

Possibilidades e limites do Pré-natal do Homem em um município do Nordeste brasileiro

Possibilities and limits of Prenatal Care for Men in a city in Northeastern Brazil

Risia Raphaely do Rêgo Barros Melo (<https://orcid.org/0000-0002-2121-6471>)¹

Ana Suerda Leonor Gomes Leal (<https://orcid.org/0000-0001-8174-7285>)²

Gabriella Barreto Soares (<https://orcid.org/0000-0003-1382-9339>)²

Abstract *Men's Prenatal Care is a strategy to expand and promote the health of these people. We evaluated how the Family Health teams (eSF) conduct this artifice as a care strategy for the male population in Recife-PE, Brazil. This evaluative, cross-sectional, qualitative study involved nurses, doctors, dentists, nursing technicians, and community health workers. We applied a semi-structured questionnaire, followed by six focus groups with the eSF with the largest number of respondents in the first stage to deepen the development of the strategy. The thematic content analysis proposed by Bardin was performed. The evaluation matrix developed identified the main strengths and difficulties in the strategy's structure, work process, and results. We observed that, while accepted as an excellent strategy, we identified a resistance that permeates from structural to cultural issues, hindering the proposal to expand access to actions and services to promote men's health, preserving the biomedical model. Care refers to the unfolding of care already provided to pregnant women but faces limiting obstacles for its sustainability.*

Key words *National Men's Health Policy, Prenatal Care, Primary Care, Comprehensiveness*

Resumo *O Pré-natal do Homem é uma estratégia para ampliar e promover a saúde dessas pessoas. Avaliou-se como as equipes de Saúde da Família (eSF) conduzem este artifício como estratégia de cuidado à população masculina em Recife-PE. Estudo avaliativo, transversal, qualitativo, envolvendo enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Aplicou-se um questionário semiestruturado seguido da realização de seis grupos focais com as eSF com maior número de respondentes na primeira etapa para aprofundar o desenvolvimento da estratégia. Foi realizada análise temática de conteúdo proposta por Bardin. A matriz de avaliação desenvolvida permitiu identificar as principais potencialidades e dificuldades encontradas na estrutura, processo de trabalho e resultados da estratégia. Observou-se que embora aceito como excelente estratégia, encontra-se resistência que perpassa desde questões estruturais às culturais, dificultando a proposta de ampliar o acesso às ações e aos serviços para promoção da saúde masculina, permanecendo o modelo biomédico. O cuidado se refere ao desdobramento da assistência já prestada às gestantes, mas encontra percalços limitantes para sua sustentabilidade.*

Palavras-chave *Política Nacional de Saúde do Homem, Pré-Natal, Atenção Básica, Integralidade*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Federal da Paraíba (UFPB). R. Pajussara 110, Condomínio Vila Jardim, Edifício Araras, apto. 1001, Tejipió. 50920-120 Recife PE Brasil. risiabarros.rm@gmail.com

² Centro de Ciências da Saúde, RENASF, UFPB. João Pessoa PB Brasil.

Introdução

Apesar dos altos índices de morbimortalidade e alta incidência de enfermidades crônicas, os homens pouco usam os serviços de saúde, resultando no aumento da vulnerabilidade ao adoecimento e complicações. Esse fato tem sido objeto de discussão em estudos, principalmente no âmbito da Atenção Básica (AB)¹⁻⁴.

Considerando a integralidade das ações, o Pré-Natal do Parceiro (PNP) foi apresentado como estratégia para ampliação da promoção do cuidado à saúde dos homens em 2015⁵. Este cuidado foi implementado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cabendo aos municípios coordenar, implementar, acompanhar e avaliar a política do seu território, priorizando a AB como porta de entrada⁶.

O homem estar inserido na rotina de pré-natal oferece possibilidade para promoção e cuidado da sua saúde, além de fortalecer vínculos por meio da inserção no trinômio mãe-pai-filho⁷. Porém, mesmo quando estimulada pelos trabalhadores da saúde, é comum a participação do homem no PNP limitada ao amparo econômico e afetivo da gestante, com comparecimento às Unidades de Saúde da Família (USF) geralmente relacionado à prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)⁸.

