|------|
|  | 30 a 39    | 345 | 51,2 | 255 | 47,5 |
|  | 40 a 49    | 114 | 16,9 | 106 | 19,7 |
|  | 50 a 59    | 15  | 2,2  | 20  | 3,7  |
|  | 60 ou mais | 2   | 0,3  | 5   | 0,9  |

|                     |   |     |      |     |      |
|---------------------|---|-----|------|-----|------|
| <b>Escolaridade</b> | Alfabetizado                            | 1   | 0,1  | 1   | 0,2  |
|                     | Especialização/residência               | 1   | 0,1  | 1   | 0,2  |
|                     | Mestrado                                | 1   | 0,1  | 0   | 0,0  |
|                     | Não sabe ler/escrever                   | 1   | 0,1  | 2   | 0,4  |
|                     | Nível fundamental completo              | 38  | 5,6  | 46  | 8,6  |
|                     | Nível fundamental incompleto            | 110 | 16,3 | 120 | 22,3 |
|                     | Nível médio completo                    | 341 | 50,6 | 208 | 38,7 |
|                     | Nível médio incompleto                  | 59  | 8,8  | 73  | 13,6 |
|                     | Superior completo                       | 76  | 11,3 | 52  | 9,7  |
|                     | Superior incompleto                     | 46  | 6,8  | 33  | 6,1  |
|                     | Sabe ler/escrever na língua tradicional | 0   | 0,0  | 1   | 0,2  |

|                     |                          |     |      |     |      |
|---------------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Estado Civil</b> | Casado                   | 362 | 53,7 | 225 | 41,9 |
|                     | Divorciado               | 25  | 3,7  | 25  | 4,7  |
|                     | Solteiro                 | 122 | 18,1 | 140 | 26,1 |
|                     | União estável            | 162 | 24,0 | 143 | 26,6 |
|                     | Viúvo                    | 3   | 0,4  | 1   | 0,2  |
|                     | Desquitado               | 0   | 0,0  | 2   | 0,4  |
|                     | Não sabe / não respondeu | 0   | 0    | 1   | 0,2  |

|                 |                          |     |      |     |      |
|-----------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Raça/Cor</b> | Amarela                  | 37  | 5,5  | 35  | 6,5  |
|                 | Branca                   | 132 | 19,6 | 100 | 18,6 |
|                 | Indígena                 | 10  | 1,5  | 9   | 1,7  |
|                 | Não sabe / não informado | 7   | 1,0  | 0   | 0,0  |
|                 | Parda                    | 384 | 57,0 | 320 | 59,6 |
|                 | Preta                    | 104 | 15,4 | 73  | 13,6 |

|                     |                                     |     |      |     |      |
|---------------------|-------------------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Renda mínima</b> | Entre 1 e 2 salários mínimos        | 395 | 58,6 | 304 | 56,6 |
|                     | Mais de 10 salários mínimos         | 5   | 0,7  | 4   | 0,7  |
|                     | Mais de 2 e até 5 salários mínimos  | 196 | 29,1 | 139 | 25,9 |
|                     | Mais de 5 e até 10 salários mínimos | 27  | 4,0  | 18  | 3,4  |
|                     | Menos de 1 salário mínimo           | 26  | 3,9  | 46  | 8,6  |

|  |                        |    |     |    |     |
|--|------------------------|----|-----|----|-----|
|  | Não sabe/não respondeu | 4  | 0,6 | 5  | 0,9 |
|  | Não tem renda          | 21 | 3,1 | 21 | 3,9 |

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

Os pais adolescentes e pais idosos foram os que menos usufruíram da licença paternidade e os que têm entre 30 e 39 anos de idade os que mais tiraram licença paternidade. Destaca-se que os pais nas faixas etárias de 15 a 19, 40 a 49, 50 a 59 e 60 ou mais usufruem menos da licença paternidade comparados os pais de 20 a 29 e 30 a 39 anos.

Os pais com nível médio completo foram os que mais usufruíram da licença paternidade e os que não sabem ler/escrever, alfabetizados e com especialização os que menos usufruíram da licença paternidade. A diferença entre os pais que têm ensino médio e tiraram a licença paternidade é 11,9% em relação aos pais com mesmo nível de escolaridade que não usufruíram desse direito

Os pais viúvos foram os que tiraram a licença paternidade em menor percentual, enquanto os casados os que mais usufruíram da licença. Somados os estados civil de casado com união estável 77,7% usufruíram da licença, enquanto 68,4% não tiraram a licença dentro desses estados civil, isso demonstra que o vínculo afetivo com a parceira pode ser um fator que favorece o usufruto desse direito.

Os pais indígenas foram os que menos tiraram a licença paternidade e os de raça/cor parda os que mais usufruíram desse direito. A variável raça/cor não influencia o usufruto desse direito, por exemplo, os pais negros que tiraram a licença paternidade foi de 72,4% e os da mesma raça que relataram não terem tirado a licença foi de 73,2%, uma pequena diferença de 0,8% para não usufruto da licença.

Os pais que recebem mais de 10 salários mínimos foram os que menos tiraram licença paternidade e os que recebem entre 1 e 2 salários mínimos os que mais usufruíram da licença. Os pais que relataram receberem entre 1 e 2 salários mínimos e tiraram a licença (58,6%), foi 2% a mais que os pais que recebem essa mesma renda e informaram não terem usufruído desse direito (56,6%).

**Tabela 7- Motivação para cuidar da saúde devido a participação nas consultas de pré-natal dos pais por variáveis sociodemográficas**

|              |            | <b>SIM</b> | <b>% - SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>% - NÃO</b> |
|--------------|------------|------------|----------------|------------|----------------|
| <b>Idade</b> | 15 a 19    | 2          | 0,3            | 1          | 0,5            |
|              | 20 a 29    | 188        | 28,0           | 74         | 34,7           |
|              | 30 a 39    | 340        | 50,6           | 101        | 47,4           |
|              | 40 a 49    | 120        | 17,9           | 31         | 14,6           |
|              | 50 a 59    | 19         | 2,8            | 5          | 2,3            |
|              | 60 ou mais | 3          | 0,4            | 1          | 0,5            |

|                     |                              |     |      |     |      |
|---------------------|------------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Escolaridade</b> | Alfabetizado                 | 1   | 0,1  | 0   | 0    |
|                     | Mestrado                     | 1   | 0,1  | 0   | 0    |
|                     | Não sabe ler/escrever        | 1   | 0,1  | 1   | 0,5  |
|                     | Nível fundamental completo   | 49  | 7,3  | 7   | 3,3  |
|                     | Nível fundamental incompleto | 117 | 17,4 | 24  | 11,3 |
|                     | Nível médio completo         | 297 | 44,2 | 108 | 50,7 |
|                     | Nível médio incompleto       | 75  | 11,2 | 19  | 8,9  |
|                     | Superior completo            | 82  | 12,2 | 32  | 15,0 |
|                     | Superior incompleto          | 49  | 7,3  | 21  | 9,9  |
|                     | Especialização/residência    | 0   | 0,0  | 1   | 0,5  |

|                     |               |     |      |     |      |
|---------------------|---------------|-----|------|-----|------|
| <b>Estado Civil</b> | Casado        | 349 | 51,9 | 101 | 47,4 |
|                     | Desquitado    | 2   | 0,3  | 0   | 0    |
|                     | Divorciado    | 25  | 3,7  | 12  | 5,6  |
|                     | Solteiro      | 137 | 20,4 | 43  | 20,2 |
|                     | União estável | 158 | 23,5 | 56  | 26,3 |
|                     | Viúvo         | 1   | 0,1  | 1   | 0,5  |

|                 |                          |     |      |     |      |
|-----------------|--------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Raça/Cor</b> | Amarela                  | 43  | 6,4  | 19  | 8,9  |
|                 | Branca                   | 141 | 21,0 | 41  | 19,2 |
|                 | Indígena                 | 10  | 1,5  | 3   | 1,4  |
|                 | Não sabe / não informado | 1   | 0,1  | 4   | 1,9  |
|                 | Parda                    | 382 | 56,8 | 120 | 56,3 |
|                 | Preta                    | 95  | 14,1 | 26  | 12,2 |

|                     |                                    |     |      |     |      |
|---------------------|------------------------------------|-----|------|-----|------|
| <b>Renda mínima</b> | Entre 1 e 2 salários mínimos       | 387 | 57,6 | 101 | 47,4 |
|                     | Mais de 10 salários mínimos        | 6   | 0,9  | 2   | 0,9  |
|                     | Mais de 2 e até 5 salários mínimos | 185 | 27,5 | 79  | 37,1 |

|  |                                     |    |     |    |     |
|--|-------------------------------------|----|-----|----|-----|
|  | Mais de 5 e até 10 salários mínimos | 21 | 3,1 | 18 | 8,5 |
|  | Menos de 1 salário mínimo           | 46 | 6,8 | 5  | 2,3 |
|  | Não sabe/não respondeu              | 6  | 0,9 | 1  | 0,5 |
|  | Não tem renda                       | 21 | 3,1 | 7  | 3,3 |

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

Os pais que mais relataram que a participação nas consultas de pré-natal os motivou a cuidar da própria saúde foram os que se encontram na faixa etária de 30 a 39 anos de idade, já os que menos se sentiram motivados foram os de 15 a 19 anos e os maiores de 60 anos de idade. Nas faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos e 60 ou mais anos, o percentual de pais que relataram que não houve motivação para cuidar da saúde devido a participação nas consultas de pré-natal.

Quanto ao nível de escolaridade os que têm especialização e não sabem ler/escrever foram os que se sentiram menos motivados a cuidar da sua saúde por participarem das consultas de pré-natal, enquanto os com nível médio completo foram os que mais se sentiram motivados a se cuidarem por terem participado das consultas de pré-natal.

Os pais viúvos foram os que menos se motivaram a cuidar de sua saúde e os casados os mais motivados a se cuidarem pelo fato de terem participado das consultas de pré-natal. Se somados os estados civil de casado e união estável a diferença entre os que relataram se sentir motivados (75,4%) foi 1,7% maior que os que informaram não se sentirem motivados (73,7%) pelo fato de terem participado das consultas.

Os pais indígenas foram os que menos se motivaram para se cuidarem e os pais de raça cor parda os que mais se sentiram motivados a se cuidarem por terem participado das consultas de pré-natal. A diferença entre os pais negros que se sentiram motivados (70,9%) e os pais negros que não se sentiram motivados (68,5%) para cuidar da saúde por terem participado das consultas de pré-natal foi de 2,4%.

Os pais que recebem mais de 10 salários mínimos foram que menos se sentiram motivados para se cuidarem, já os que receberam entre 1 e 2 salários foram

os que mais se motivaram a cuidar da saúde por participarem das consultas de pré-natal. A diferença entre os pais que recebem entre 1 e 2 salários mínimos que se sentiram motivados (57,6%) foi 10,2% maior que os pais que recebem a mesma renda e não se sentiram motivados (47,4%) para cuidar da saúde pelo fato de terem participado das consultas de pré-natal com a parceira.

**Tabela 8 – Acesso dos homens aos serviços de saúde e participação nas consultas de pré-natal com a parceira.**

| O Sr. Costuma ir a posto de saúde, UPA, hospital público para cuidar da sua saúde? | O Sr. Participou das consultas de pré-natal com sua parceira? | Total       |
|--|---|-------------|
| <b>Não</b>   | Não   | 194         |
|  | Sim   | 454         |
| <b>Não - total</b>   |   | <b>648</b>  |
| <b>Sim</b>   | Não   | 135         |
|  | Sim   | 436         |
| <b>Sim - total</b>   |   | <b>571</b>  |
| <b>Total geral</b>   |   | <b>1219</b> |

Fonte: Pesquisa Nacional Saúde do Homem Paternidade e Cuidado- etapa III- Ministério da Saúde.

Os pais parceiros que mais têm o hábito de acessar os serviços de saúde para cuidar da sua saúde também são os pais que mais participaram das consultas de pré-natal com a parceira.

## 7. Discussão

Promover mudança cultural de que na época do pré-natal e cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil também são atribuições do gênero masculino permeia o campo essencial da educação em saúde como um fator determinante para que, a cada dia, mais e mais homens compreendam seu papel no exercício das paternidades.

Staudt *et.al* (2008), utilizando o referencial sistêmico de compreensão da realidade, o qual considera que a paternidade é construída na inter-relação de aspectos macro e microsistêmicos do contexto sócio-histórico-cultural em que se encontra, percebem que a definição de pai na contemporaneidade tem se tornado cada vez mais elástica e participação do homem na vida privada.

Assim, a partir dos dados apresentados podemos desenhar o perfil sociodemográfico dos pais/parceiros que responderam a III etapa da pesquisa, como sendo homens que possuem entre 30 e 39 anos de idade, casados, de raça/cor negra, com nível médio completo de escolaridade e que recebem de renda mínima média entre 1 e 2 salários mínimos. Vale destacar que um total de 99,01% são de pais que encontram-se na faixa etária prioritária da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (20 a 59 anos), o que reforça que as ações do eixo de Paternidade e Cuidado podem contribuir para o desenvolvimento da saúde do homem de forma integral, aproveitando esse momento do envolvimento desse homem para que ele seja sensibilizado da importância do autocuidado, estreitamento de vínculo com a parceira e promoção do desenvolvimento do filho com os cuidados compartilhados.

Fazendo um parâmetro com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal-PDAD (2015), mesmo ano de referência desta pesquisa, os dados sociodemográficos são congruentes no que diz respeito ao estado civil que na PDAD é correspondente à 50,44% de pessoas que relataram serem casadas. Na variável raça/cor, o maior percentual é de pardos com 52,25% na PDAD e sobre a renda per capita apresentada na PDAD é de 2 salários mínimos. Quanto ao grau de escolaridade, a PDAD relata que o maior percentual é de pessoas com nível fundamental incompleto, porém, o nível médio completo corresponde ao segundo de maior incidência com 21,69%. Ainda no que diz respeito à escolaridade, 99,75% dos entrevistados na pesquisa tem algum grau de escolaridade, sendo que 56,19%

informaram que possuem ensino médio, de acordo com dados do Sistema de Informação do SUS, em 2010 (último ano disponível) a população masculina do Distrito Federal que possui o segundo ciclo de ensino ou mais é de 69,60%. Vale destacar que a PDAD não faz a categorização das variáveis por sexo, então esses dados são da população geral, independentemente de sexo.

Essa caracterização do perfil sociodemográfico tanto na pesquisa Saúde do Homem Paternidade e Cuidado, quanto na PDAD, pode subsidiar profissionais e gestores para o planejamento e execução de ações voltadas para essa temática com foco voltado para atender às necessidades dos pais de acordo com esse perfil apresentado, além de apresentar as características dos pais que acessam os serviços de saúde e exercem a paternidade.

Adentrando na temática da Saúde do Homem, Gomes *et al.* (2007) relatam que a presença de homens nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, é menor do que a das mulheres, apesar de as taxas de morbimortalidade masculina serem significativas, e isso é comprovado nos dados, onde apenas 46,84% dos homens relatam acessarem os serviços para cuidarem da própria saúde, sendo os serviços de atenção básica os mais acessados, com 45,01%. Para esses mesmos autores, essa dificuldade de acesso está diretamente ligada à socialização dos homens, em que o cuidado não é incorporado como uma prática de cuidado e faz correlação com a concepção de gênero, aqui entendido como atributos e funções socialmente construídos que se configuram nas diferenças e inter-relações entre os sexos, e que extrapolam a questão biológica. Dessa forma, ser homem ou ser mulher implica a incorporação desses atributos e funções como forma de representação, valorização e atuação na sociedade.

Os hospitais constituem o segundo tipo de serviços que os homens procuraram para cuidarem da saúde com 39,75%; para Pinheiro *et al.* (2002), os homens têm uma preferência por acessarem serviços emergenciais devido a esses serviços responderem mais objetivamente às suas demandas. Essa pequena diferença entre os serviços de atenção básica e atenção especializada pode ser explicada pelos estereótipos de gênero do que é ser homem, que somente procuraram os serviços quando o agravo estava instalado, o que muitas vezes dificulta o restabelecimento da saúde.

Quando falamos nos motivos que são obstáculos para o acesso dos pais aos serviços de saúde, o maior percentual (42,44%) está diretamente ligado as barreiras socioculturais, como os estereótipos de gênero, pensamento mágico, papel de provedor, construção das masculinidades, papel de cuidador e barreiras institucionais: estratégias de comunicação das UBS não privilegiam o acolhimento dos homens, atuação profissional, ambiência, horários de funcionamento, entre outras.

Para Sabo (2002) *apud* Gomes *et al.* (2007), o padrão de masculinidades é idealizado por meninos e homens não pelo desejo de serem viris, mas pelo medo de serem vistos como pouco viris ou afeminados, e a procura por serviços de saúde está intimamente relacionada ao que se entende por ser homem. Gomes *et al.* (2007) apontam que ser homem está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características essas incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representadas pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a imagem da masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.

Pelo lado das barreiras institucionais, os serviços de saúde são considerados poucos aptos a absorver as demandas apresentadas pelos homens. Sua organização não estimula o acesso, a ambiência não é adequada e atrativa para os homens, são percebidos como espaços femininos, frequentados principalmente por mulheres e compostos por equipes de profissionais de saúde formadas em sua maioria também por mulheres. (Gomes *et al.* 2007)

Esses apontamentos são semelhantes aos motivos apresentados pelos homens que responderam não acessar os serviços de saúde para se cuidar, uma vez que transmite aos pais a sensação de os serviços de saúde são ambientes que funcionam para atender às necessidades das mulheres.

As barreiras socioculturais também podem contribuir para que a maioria dos pais entrevistados informem que receberam orientações no serviço de saúde sobre camisinha, vasectomia, anticoncepcional, gravidez, parto, o que pode ser questionado, uma vez que os estudos apontam que os homens não se reconhecem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido ao fato de que as ações preventivas e educativas em saúde se dirigirem quase que exclusivamente para as mulheres. (Schraiber, 2005)

Vale ressaltar que somente detendo as informações será possível uma participação ativa nas rotinas de planejamento reprodutivo, que é o primeiro passo para o caminho do exercício da paternidade ativa e compartilhamento das responsabilidades junto com a parceira.

Explorando os dados sobre a participação dos pais/parceiros na rotina do pré-natal e realização do Pré-Natal do Parceiro, o primeiro dado é sobre a sua participação nas consultas de Pré-Natal com a sua parceira, sendo relevante notar que 73,01% dos respondentes informaram que participaram das consultas juntamente com sua parceira. Vale destacar que o conceito dessa participação pode ser entendido de diversas formas pelo pai/parceiro, se ele leva a parceira e fica aguardando, ou se, preocupado, pergunta sobre o andamento da gestação, ou se ainda acompanha as consultas e os exames de ultrassonografias, em sua concepção está participando.

Sobre esse assunto, Couto (2010) relata que os homens participam menos de consultas de enfermagem, que orientam, sobretudo, para o acompanhamento do pré-natal e da puericultura e de atividades educativas. Habitualmente, a figura feminina domina o campo do cuidado e, então, intermedeia a relação dos homens usuários com os serviços ou com a saúde de forma geral. Muitas cenas de atendimentos a homens apresentam uma mulher como protagonista.

Para tornar real essa participação é preciso sensibilizar os homens da importância de uma participação efetiva, na qual eles sejam protagonistas do cuidado, esclarecendo suas dúvidas e se cuidando. Esse é o primeiro passo da EPNP, em que será realizado o convite, caso ele não esteja presente, para que esse pai esteja participando/realizando o Pré-Natal do Parceiro.

Atualmente, o maior obstáculo para participação paterna nas consultas do Pré-Natal com a parceira é sua liberação das atividades laborais para comparecer aos serviços de saúde, que geralmente funcionam no mesmo horário em que eles estão no trabalho. Esses aspectos são afirmados por Ferreira *et al.* (2014), quando dizem que, em relação à participação dos pais nas consultas, a maioria não participa por conta da jornada de trabalho dos serviços ser durante a consulta de Pré-Natal. Siqueira (2002) reforça que os horários das consultas ocorrem no período comercial, o que ocasiona um problema referente à incompatibilidade de horário.