Um dos principais motivos para o distanciamento do envolvimento do homem no pré-natal é o horário de funcionamento das USF comum às atividades laborais. O PNP geralmente transcorre de maneira pontual e associado a outros programas do Ministério da Saúde, como consequência da cultura masculina patriarcal e hegemônica, envolvendo assim questões econômicas, culturais e familiares^{8,9}.

Dados referentes a quantidade de consultas realizadas no SUS de PNP e da gestante no Brasil, revelou que o número de consultas de PNP (44.233) ainda é muito baixo quando comparado ao pré-natal feminino (29.158.779), demonstrando necessidade de maior reflexão e investimento para ampliar adesão à estratégia¹⁰.

Observa-se que ainda há limites para adesão masculina aos aspectos que envolvem promoção da saúde na AB, e sua efetividade parece depender de um conjunto de fatores que envolvem questões de gênero, capacitação de profissionais, readequação do espaço físico e principalmente, do processo de trabalho^{11,12}.

No município de Recife, o PNP nominado como Pré-natal do Homem (PNH) foi instituído em 2015, com objetivo de ser uma das principais portas de entrada para os homens nos serviços

de saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹³. Após sete anos, não se encontrou avaliação publicizada com reflexão crítica quanto à sua relevância no cuidado aos homens no município.

Nesse cenário, fortalecer a estratégia permite construir a trilha do cuidado integral para promoção e atenção à saúde masculina no SUS. Assim, o estudo buscou avaliar como as equipes de Saúde da Família (eSF) conduzem o PNH, como estratégia de cuidado à população masculina no município de Recife, visando contribuir para a melhoria da prática profissional.

Métodos

Estudo avaliativo, transversal, qualitativo, descritivo e exploratório. Foi realizado no município de Recife, capital de Pernambuco, Brasil, quarta concentração urbana do país, com população estimada de 1.633.697 habitantes¹⁴. Está dividido em 94 bairros, aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas e em 8 Distritos Sanitários (DS). A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos, sendo no primeiro, convidados todos os trabalhadores da ESF dos 7 DS que aceitaram sua realização.

No primeiro momento, de novembro/2021 a março/2022, a coleta de dados foi realizada com aplicação de questionário semiestruturado, divulgado em grupos de WhatsApp de trabalho e e-mails via *Google Forms*, incluindo uma amostra aleatória simples de trabalhadores das equipes que aceitaram participar da pesquisa, considerando ter no mínimo 1 ano de trabalho na atual equipe. Participaram da coleta 14 médicos, 50 enfermeiros, 13 cirurgiões-dentistas, 5 técnicos de enfermagem e 20 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Aplicou-se o instrumento para coleta das informações que incluiu questões relacionadas aos dados sociodemográficos e de trabalho, práticas do pré-natal feminino e do parceiro realizadas na USF do trabalhador.

Partindo das respostas obtidas no questionário, as eSF que tinham maior número de respondentes na 1ª etapa foram convidadas para participar de Grupos Focais (GF), a fim de aprofundar questões ligadas às potencialidades e dificuldades no PNH. Optou-se pela técnica de GF por ter a intenção de obter informações de natureza descritiva, vindas da interação entre seus participantes, em debate sobre assunto comum a todos¹⁵.

Realizou-se 6 GF, de março a abril/2022, com representatividade de 5 DS do município. A discussão se deu de forma presencial na USF das

eSF, com data e hora pré-agendadas. Cada GF envolveu cerca de 10 trabalhadores, incluindo médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e ACS.

O roteiro do GF norteou-se por questões envolvendo conhecimento e prática da estratégia; integralidade das ações recomendadas entre a Rede Cegonha e o PNP; acesso ampliado aos serviços de saúde por meio da paternidade, levando em consideração a pandemia da COVID-19; e possibilidades e limites encontrados.

Após apresentações, esclarecimentos sobre o objetivo e a condução do GF, iniciaram-se as discussões guiadas pelo roteiro previamente elaborado, seguido pela pesquisadora, com tempo médio de 40 minutos a 1 hora, até atingir a saturação. No término de cada encontro, apresentou-se síntese da discussão com validação coletiva das falas, onde os participantes tinham a oportunidade de ajustar alguma ideia apresentada. Notas de campo também foram elaboradas após a realização dos GF, que contribuíram na análise dos dados.