Uma tentativa de sanar e diminuir esses obstáculos foi a publicação da lei conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, que institui em seu Art.37 o direito, ao pai, de até 2 (dois) dias, para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira e de 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica. Espera-se que, com esse avanço legal, os homens possam participar efetivamente dessas consultas, sem prejuízo na sua rotina de trabalho. (BRASIL, 2016)

O segundo aspecto apresentado por esse dado é referente à desinformação do direito e aos estereótipos de gênero que afastam os homens dos serviços de saúde, como já mencionado anteriormente. Para sanar essa desigualdade, é fundamental a qualificação desses profissionais de saúde para um acolhimento e atendimento ideal ao pai/parceiro, quando devem ser sanadas as dúvidas desses pais, demonstrando o processo de evolução da gestação, instruímos sobre os seus direitos e sobre seus deveres como um pai ativo.

Outro aspecto fundamental é sobre o comportamento do profissional frente ao pai/parceiro que está presente nas consultas, mais de 50% dos pais/parceiros responderam que o profissional condutor do atendimento fornecia as instruções e informações principalmente para a mãe/gestante, deixando o pai/parceiro em segundo plano. Para Cavalcante (2007), quando o pai percebe que o atendimento do profissional é direcionado à mãe e ela é o foco da consulta, e a atenção está voltada só para a mãe, ele desiste de acompanhá-la nas consultas seguintes. Nesse momento, a atuação do enfermeiro como membro da equipe e responsável pelo atendimento das consultas de pré-natal na atenção básica é essencial; dessa forma, é importante orientar o pai sobre o seu direito de acompanhar a gestante, nas consultas. (Oliveira *et al.* 2009).

Acrescento que, na minha experiência de qualificação de profissionais de saúde, não somente o enfermeiro ou médico deve estar qualificado para esse acolhimento, mas toda a equipe de saúde, desde a segurança da unidade ao recepcionista, para que desde o momento que o pai/parceiro chega na unidade ele já possa se sentir acolhido e ambientado.

Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos à participação do pai na assistência ao pré-natal ao oferecer atenção e orientar esse pai/parceiro nas consultas de pré-natal. (Ferreira *et al.* 2014).

O segundo passo da EPNP é a realização de exames de rotina, testes rápidos. O Ministério da Saúde sugere os seguintes exames de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde: Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso de a mulher ser RH negativo); Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg); Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida; Pesquisa de Anticorpos anti-HIV; Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV); Hemograma; Lipidograma: Dosagem de Colesterol HDL; Dosagem de Colesterol LDL; Dosagem de Colesterol Total; Dosagem de Triglicerídeos; Dosagem de Glicose; Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme); Aferição de Pressão Arterial; Verificação de Peso e cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal).(Brasil, 2018a)

Os dados apresentados sugerem que, por um lado, pais podem não ter conhecimento de seus direitos como usuários do SUS e podem não saber da importância da prevenção de doenças evitáveis, principalmente as que têm transmissão vertical (que passam da mãe para o filho) e que podem ser transmitidas do pai para a mulher durante as relações sexuais, como as IST e Aids.

Segundo Benazzi (2011), a participação paterna é importante para trabalhar as medidas preventivas, como a prevenção de infecções por HIV, sífilis, hepatites virais e aumentar a adesão aos exames anteriores ao parto. Os dados apresentados exemplificam que a realização desses exames ainda é insuficiente para promover a prevenção dessas doenças, uma vez que o único teste rápido realizado em mais de 50% dos pais é o de HIV; todos os outros testes rápidos estão abaixo desse percentual.

Por outro lado, os dados também demonstram um despreparo da equipe de saúde que não reconhece essa importância para prevenção, diagnósticos e tratamento de doenças, e, conseqüentemente, a promoção da saúde da mulher, do homem e da criança. Para qualificar esse atendimento por parte dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde desenvolver os materiais educativos como os descritos no referencial teórico.

Sobre a questão da imunização, a maioria dos pais/parceiros relata que não houve vacinação durante as consultas de Pré-Natal. É importante aproveitar esse momento para vincular os pais/parceiros as rotinas do serviço de saúde e realizar a vacinação quando necessário, uma vez que os homens não têm o hábito de se vacinarem.

A esse respeito Couto *et al.* (2010) discorrem que a relação dos usuários trabalhadores com os serviços de saúde assume sentido contrário no caso específico da vacinação, em que as empresas têm tido participação ativa nessa relação. Algumas instituições de trabalho estimulam e/ou exigem a vacinação e abrem espaço para que profissionais de saúde orientem os empregados a respeito da atividade e os convidem ao serviço. Em consequência, tem sido constante, em alguns dos serviços, a presença de homens, sós ou em grupo, buscando as salas de vacinas, embora não tenha sido observada uma expansão desse uso para outras possibilidades assistenciais oferecidas pelos serviços, seja por falta de iniciativa desses usuários, seja pela perda da oportunidade, por parte dos serviços, de acolhê-los e integra-los em outras atividades.

O Programa Nacional de Imunização- PNI do Ministério da Saúde preconiza as seguintes vacinas:

Para público de 10 a 19 anos, compreendo os pais/parceiros adolescentes:

- Hepatite B - 3 doses, de acordo com a situação vacinal; Febre Amarela – 1 dose se nunca tiver sido vacinado; Dupla Adulto (previne difteria e tétano) – Reforço a cada 10 anos; Tríplice viral (previne sarampo, caxumba e rubéola) - 2 doses, a depender da situação vacinal anterior; Pneumocócica 23 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 1 dose a depender da situação vacinal - A vacina Pneumocócica 23V está indicada para grupos-alvo específicos; Dupla Adulto (previne difteria e tétano) - Reforço a cada 10 anos. (Brasil, 2019)

Para os pais/parceiros de 20 a 59 anos;

- Hepatite B - 3 doses, de acordo com a situação vacinal;Febre Amarela – dose única, verificar situação vacinal;Tríplice viral (previne sarampo, caxumba e rubéola) – se nunca vacinado: 2 doses (20 a 29 anos) e 1 dose (30 a 49 anos);Dupla adulto (DT) (previne difteria e tétano) – Reforço a cada 10 anos;Pneumocócica 23 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 1 dose é indicada para grupos-alvo específicos a depender da situação vacinal. (Brasil, 2019)

E para os pais idosos com 60 anos ou mais:

- Hepatite B - 3 doses, de acordo com a situação vacinal;Febre Amarela – dose única, verificar situação vacinal; Dupla Adulto (previne difteria e tétano) – Reforço a cada 10 anos; Pneumocócica 23 Valente(previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – reforço a depender da situação vacinal - A vacina está indicada para grupos-alvo específicos, como pessoas com 60 anos e mais não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas. (Brasil, 2019)

Levando em consideração o fato de os homens não terem o hábito de ir aos serviços de saúde para se imunizarem, as consultas do pré-natal são uma excelente oportunidade para que ocorra a vacinação e, assim, previna o adoecimento do homem e a transmissão de doenças.

Durante minha experiência profissional de articulação com os municípios e estados sobre a temática, uma forma de vinculação dos homens aos serviços foi por meio dos serviços de Odontologia, em que as questões de gênero não permeiam fortemente o acesso das pessoas. Dessa forma, quando questionados sobre o encaminhando para consulta com o Odontólogo, mais de 90% dos homens informaram que não receberam essa orientação. Já dos 5,62% que foram encaminhados, 54,00% realizaram consulta com esse profissional, o que demonstra uma possibilidade de vinculação desses pais/parceiros com o serviço.

Essa informação é reforçada por Couto *et al.* (2010) relatando que na contramão dessa tendência, de não acesso dos homens, atividades de alguns serviços se destacam por apresentarem clientela equivalente de homens e mulheres, ou até terem uma quantidade superior de homens sendo atendidos, como os atendimentos odontológicos.

Importante que os profissionais de saúde encaminhem os homens para realizarem consultas com o dentista durante o pré-natal, uma vez que a saúde bucal é um fator essencial para saúde integral, principalmente com o caráter preventivo de doenças e diagnóstico precoce.

Outro dado que demonstra ainda ser pequena a participação dos pais/parceiros na rotina do pré-natal é o comparecimento desses em palestras, roda de conversas, cursos sobre cuidados com o bebê: apenas 32,24% informaram terem participado de alguma dessas atividades. Esse dado sugere que os profissionais de saúde talvez não estejam estimulando os homens a participar talvez desses momentos. Por outro lado, pode ser que os homens ainda não se interessam por essas atividades.

Vale destacar que, a partir de 2016, o Marco Legal da Primeira Infância exige que pais, funcionários das empresas cadastradas no Programa Empresa Cidadã, participem de alguma atividade/programa sobre paternidade responsável para usufruírem da ampliação da licença paternidade para 20 dias.

Um outro ponto importante é a nomenclatura utilizada pelos serviços que não são convidativos/inclusivos para esses grupos, que muitas vezes são denominados como “grupo de gestantes”, “ grupo de mães”. Diante disso, pode-se levantar a hipótese que a mudança para “ grupo de pais”, “grupo de pais grávidos” já atrairiam mais os pais para participarem dessas atividades.

Trabalhar questões práticas como cuidados com a gestante, mudanças na gestação e cuidados com a criança, também são fatores que favorecem a participação desses pais, de acordo com o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (Brasil, 2018a).

Para o Ministério da Saúde, a participação familiar, no processo de gravidez, representa um fator positivo e deve ser encorajada e cada vez mais frequente a inclusão do pai no Pré-Natal. (Brasil, 2012). Dessa forma, portanto, Cabrita *et*

al.(2012) relatam que a presença do pai/parceiro deve ser estimulada durante as atividades de consulta, e de grupos para o preparo do casal durante todo o processo de gestação, parto e pós-parto.