A cada sessão, moderadora e observadora se reuniam para avaliar a operacionalização dos GF, compartilhar percepções e identificar possíveis necessidades de ajustes para qualificar a condução dos encontros seguintes. O material coletado foi registrado em áudio e todo conteúdo foi transcrito utilizando nomes fictícios que remetem apenas à categoria profissional.

No estudo, também foram utilizados dados do Plano Municipal de Saúde 2018-2022¹⁶, a fim de obter informações referentes à cobertura populacional do município pela ESF.

Os dados qualitativos foram obtidos por meio das transcrições dos GF, de onde foi realizada análise temática de conteúdo proposta por Bardin¹⁷, por meio da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Adotou-se como abordagem teórica o modelo para Avaliação de Políticas de Saúde proposto por Donabedian¹⁸ de estrutura-processo-resultado, com objetivo de perceber os fatores pertinentes à qualidade da atenção ofertada a partir do PNH, como descrito no Quadro 1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer de nº 5.012.792/2021, e seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do CNS/MS que rege os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos¹⁹.

Resultados

Dos 102 participantes da pesquisa, a maioria são mulheres (87,2%), com média de 46 anos e variando entre 30 à 60 anos, casadas ou numa união estável (77,5%), branca ou parda (84,3%), com pós-graduação completa (76,5%), principalmente em nível de especialização (65,7%), demonstrando ser satisfatoriamente qualificadas.

A maioria dos respondentes atuam no DS V, sendo 97,1% estatutárias, com média de 13 anos de atuação na ESF em Recife, onde 33,3% trabalham entre 11 e 15 anos na atual USE, garantindo assim oportunidade de vínculo entre a equipe e a comunidade.

Quando questionados sobre a prática da estratégia PNH, aproximadamente 60% afirmam ser atuantes. A seguir, serão apresentados os resultados de acordo com as dimensões propostas.

Dimensão Estrutura

Na dimensão estrutura do Quadro 2, em relação aos *recursos humanos*, observa-se uma convergência da fala apresentada com o dado de que 60,8% dos participantes do estudo não tem equipe completa, sendo a maior parte da carência referente ao profissional ACS (47,1%). Em 2017, a cobertura populacional estimada pela AB no município foi de 73%, sendo 58% por eSF e 14,5% por equipes de ACS¹⁴. Isso é apontado pelos trabalhadores como uma dificuldade para inserção do homem no pré-natal.

Para os 61 participantes do estudo que afirmaram ser atuantes na estratégia PNH, grande parte da utilização dos *recursos materiais* se dá na disponibilidade de imunobiológicos (47,5%) e realização de exames de rotina (59%). A maioria (88,5%) refere dificuldade na disponibilização de material educativo para os profissionais e para comunidade, dificultando a divulgação e formação para o cuidado.

Dimensão Processo

Na dimensão processo, quanto a *gestão, planejamento e desenvolvimento* da inserção do homem na rotina do pré-natal, percebe-se nas falas apontadas no Quadro 2, a variação entre os profissionais que sempre solicitam a presença dos homens no acompanhamento do pré-natal e os que afirmam não lembrar com frequência do convite, apontando para uma estratégia que ainda não está incluída no fluxo do cuidado pré-natal das USE. É comum a busca dos parceiros ape-

Chart 1. Men Prenatal Care practice analysis matrix, ESF - Recife-PE, 2022.

Donabedian Triad	Analysis categories	Thematic axes
Structure	Human resources	• ESF population coverage
	Material resources	• Availability of medicines • Availability of immunobiologicals • Availability to take tests • Availability for procedure registration in the e-SUS AB • Availability for educational activities
Process	Management, Planning, and Development	• Including men in the Prenatal Care routine • Municipal management support • Using clinical and technical protocols • Developing practices during the COVID-19 pandemic
Outcome	Access	• Accessibility • Availability of men Prenatal Care strategy
	Therapeutic relationship	• Relationship, longitudinality, and comprehensive care
	Resoluteness	• Adherence to health activities

Source: Authors (2022).

nas em caso de alteração em exames que revelam presença de IST nas gestantes, em ações pontuais, ou por iniciativa da comunidade, sugerindo ser importante o perfil do trabalhador e o estímulo envolvido no processo.