O fato de 95,93% dos pais que relataram participar dessas atividades, terem participado nos serviços de saúde, reforça a concepção que esse ambiente é reconhecido como locais para esclarecimentos de dúvidas sobre os cuidados com a criança. Cabe então aos profissionais de saúde se qualificarem para suprirem essas dúvidas e assim prepararem os pais para o exercício da paternidade ativa.

Todo o período do pré-natal pode ser utilizado pelo casal como uma preparação para os momentos do parto e cabe aos profissionais de saúde esclarecerem as dúvidas sobre esse momento e proporcionar que a Lei do Acompanhante seja cumprida na sua integralidade. De acordo com os dados apresentados no gráfico 15, sobre acompanhante, a mulher está escolhendo o pai como seu acompanhante, uma vez que segundo a Lei 11.108/2005 a mulher é detentora do poder de escolha do seu acompanhante.

Segundo Storti (2004), o pai da criança pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher no processo de parturição, devido a fatores como a formação de vínculo e a representação de laços de família, uma vez que, ao acompanhar o nascimento do filho, ele estaria afirmando sua paternidade, assim como valorizando seu papel. Estudos têm comprovado os benefícios da permanência do pai como acompanhante durante o processo de parturição. Motta e Crepaldi (2005) acrescentam que além disso, as mulheres que foram acompanhadas pelo pai do recém-nascido durante o processo de nascimento, relataram o quanto é importante ter uma pessoa conhecida para proporcionar carinho, cuidado e atenção.

Desmembrando os momentos do trabalho de parto, percebe-se que no momento exato do nascimento a presença do acompanhante é o que apresenta a menor porcentagem (21,78%); esse dado expõe que a Lei 11.108/2005 não está sendo cumprida integralmente, uma vez que a mesma esclarece que o direito ao acompanhante é em todo o trabalho de parto, ou seja, antes, durante e depois do parto. Cabe ao profissional de saúde que realiza o pré-natal esclarecer sobre a Lei do Acompanhante para o casal e orientá-los a procurar seus direitos junto aos órgãos, como a Ouvidoria do SUS, através do 136, caso o estabelecimento de saúde onde

será realizado o parto não permitir a presença do acompanhante, essa informação precisa ser repassada ao casal durante as consultas de pré-natal para que tenha-se um tempo de ação dos órgãos junto aos serviços de saúde para averiguarem o motivo pelo qual a lei não está sendo cumprida.

Ainda dentro dessa perspectiva do acompanhamento do parto, há várias barreiras impostas pelos serviços de saúde que impedem a presença do acompanhante nesse momento; é possível separar os motivos em barreiras socioculturais (trabalho, estudo, desconhecimento dos direitos) e barreiras institucionais (serviço de saúde não permitiu) como os maiores impedimentos para que os pais participem do nascimento de seus filhos. O que demonstra a necessidade dos profissionais de saúde incentivarem a participação do homem em todos os momentos do parto, destacando os benefícios dessa presença. Pode-se levantar diante desses dados que a questão cultural que o cuidado, a cena do parto, são atributos femininos, e que até mesmo o serviço de saúde.

Um outro aspecto que apareceu foi a proibição pelos profissionais de saúde, que muitas vezes imaginam que a presença do pai na sala de parto trará mais trabalho a eles, devido ao fato de passarem mal durante o procedimento, no entanto, para essas duas justificativas há soluções que precisam serem incorporadas pelos serviços, são elas: utilizar recursos financeiros da Rede Cegonha para adequação da ambiência para permissão dos homens nas salas de parto e alojamento conjunto, em local adequado. Outro eixo de ação é formular uma instrução durante todo o pré-natal para chegarem no momento do parto sabendo o que irá acontecer durante o parto e qual seu papel nesse momento.

Dando continuidade à participação efetiva do pai em todo processo de exercício da paternidade ativa, a licença paternidade é um direito que em sua maioria tem sido usufruído pelos pais (55,29% relataram que tiraram a licença paternidade), porém ainda é significativo o percentual de pais que não tem usufruído desse direito (44,05%). Esses dados demonstram a importância dos profissionais de saúde sensibilizarem os pais e até mesmo os empregadores sobre os benefícios que o usufruto dessa licença paternidade proporciona para todos os envolvidos, para o pai, mãe, criança e empregadores.

Mesmo com os dispositivos legais atuais que ampliam de alguma forma o período de licença paternidade, o maior percentual de pais que não tiraram a licença concentra-se em pais que trabalham por conta própria, autônomos (50,65%); assim, é necessária uma orientação pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, destacando a importância da presença dos pais nesses primeiros dias de vida da criança, para que esses pais se organizem para estarem presentes, compartilhando os cuidados com a parceira.

Vale destacar que um outro benefício do envolvimento do homem em todo processo gravídico e de cuidados com a criança tem impacto positivo e duradouro para as crianças e mulheres e os próprios homens em relação a masculinidade saudável e auto expressão. Isso pode ser demonstrado pelo alto percentual de homens que relatam que procuraram os serviços de saúde da atenção primária e também da participação deles nas consultas de pré-natal.

Posta a discussão dos gráficos acima, segue-se a análise do cruzamento de algumas variáveis com as demográficas para se verificar a influência ou não dessas no acesso, participação dos homens nas rotinas de pré-natal, parto, usufruto da licença paternidade.

Ao analisar os dados de acesso aos serviços de saúde juntando com variáveis demográficas, observa-se que a variável idade não influencia o acesso aos serviços, uma vez que o percentual entre os pais que disseram acessar os serviços e os que disseram não acessar é muito pequeno. A maior diferença é na faixa etária de 20 a 29 anos (7,9%); nessa faixa etária também é maior o percentual de pais que não acessam o serviço para cuidar da sua saúde (32,1%). Esse dado reforça o estereótipo de gênero de masculinidade principalmente de jovens.

Quanto ao grau de escolaridade influenciar o acesso ou não ao serviço de saúde para se cuidar, não houve diferença significativa. Isso implica a ideia de que a decisão está fora do domínio destas pessoas e que a sua escolaridade não tem influência pois a decisão está como outras pessoas, no caso, profissionais. Mas também nos diz que a escolaridade não é um fator que influencia o conhecimento ou desconhecimento sobre direitos. Logo, podemos dizer que há necessidade de divulgar e incentivar que o acesso aos serviços de saúde é universal e todos, independentemente de qualquer outro fator, isto é, todos possuem o direito

constitucional de receber atendimento humanizado nos serviços que supram suas necessidades. Pode-se pensar em estratégias para divulgação em massa dessas informações pelos meios de comunicação.

No quesito raça/cor, os que menos acessam são indígenas e os que mais acessam são os de cor parda, que, somados com os pais que se denominaram de cor preta, compõem a raça/cor negra, que coincide com o maior percentual de pais participantes da pesquisa. Além disso, a população do Distrito Federal, de acordo com o PDAD (2015) é constituída por 52,25% que se ao refeririam da cor parda à cor/raça.

Os pais que recebem mais de 10 salários mínimos são os que menos acessam os serviços de saúde, enquanto que os que recebem entre 1 e 2 salários são os que mais relatam acessar os serviços de saúde para cuidar da sua saúde. Provavelmente os pais que recebem mais de 10 salários mínimos não utilizam os serviços de SUS para essa rotina de pré-natal por possuírem planos de saúde privados.

Quanto ao cruzamento das variáveis sociodemográficas com a participação do pai nas consultas, se somados os estados civil casado com união estável, a diferença entre participação e não participação das consultas é 5,2% maior na participação. Esse dado demonstra que está em relacionamento afetivo com a parceira contribui positivamente para a participação dos pais nas consultas de pré-natal.

Para Ferreira, *et al.* (2014), a participação do pai durante o período gestacional é importante para a gestante, pois ajuda a fortalecer o vínculo familiar, além de favorecer a autoestima paternas. Ademais, as informações disponibilizadas nas consultas proporcionam condições ao parceiro de entender as mudanças que ocorrem com a mulher neste período.

Em consonância com vínculo afetivo entre a gestante e o pai/parceiro, é interessante observar que, no cruzamento de variáveis sociodemográficas e acompanhamento do parto, o fato de encontrar-se em relacionamento afetivo com a parceira (casado e união estável) não favorece a participação do pais, pois somados os estados civil 75,6% dos pais casados e em união estável relataram não ter acompanhado o parto, enquanto 73,0% informaram que acompanharam. Posto isso, pode-se levantar algumas hipóteses que podem justificar esse dado, como por exemplo a Lei 11.108/2005, para a qual é de livre escolha da gestante o seu acompanhante e muitas vezes ela escolhe a mãe dela ao invés do parceiro, além de

todo o impedimento institucional da participação do homem no cenário do parto e os próprios sentimentos dos homens que se sentem inseguros de participar desse momento.

Quando analisadas as variáveis sociodemográficas com o usufruto da licença paternidade, destaca-se que os pais nas faixas etárias de 15 a 19, 40 a 60 ou mais, usufruem menos da licença paternidade comparados os pais de 20 a 29 e 30 a 39 anos. Segundo dados da PDAD (2015) do contingente total de trabalhadores, os empregados com carteira de trabalho representam 54,64%, os empregados sem carteira, 6,47%, os vinculados à Administração Pública/Militares, 12,85%, e os trabalhadores por conta própria (autônomo) 19,04% esse pode ser um fator que contribui para usufruto da licença, visto que a faixa etária de 20 a 39 anos de idades, geralmente se encontra em atividade laboral remunerada, já antes dos 20 os pais/parceiros provavelmente encontra-se apenas estudando. Somado a essa questão, pode-se levantar a hipótese que esses pais de 20 a 39 anos de idade têm mais acesso ao conhecimento de seus direitos, por isso, é necessária uma divulgação intensa para que todos os pais/parceiros conheçam e usufruam deles.

No que diz respeito ao sentimento de motivação para cuidar da saúde devido à participação nas consultas de pré-natal e as variáveis sociodemográficas, pode-se levantar a hipótese das questões relacionadas aos estereótipos de gênero de masculinidades, que o homem não precisa cuidar de sua saúde influencia principalmente quando os pais/parceiros são mais jovens e mais idosos, muito provavelmente porque, quando jovens, têm o imaginário que não precisam se cuidar pois são saudáveis e, quando idosos, já realizaram acompanhamento nos serviços de saúde devido a outras morbidades. Vale enfatizar que é necessária uma sensibilização desses pais, principalmente dos mais jovens para despertar o cuidado com sua saúde, como o intuito de ações de prevenção e promoção de saúde.

Por fim, no cruzamento de acesso aos serviços de saúde e participação nas consultas de pré-natal com a parceira. Os pais parceiros que mais têm o hábito de acessar os serviços de saúde para cuidar da sua saúde também são os pais que mais participaram das consultas de pré-natal com a parceira. Isso sugere que é necessário intensificar as ações do eixo prioritário da Pnaish de Acesso e Acolhimento que busca reorganizar as ações de saúde, qualificar os profissionais para que os homens incorporem e se sensibilizem que os serviços de saúde também são espaços para

eles se cuidar com o objetivo de prevenção e promoção da saúde, com isso, esses já terão incorporados que sua presença nas rotinas do período gravídico é importante para saúde da mulher, criança e dele próprio.

## **8. Considerações finais**

Durante essa dissertação deu-se a formação do caminho da rede de paternidade para que os homens possam exercer uma paternidade ativa. Esses benefícios foram agregados durante a convivência nas qualificações de profissionais, troca de experiências com estudiosos sobre a temática da paternidade, leituras de literatura, interpretação dos dados da pesquisa Saúde do Homem Paternidade e Cuidado e principalmente com a escuta de pais/parceiros brasileiros nos momentos de palestras, oficinas, leitura de depoimentos.

Aqui como enfoque para consolidar a formação dessa rede serão apresentados alguns benefícios, divididos em públicos para a cada dia mais fortalecer e proporcionar condições para esse exercício efetivo.

### **Para a Família:**

A presença do parceiro torna-se um fator de proteção ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e pós parto, uma vez que esse pai e essa mulher entendem que podem contar um com o outro e que o fenômeno gravidez é comum a ambos e não somente a mulher. Vale destacar que no período do pré-natal a presença do parceiro contribui para diminuição da transmissão vertical das ISTs, no momento do parto essa participação é recomendada pois tende a promover uma menor extensão temporal do trabalho de parto; menor necessidade de analgesia; menor ocorrência de cesariana; menor ocorrência de infecção na mãe ou na criança; além disso, o pai tem um papel essencial no incentivo ao aleitamento materno.

Uma segunda recomendação nesse âmbito familiar é o entendimento de que o exercício da paternidade ativa tem um efeito protetor contra a mortalidade infantil, influencia na decisão de imunizar as crianças, redução da violência doméstica, além de ser um fator de proteção contra a depressão pós parto.

A terceira recomendação é sobre o usufruto da licença paternidade que pode diminuir a probabilidade de uso de ansiolíticos e antibióticos pelo mulher, diminuir a necessidade de internações hospitalares para o tratamento de complicações relacionadas ao nascimento diminuição na morte de mulheres decorrentes da gestação. O usufruto da licença paternidade pode auxiliar na melhora da saúde emocional e física da mulher, uma vez que ela terá com quem dividir as tarefas desse

período novo de adaptações com o parceiro, e ao mesmo tempo, o pai terá esse momento para exercer o cuidado com a parceira e criança.

Para as crianças, o maior benefício desse exercício da paternidade ativa é sem dúvidas o estabelecimento de vínculos afetivos saudáveis entre pai-mãe-filho. Além disso, o pai pode participar dos momentos de alimentação, cuidados com a higiene pessoal, acompanhamento nos estudos, compartilhamento nos momentos de lazer. Todas essas ações irão proporcionar um melhor desenvolvimento escolar, cognitivo e afetivo da criança.

Vistos as recomendações e benefícios do exercício da paternidade ativa para as mulheres e crianças, agora é a vez de destacar para os protagonistas, os pais. O exercício da paternidade ativa irá proporcionar aos homens:

- Autocuidado com a saúde;
- Diminuição dos índices de morbimortalidade masculina;
- Exercício de práticas de cuidados;
- Envolvimento ativo no processo gravídico, com a realização do Pré-Natal do Parceiro;
- Participação efetiva no momento do parto, com o corte do cordão umbilical e realização do método canguru quando necessário;
- Conhecimento e usufruto de seus direitos legais como a licença paternidade;
- Usufruto dessa licença paternidade proporciona melhor saúde mental, melhor satisfação com a vida e melhor satisfação com o trabalho;
- Divisão igualitária das tarefas domésticas o que promove equidade de gênero;
- Ensino e aprendizado de valores de igualdade de direitos e respeito;
- Aprendizado de práticas de cuidado de forma real como segurar a criança, dar banho, trocar fraldas, colocar para dormir.
- Ampliar as oportunidades de exercício de Masculinidades saudáveis.

## **Para a Educação**

Nas questões de educação estão concentradas as ações que são capazes de transformar a sociedade e o futuro das pessoas. Por esse motivo, trabalhar questões relacionadas ao exercício da paternidade nesses ambientes é essencial para a mudança cultural e social.

Esse âmbito cabe desde a inclusão, pela educação infantil, da discussão de igualdade de gênero; até os ensinamentos sobre a importância do exercício do cuidado, especialmente, para os meninos como algo inerente ao ser humano, independente do gênero. Ressaltar a importância da participação dos meninos nas questões de saúde sexual e saúde reprodutiva e encorajar homens a terem profissões voltadas ao cuidado, saúde, educação, também são ações que poderão acelerar mudanças sociais por meio da aceitação e valorização do cuidado por todos os gêneros.

### **Para a Sociedade**

Aqui são apontamentos e recomendações para todas as pessoas que se dedicam de alguma forma as questões relacionadas à temática da paternidade ativa. Ainda são necessários mais investimentos em estudos/atividades com os pais para incentivo ao exercício da paternidade ativa por parte das organizações de sociedade civil, como por exemplo, vídeos, palestras, materiais educativos, depoimentos em canais nas mídias sociais, para que todas as pessoas possam ser motivadas a se ver como cuidadoras e provedoras financeiras, e não somente as mulheres nos cuidados e os homens provendo recursos financeiros.

Uma outra recomendação é o incentivo à disponibilização de dispositivos de escuta de pais sobre suas dúvidas e anseios para o exercício da paternidade ativa por meio de grupos de pais conduzidos pelos profissionais de saúde.

### **Para a Saúde**

Esse é o setor que tem o menor acesso dos homens, principalmente nos serviços de atenção primária a saúde, ou seja, os homens buscam e têm menor ofertas de ações de prevenção e promoção de saúde. Por essa razão, profissionais e gestores de saúde precisam investir em dispositivos para esse público. E, como foi dito ao longo do estudo, o momento de preparação e atuação da paternidade pode e deve ser utilizado como porta de entrada positiva desse público aos serviços de saúde.

Todavia, para isso, são necessárias algumas recomendações, a primeira delas é o investimento em qualificação profissional para que compreendam a importância

dessa participação, não como um serviço a mais, mas sim como uma qualificação do trabalho que já deveria ser ofertado como é garantido pela Constituição Federal. Outra recomendação é de que profissionais de saúde passem a realizar a Estratégia Pré-Natal do Parceiro e, em decorrência disto, estimulem os pais a cuidar de sua saúde, tenham um espaço para sanar suas dúvidas e aprendam sobre seus direitos. Dessa forma, os profissionais estarão cumprindo sua atribuição de educadores em saúde.

Ainda aos profissionais e gestores de saúde cabe adaptar os serviços para o acolhimento humanizado desses pais, e também o desenvolvimento de ações voltadas para esse público, estimulando práticas de autocuidado e cuidado com a parceira e criança.

### **Para as Empresas**

Um dos grandes obstáculos atuais no Brasil para o pleno exercício da paternidade ativa são questões laborais. Para mudança desse cenário é recomendado um trabalho mais próximo com os setores laborais sobre a importância desse exercício.

Os empregadores precisam compreender que, com o usufruto da licença paternidade, os funcionários serão mais saudáveis e faltarão menos ao trabalho; porque pais que desenvolvem vínculos afetivos saudáveis com a família trabalham mais felizes e dispostos, o que traz como resultado uma maior produtividade para as empresas. São necessárias medidas como a flexibilização nos horários de trabalho, o pagamento de salários justos, e a proteção ao trabalho para que possa haver um equilíbrio entre o exercício do cuidado com a vida profissional.

### **Para o Governo**

A instituição de políticas de governo é essencial para assegurar e estimular o exercício da paternidade ativa. Por isso, cabe ao setor governo a instituição como política de saúde da Estratégia Pré-Natal do Parceiro, para que as mudanças de governo não possam desconstruir tudo que já foi construído até o momento com municípios e estados.

Cabe ao setor governamental proporcionar qualificação para os trabalhadores de diversas áreas, como saúde, educação, justiça, desenvolvimento social, para que se compreenda socialmente a importância do estímulo a paternidade ativa.

Ainda cabe ao setor legislativo instituir leis que ampliem a licença paternidade para todos os pais, independentes do vínculo empregatício e implantem legislações para a existência da licença parental, o que irá favorecer o bem estar de toda família.

Foram destacadas apenas algumas recomendações e apontamentos que podem favorecer o exercício da paternidade ativa, sendo ainda necessários mais estudos como o presente, e de forma mais ampliada, para outras unidades federativas para que, no futuro, falar de paternidade seja tão natural como falar de maternidade, ou seja, como algo inerente aos homens, às mulheres e à toda a sociedade.

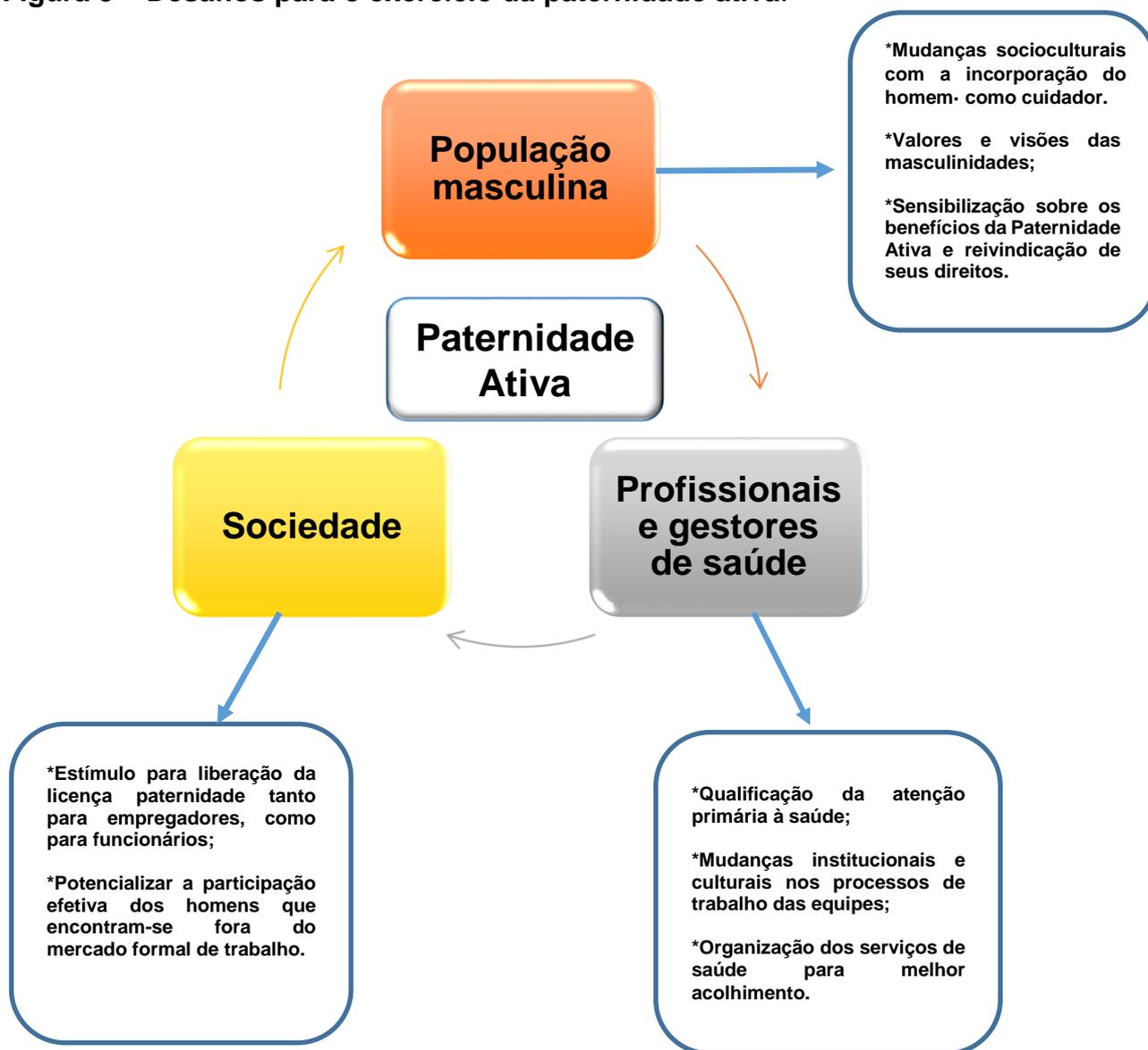
Os dados aqui apresentados referentes ao Distrito Federal poderão subsidiar a elaboração de ações por parte do governo local para qualificar profissionais de saúde, adequar estabelecimentos de saúde, sensibilizar homens, mulheres sobre esse exercício da paternidade ativa, uma vez que os dados apresentados demonstram que em vários aspectos esse exercício ainda está apenas começando e poderão ainda servir de padrão para outras localidades.

As discussões e as ações referentes ao exercício da paternidade ativa precisam ser incorporadas por diversas esferas, como saúde, educação, trabalho, segurança pública, cultura e desenvolvimento social. Somente assim no futuro haverá pais que exercem essa paternidade ativa integralmente favorecendo a sua saúde, de sua parceira, seu filho e de todos os envolvidos.

Acrescidos a esses benefícios citados, irei apresentar alguns desafios que ainda são necessários para a efetivo exercício da paternidade ativa pelos homens que dependem mais uma vez de um esforço de diversas áreas da sociedade, novamente como nos benefícios, desafios em rede.

A Figura 3 abaixo descreve os atores e os desafios a serem vencidos para o pleno exercício da paternidade ativa.

**Figura 3 – Desafios para o exercício da paternidade ativa.**



Fonte: elaboração pela própria autora

Somado à formação dessa paternidade em rede, como resultado de Mestrado Profissional, gostaria de destacar como o mesmo contribuiu para uma ampliação do meu olhar enquanto profissional de saúde, e principalmente como profissional do Ministério da Saúde, no que tange à qualificação do desenvolvimento das minhas atividades na Coordenação de Saúde do Homem, uma vez que a realização das disciplinas, e as riquíssimas trocas com os professores e colegas despertaram pensamentos que muito irão contribuir para um aprofundamento das análises técnicas que faço enquanto contribuidora na elaboração de políticas públicas.

Além disso, os aprendizados fundamentados nos referenciais teóricos servirão como subsídios para o meu papel de educadora em saúde, quando me desloco para os territórios para qualificação de profissionais e gestores de saúde.

Preciso ainda destacar que foi possível perceber a distância que existe entre os mundos acadêmicos e o mundo profissional e o quanto a realização de Mestrado Profissional é de suma importância para estreitar essa distância, levar as contribuições do campo acadêmico, baseado em evidências, para dentro do campo profissional. Esse diálogo só irá qualificar ainda mais todo o trabalho técnico, visando o objetivo final de termos um Sistema de Saúde Público, realmente único e com equidade, como é a premissa do Sistema Único de Saúde-SUS.

Outro aspecto a se levantar, após todo esse estudo, diz respeito à inovação de analisar as respostas do cidadão sobre os serviços do SUS, mais uma vez contribuindo para um dos alicerces da constituição do SUS que consiste na participação social.

Por fim, fazendo um acréscimo na célebre frase de Michel Odent “*Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer*”, acrescento que para vivermos em um mundo mais igualitário, equitativo e sadio precisamos qualificar o exercício da paternidade, tornando-a uma paternidade ativa e em rede.

## 9. Referências Bibliográficas

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. Revista Práxis, ano III, n. 6, agosto 2011.

ARILHA, Margareth Martha. 1999. Masculinidade e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em <[https://www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public-files/arquivo/24\\_arilha\\_margaret\\_termo.pdf](https://www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public-files/arquivo/24_arilha_margaret_termo.pdf)> . Acessado em 19 setembro de 2019.

Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. Rev. Pol. Públ. 2011; 15(2): pp. 327-33 . Acessado em 2019:.

BERNARDI, Denise. Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. Psicologia Revista, [S.l.], v. 26, n. 1, pp. 59-80, ago. 2017. ISSN 2594-3871. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/28743>>. Acesso em: 20 abr. 2019. doi:<https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.59-80>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção de pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, 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, 2005.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.737 de 3 de maio de 2016. Institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Lei 13.257 de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-

Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico: Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde- Escolaridade da População de 15 anos ou mais- Brasil. Sistema de Informações do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/escauf.def>. Acesso em 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Diário Oficial da União. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia / Ministério da Saúde, Brasília: Universidade de Brasília, 2018, 38 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas de Estratégias. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança

[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 17 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para pais : como exercer uma paternidade ativa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b. 73 p. : il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT) - Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). Acessado em 2019: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao#adulto>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: saúde do homem [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 140 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 44 p.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Portaria MS/GM nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe

sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html)

Acesso em maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria MS/GM 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). Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

Acesso em maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria 1.474 de 8 de setembro de 2017. Inclui e altera procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais do SUS. Brasília, 2017. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1474\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1474_22_09_2017.html).

Acesso em maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

CABRITA, Bruno Augusto Corrêa; SILVEIRA, Elvis da Silva; *et al.* A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal. Desafios e conquistas. *Pesq.: cuid. fundam.* online 2012. jul./set. 4(3): pp. 2645-54.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-3312009000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3312009000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 de setembro de 2019.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Caderno de Saúde Pública*, 19(2), 2003, pp. 389-398.

CASTRO, F. Dual career family: fatores que influenciam as decisões de carreira e de manutenção do equilíbrio familiar de casais hetero e homoafetivos. Tese de doutorado em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2015.

CAVALCANTE, M.A.A. A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal. Tese (Doutorado em Enfermagem). São paulo (sp):Escola de Enfermagem da Universidade de Paulo; 2007.

COUTO, M.T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, abr./jun. 2010, p.257-70.

COUTO, Marcia Thereza; GOMES, Romeu. Homens, saúde e políticas públicas: uma equidade de gênero em questão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, outubro de 2012.

CRESWELL, John W. *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*; Tradução Magda Lopes. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANTAS, Suellen Maria Vieira. Sexualidade, reprodução e relações de gênero: reflexões a partir da análise da política nacional de saúde do homem. 2017. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.669, de 29 de setembro de 2016. Institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores. Brasília, 2016. Disponível em <http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=37669&txtAno=2016&txtTipo=6&txtParte=>.

DOS SANTOS, E.; FERREIRA, V. Pré-natal masculino: significados para homens que irão (re)experienciar a paternidade. Revista funec científica - multidisciplinar, v. 5, n. 7, p. 62-78, 16 de março de 2017.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J.M.M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. ConTexto, Porto Alegre v.3, 4,1, 1 semestre, 2003.

FERREIRA, T.N, ALMEIDA D. R., BRITO H. M. *et al* A importância da participação paterna durante o pré-natal percepção da gestante e do pai no município de Cáceres Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.05, Nº. 02, Ano 2014.

FULLER, N. Paternidades e masculinidades em contextos diversos. In: Paternidades em América Latina. Ed. Fondo Editorial, 2001.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; INSTITUTO PAPAI. Homens também cuidam! Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. Recife: UNFPA ; Instituto PAPAI, 2007.

\_\_\_\_\_. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Março de 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 30 de maio de 2019.

HARRINGTON, B et.al. The new dad: take your leave: Perspectives on paternity leave from fathers, leading organizations, and global policies. Boston College Center for Work and Family Report, 2014, pp. 1-43.

IBGE: Cidades e Estados. Distrito Federal. Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>. Acessado em 2019.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD-DF) 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf> Acesso:2019.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, outubro de 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 de setembro de 2019.

MARTINS, Alberto Mesaque & MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Saúde e Sociedade*. Vol. 22, nº 2, 2013, p. 429-440.

MEDRADO B, LYRA J. O gênero dos/nos homens: linhas de uma proto-genealogia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, pp. 2579-2581, 2012.

MENDONÇA, Vítor Silva; ANDRADE, Angela Nobre de. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 10, n. 20, pp. 215-226, dezembro de 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2010000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 19 de setembro de 2019.

MINAYO MC; SANCHES O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 1993, 9(3):239-262.

MOTTA, C. C. L., CREPALDI M. A. O pai no parto e apoio emocional. *Paidéia* [online]. 2005 15(30). Disponível em: <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/30/11.htm>. Acesso em 14 de março de 2019.

MÜLLER, Rita C. F. Por uma cartografia do direito do homem à saúde: considerações sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a agenda de direitos reprodutivos e sexuais. *Conexões Psi*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 35-56, 2013.

NOGUEIRA, Cristiane de Andrade. O pai e profissional no mundo contemporâneo: benefícios e conflitos da paternidade na carreira. Dissertação de mestrado. Programa de Pós- Graduação em Administração. Departamento de Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, Sheila Costa de ; FERREIRA , Juliana Gomes ; SILVA , Pollyanne Moura Pereira da ; FERREIRA , Juliana Maria ; SEABRA , Renny de Almeida ; FERNANDO, Virgínia Conceição Nascimento. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm* [Internet] 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14118/9489> Acesso: em 02 de outubro de 2019

PICCININI, Cesar Augusto et al . O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722004000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 de maio de 2019.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia and BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.4, pp.687-707.

PROMUNDO-BRASIL. A Situação da Paternidade no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil: Promundo, 2016.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W, MONTEIRO, S [organizadores]. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.

\_\_\_\_\_. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, outubro de 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 de setembro de 2019.

SIQUEIRA, M. J. T; MENDES , D ; FINKLER , I ; GUEDES , T ; GONÇALVES , M D S. Profissionais e usuários adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o país? Estudo PSICOL 2002 ,7(1) : 65-72.

STAUDT, Ana Cristina Pontello; WAGNER, Adriana. Paternidade em tempos de mudança. Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 10, n. 1, p. 174-185, junho de 2008.

STORTI J. P. L. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2004.

TURATO, E.R *et al.* Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública, 2005.

## 10. Apêndice – Folder sobre Paternidade Ativa e seus benefícios

### Para Setor de Trabalho (Empresas e outros)

- \* Diminui as faltas ao trabalho, pois os homens que se envolvem no exercício da paternidade ativa e usufruem da licença paternidade, tomam-se mais saudáveis;
- \* Proporciona uma maior produtividade para as empresas, pois os pais que desenvolvem vínculos afetivos saudáveis com a família trabalham mais felizes e dispostos;
- \* Proporciona um equilíbrio entre o exercício do cuidado com a saúde e a vida profissional.

### Para o Governo:

- \* Promove a intersetorialidade para discussão sobre paternidade ativa garantindo maior efetividade das políticas públicas;
- \* Incentiva a qualificação dos trabalhadores de diversas áreas, como saúde, educação, justiça, desenvolvimento social, sobre a paternidade ativa ;
- \* Fomenta e apoia ações relacionadas ao desenvolvimento da primeira infância. Diminui os gastos provenientes das violências e acidentes, onde os homens são os maiores envolvidos.

### Para o Setor da Saúde:

- \* Desenvolve dispositivos para profissionais e gestores da saúde atuarem e envolverem os homens na paternidade ativa;
- \* Amplia o acesso e acolhimento dos homens na Atenção Primária à Saúde, prevenindo agravos e promovendo sua saúde;
- \* Fomenta a educação permanente de gestores, profissionais de saúde e população em geral sobre paternidade ativa;
- \* Diminui os gastos com internações, pois os homens serão mais saudáveis e cuidadosos com a sua saúde;
- \* Promove ações voltadas para os homens, estimulando práticas de cuidado consigo, com a parceira e a criança.



Proposta elaborada como produto técnico da dissertação: Silva, Michelle Leite da. A Paternidade em Rede. Subsídios para o exercício da Paternidade Ativa dos Pais/Parceiros com base na Pesquisa Nacional Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado-Etapa III no Distrito Federal, 2019. X6 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2019.

## **A Paternidade Ativa em Rede e suas Repercussões**





### Para a Família:

- Fator de proteção ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e pós parto;
- Protege contra a mortalidade materna e infantil;
- Auxilia na melhora da saúde emocional e física da mulher com usufruto da licença paternidade;
- Estabelece de vínculos afetivos saudáveis entre pai-mãe-filho;
- Melhora o desenvolvimento escolar, cognitivo e afetivo da criança ;

### Para os Homens (pais):

- Estimula o autocuidado com a saúde;
- Diminui os índices de morbimortalidade masculina;
- Incentiva o exercício de práticas de cuidados;
- Promove o envolvimento ativo no processo gravídico, com a realização do Pré-Natal do Parceiro;
- Encoraja a participação efetiva no momento do parto, com o corte do cordão umbilical e realização do método canguru quando necessário;
- Amplia o conhecimento de seus direitos legais em relação a licença paternidade;
- Proporciona uma melhor saúde mental e satisfação com a vida e o trabalho;
- Motiva uma divisão igualitária das tarefas domésticas o que promove equidade de gênero;
- Fomenta o ensinamento e aprendizado de valores de igualdade de direitos e respeito;
- Estimula práticas de cuidado de forma real como segurar a criança, dar banho, trocar fraldas, colocar para dormir;
- Promove o exercício de masculinidades saudáveis.



### Para o Setor da Educação:

- Estimula a discussão de igualdade de gênero;
- Proporciona o ensinamentos sobre a importância do exercício do cuidado, especialmente, para os meninos ,como algo inerente ao ser humano, independente do gênero;
- Ressalta a importância da participação dos meninos nas questões de saúde sexual e saúde reprodutiva;
- Encoraja homens a terem profissões voltadas ao cuidado, saúde, educação, pois isso poderá acelerar mudanças sociais através da aceitação e valorização do cuidado por todos os gêneros.

### Para a Sociedade:

- Fomenta investimentos em estudos relacionados ao exercício da paternidade ativa;
- Incentiva a criação de dispositivos de escuta de pais sobre suas dúvidas e anseios para o exercício da paternidade ativa, como a formação de grupos de apoio à homens.

## 11. Anexo – Questionário - saúde do homem e paternidade – ouvidoria (etapa III)

### QUESTIONÁRIO - SAÚDE DO HOMEM E PATERNIDADE – OUVIDORIA (ETAPA III)

Bom dia/ boa tarde/ boa noite. Meu nome é \_\_\_\_\_ e falo em nome do Ministério da Saúde. Gostaria de falar com a sra. \_\_\_\_\_ (nome do sistema).

O Ministério da Saúde está realizando uma pesquisa para avaliar a saúde do homem e o seu envolvimento na paternidade. Precisaremos falar com o pai/responsável da criança que nasceu no período de \_\_\_\_\_ (período de internação no sistema).

(A entrevista poderá ser feita com o pai biológico ou quem assume o papel de parceiro/cuidador que tenha acompanhado o período de gestação).

**Caso a mulher afirme já ter respondido a pesquisa:** Anteriormente, entramos em contato com a senhora para avaliar a satisfação das mulheres que tiveram partos pelo SUS com relação aos serviços utilizados. Agora, o Ministério da Saúde está realizando uma pesquisa para avaliar a saúde do homem e o seu envolvimento na paternidade. Precisaremos falar com o pai/responsável da criança que nasceu no período mencionado.

Ele se encontra? Poderia me informar o nome (nome e sobrenome) dele?

**Caso o pai/responsável não resida no local, anotar o telefone e ligar em seguida.**

**Se a mãe não quiser fornecer/não sabe o telefone do pai/responsável:** Finalizar a ligação com a frase de encerramento. Em seguida, interromper pesquisa com “Outros” e escrever em observação “Não quis fornecer número do pai” ou “Não sabe o número do pai”.

**Sugestão de encerramento com a mãe:** Sr<sup>a</sup>. O Ministério da Saúde agradece sua colaboração, tenha um (a) bom dia/boa tarde/boa noite.

**Ao conseguir contato com o pai/cuidador, informar:**

Bom dia/Boa tarde/Boa noite. Meu nome é \_\_\_\_\_ e falo em nome do Ministério da Saúde. Gostaria de falar com o Sr. \_\_\_\_\_ (nome do pai registrado no sistema).

**Em alguns códigos, o operador encontrará o nome e telefone do pai no sistema. Nestas situações, ligar primeiro para o telefone do pai. Se não conseguir contato, ligar para o número de telefone da mãe da criança.**

MOTIVO DO CONTATO: O Ministério da Saúde está realizando uma pesquisa para avaliar a saúde do homem e o seu envolvimento na paternidade. Contamos com a sua colaboração para responder um pequeno questionário por telefone. Faremos perguntas referentes aos cuidados com sua saúde e ao período de gestação/parto da criança nascida no período \_\_\_\_\_ (olhar o período de internação no sistema).

O senhor poderia colaborar e responder a essas perguntas?

SE HOUVER A NECESSIDADE, PARA ESCLARECIMENTO DE ALGUM QUESTIONAMENTO DO CIDADÃO:

- INFORMAR QUE O TEMPO MÉDIO DA PESQUISA É DE 8 MINUTOS.
- INFORMAR QUE FOI FEITO UM CONTATO COM A MÃE DA CRIANÇA (OLHA O NOME NO SISTEMA)

**Se o cidadão não quiser responder:**

Senhor, sua participação é de grande importância para avaliarmos a sua saúde.

**Caso o cidadão responda que bebê nasceu morto ou faleceu após o parto, falar:**

“Lamentamos a sua perda”. (Não realizar a pesquisa e sinalizar o motivo de interrupção como “Outros” e em observação “Bebê nasceu morto” ou “Bebê faleceu”).

Caso ele concorde em participar: *Para sua segurança, esta LIGAÇÃO ESTÁ SENDO gravada.*

*Nos casos que o cidadão apresentar dúvida sobre a pesquisa.*

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o senhor poderá ligar no Disque Saúde 136.

**Confirmar/Perguntar dados:**

Da mãe: Nome, UF e Município.

Do pai (entrevistado): Nome, UF e Município.

Dados da internação: Estabelecimento e Período de internação.

Após confirmar/coletar os dados, fazer as perguntas de perfil.

**Coletar perguntas de Perfil:**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Casado;

Solteiro;

Viúvo;

Divorciado;

- Separado;
- União Estável;
- Não sabe / Não respondeu.

**Raça/cor?**

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Não sabe / Não respondeu

**Escolaridade:**

**Em caso de dificuldade de entendimento, perguntar: “Até que série estudou?”**

- Não sabe ler/escrever
- Alfabetizado
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Fundamental Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Não sabe / Não respondeu

**Renda familiar:**

- Não tem renda
- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não sabe / Não respondeu

**Questionário**

**1. O Sr. costuma ir a posto de saúde, UPA, hospital público para cuidar da sua saúde?**

- ( ) Sim (bloquear a 3)
- ( ) Não (bloquear a 2)
- ( ) Não sabe / Não respondeu (bloquear a 2 e 3)

**2. Qual serviço o Sr. costuma usar?**

- ( ) UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde
- ( ) UPA
- ( ) Hospital
- ( ) Outro \_\_\_\_\_
- ( ) Não sabe / Não respondeu

### **3. Por qual motivo não vai?**

- Horário de funcionamento da UBS, Posto de Saúde e Centro de Saúde é incompatível com o horário de trabalho
- Dificuldade pra ser atendido ( demora no atendimento, falta de médicos, dificuldade marcar exames)
- Mau atendimento por parte dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares, entre outros)
- Não costuma cuidar da saúde (nunca precisou, falta de interesse, descuido, não gosta de hospital, acha que não necessita cuidar-se)
- Tem Plano de Saúde/paga particular ou usa o serviço da empresa onde trabalha
- Dificuldade de acesso (distância do estabelecimento de saúde)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não sabe / Não respondeu

### **4. O Sr. já recebeu orientação sobre camisinha, vasectomia, anticoncepcional, gravidez, parto, no serviço de saúde (planejamento familiar)?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE: Planejamento Familiar:** É o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que todo casal deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. O planejamento familiar é um direito do cidadão e um dever do estado, garantido pela constituição federal e regulamentado pela lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

- Sim
- Não
- Não sabe / Não respondeu

### **5. O Sr. participou das consultas de pré-natal com sua parceira?**

- Sim (bloquear 6)
- Não (bloquear 7, 8, 9, 10, 11 e 12)
- Não sabe / Não respondeu (bloquear a 6, 7,8, 9, 10, 11 e 12)

### **6. Por que o Sr. não participou das consultas de pré-natal com a sua parceira?**

- Precisou trabalhar /falta de tempo
- Não sabia que podia acompanhar
- Não achou necessário/ não quis/ não gosta de ir ao posto de saúde
- A parceira não quis (escolheu outra pessoa)
- Precisou cuidar dos outros filhos ou de outro familiar
- Privado de liberdade (preso)
- O casal está separado, divorciado, não está mais com a parceira
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não sabe / Não respondeu

### **7. Durante as consultas de pré-natal, a quem o (a) profissional de saúde dirigia a palavra para dar instruções e informações?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE:** Aguardar alguns segundos para o entrevistado se manifestar. Caso ele não responda, ler as opções de resposta.

- ) Aos dois, igualmente
- ) Principalmente para a mãe/gestante
- ) Principalmente para o pai/parceiro
- ) Não lembra
- ) Não sabe / Não respondeu

**8. Nestas consultas o Sr. realizou exames?**

**Se o homem perguntar que exames falar: Tipagem sanguínea e Fator RH ; Hepatite B; Sífilis; HIV; Hepatite C; Hemograma; Colesterol; Triglicerídeos; Glicose; Pressão Arterial.**

- ) Sim
- ) Não (bloquear 9)
- ) Não sabe / Não respondeu (bloquear 9)

**9. Sim. Quais? (Múltipla escolha)**

- ) Tipagem sanguínea e Fator RH
- ) Hepatite B
- ) Sífilis
- ) Hepatite C
- ) HIV
- ) Hemograma completo
- ) Colesterol e/ou Triglicerídeos
- ) Glicose (glicemia, diabetes)
- ) Fezes
- ) Urina
- ) Pressão arterial (medir pressão)
- ) Exames de imagem (raio X, tomografia, ressonância, endoscopia, ultrassonografia)
- ) Outros. Quais?\_\_\_\_\_.
- ) Não sabe/não respondeu

**10. Nestas consultas o Sr. atualizou seu cartão de vacina?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE** São vacinas destinadas ao público adulto: Hepatite B; Febre amarela; Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola); Dupla adulto (Difteria e Tétano). Essas vacinas você pode encontrar nas Unidades Básicas de Saúde.

- ) Sim
- ) Não
- ) Não sabe / Não respondeu

**11. Nestas consultas, o Sr. foi orientado ou encaminhado para consulta com o dentista?**

- ) Sim

- Não (bloquear a 12)
- Não sabe/ Não respondeu (bloquear a 12)

**12. O Sr. realizou alguma consulta com o dentista?**

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não respondeu

**13. Durante o pré-natal de sua parceira o Sr. participou de alguma palestra, roda de conversa, curso sobre cuidados com o bebê?**

- Sim
- Não (Bloquear 14)
- Não sabe / Não respondeu (Bloquear 14)

**14. Em que local o Sr. participou dessas atividades? (múltipla escolha)**

- Serviços de saúde (hospital, posto de saúde, UPA.)
- Empresa onde trabalha
- ONG
- Igreja/ Escola/Instituição de Ensino/ Clube/ Associação Comunitária
- Online (à distância/EAD)
- Outros. Qual?
- Não sabe / Não respondeu

**15. O Sr. acompanhou o nascimento do seu filho?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE:** Se o entrevistado responder “Não”, é necessário questionar se ele não acompanhou nem antes, nem durante e nem depois do parto. Se ele responder que acompanhou em algum desses momentos, alterar a sinalização para “Sim”.

- Sim (Bloquear 17 e 18)
- Não (Bloquear 16)
- Não sabe/ não respondeu (Bloquear 16, 17 e 18)

**16. Já no hospital, em quais momentos o Sr. esteve presente? (Múltipla escolha)**

- Antes do parto
- Durante o parto
- Depois do parto
- Não sabe/não respondeu

**17. Por que o Sr. não acompanhou o nascimento do seu filho?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE:** Caso o entrevistado responda que o serviço/médico não permitiu acompanhante ou não permitiu homem como

acompanhante, ou fez uma cobrança financeira, orientar que toda mulher tem direito, sem qualquer custo, a um acompanhante de livre escolha, antes, durante e após o parto independente da idade (lei 11.108/2005). Para maiores informações, ligar no Disque Saúde 136 para fazer o registro de uma denúncia.

- Não sabia que podia (Bloquear 18)
- Mãe da criança não quis ou preferiu outra pessoa (Bloquear 18)
- Serviço de saúde não permitiu acompanhante
- Não foi avisado do parto (Bloquear 18)
- Não chegou a tempo (Bloquear 18)
- Estava no trabalho/estudando (Bloquear 18)
- Estava com os outros filhos ou cuidando de outros da família (Bloquear 18)
- Não achou necessário/ não quis/não gosta de hospital (Bloquear 18)
- Estava doente/hospitalizado (Bloquear 18)
- Estava viajando (Bloquear 18)
- Separado/divorciado/não está mais com a parceira (Bloquear 18)
- Mora em outra cidade/estado/país (Bloquear 18)
- Privado de liberdade (preso) (Bloquear 18)
- Outro motivo. Qual? \_\_\_\_\_ (Bloquear 18)
- Não sabe / Não respondeu (Bloquear 18)

#### **18. Por que o serviço não permitiu acompanhante?**

- O companheiro era menor de idade
- Serviço não permite homem
- Profissional médico não permitiu
- Outro profissional (enfermeiro, guarda, recepcionista, entre outros) não permitiu
- Problemas de infraestrutura (ex. não havia espaço/acomodações para o acompanhante, falta de roupas adequadas)
- Não tinha feito o curso/palestra de paternidade
- Normas internas da instituição (regras do hospital, normas do serviço, política do hospital)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não sabe/Não respondeu

#### **19.O Sr. tirou licença paternidade?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE:** a licença paternidade foi concedida pela Constituição Federal/88, garantindo ao homem faltar 5 dias de trabalho sem implicações trabalhistas. Os funcionários de empresas cadastradas no programa empresa cidadã têm direito a 20 dias de licença paternidade pela Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016.

- Sim (bloquear 22)
- Não
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 22)

#### **20.Por que o Sr. não tirou licença paternidade?**

**ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE:** Considerar autônomo/trabalhador sem carteira assinada/não estava fichado/registrado como “Trabalhava por conta

**própria ou sem carteira assinada”. No entanto, é necessário sondar se, na época do nascimento do filho, o pai estava ou não trabalhando.**

- Estava desempregado, férias, folga, aposentado
- Não sabia que podia
- O trabalho (empregador) não permitiu
- Trabalha por conta própria ou sem carteira assinada
- Não quis ou não achou necessário
- Privado de liberdade (preso)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não sabe / Não respondeu

**21.O Sr. acha que sua presença nas consultas de pré-natal, o motivou a cuidar melhor de sua saúde?**

Observação: criar regra especial para que esta pergunta seja respondida por quem sinalizou “sim” na questão “5”.

- Sim
- Não
- Não sabe/ não informou

Encerramento: Sr. Muito obrigado por sua colaboração, o Ministério da Saúde agradece tenha bom dia/tarde/noite.