É comum a fala do primeiro contato associada a presença do homem no pré-natal feminino e a partir de então são realizados os agendamentos para consultas ou procedimentos necessários. É frequente também o relato da ida masculina não ser contínua em todo pré-natal, limitando sua presença apenas para realização de procedimentos, havendo inclusive relato de companheiros que não retornam para sua realização, e dos que enviam resultados de exames pelas gestantes para serem avaliados pelo profissional médico, perpetuando a ideia do cuidado centrado no profissional.

Os trabalhadores afirmam que a sociedade recebe com estranheza um cuidado pré-natal voltado para quem não tem função biológica de gestar, explicitando a carência de informações sobre a estratégia. Apenas um profissional referiu realizar discussão de sala de situação com a comunidade, trazendo dados referentes à saúde do homem:

Eu acho que a pessoa que pensou, que planejou essa estratégia, foi muito infeliz na escolha desse nome! Isso é um dificultador enorme!... Como é que faz isso? Vivemos numa sociedade machista! É estranho pra nós, imagina na comunidade? (Cirurgião-dentista E).

Dentre os participantes do estudo, a adesão e comprometimento de toda eSF são relevantes para o desenvolvimento das ações. Em relação

ao apoio da gestão municipal, trouxeram a importância da responsabilidade partilhada entre trabalhadores e gestão no quesito de maior divulgação e formação para o cuidado. A fala apresentada no Quadro 2, sugere um certo distanciamento da gestão no sentido de fortalecer a estratégia ao longo do tempo.

Em relação à utilização de protocolos clínicos e técnicos, um pouco mais da metade dos participantes afirmou conhecer o Guia de PNP para profissionais da saúde, embora 64% referir nunca ter participado de alguma formação relacionada à PNAISH. Já 69% dos participantes não conhecem o Guia para ACS. As falas nos GF reiteram as afirmações de profissionais que não receberam qualquer tipo de formação para atuar na estratégia PNH. Os que referiram ter participado de alguma formação, pensam ter sido realizada no período de implantação da estratégia no município.

Ao responder sobre as práticas recomendadas no Guia de PNP, instrutivo que apresenta um protocolo técnico para profissionais da saúde, percebe-se que suas instruções têm sido observadas, como mostra a Tabela 1, mesmo que 50% dos respondentes tenham referido não o conhecer.

Quando questionados sobre alguma prática relacionada ao PNH ter sido modificada devido à pandemia da COVID-19, pouco mais da metade dos trabalhadores responderam que não (53%), como destaca a fala no Quadro 2, incluindo nesse percentual os que já não eram atuantes na estratégia. Dentre os que afirmaram ter havido modificações, a restrição aos acompanhantes nas USF foi a principal alteração e a que mais teve

Chart 2. Structure, Work Process, and Impact of the Men's Prenatal Care Strategy, ESF - Recife-PE, 2022.

Structure Dimension		
Thematic axes	Registration Units	Unidades de Registro
Human resources	ESF population coverage	"The difficulty that we often find here is human resources, right? Sometimes we don't have a doctor, a professional who left for health reasons and doesn't have a replacement, right?" (Dentist A)
Material resources	Availability of medicines and immunobiologicals, availability to take tests, procedure registration in the e-SUS AB, and educational activities	"The Men's Health coordination sent [Partner's Prenatal Guide for Health Professionals and Men's Health Guide for ACS]...at the moment it didn't have much!" (Nurse B)
Process Dimension		
Gestão, Planejamento e Desenvolvimento	Including men in the Prenatal Care routine	"...in prenatal care with the woman in my area, I always advise to have the husband come to the appointment if he can." (ACS A1) "...I myself completely forget about the PNH! I end up focusing more on the woman! I even forget to pass this information on to her." (ACS C1) "And the times they show up, it's because the pregnant woman has syphilis, so she needs to come for treatment too. When she shows up, right? In this case, it is because she has some disease, so you need to treat both the pregnant woman and the partner." (Doctor F)
	Municipal management support	"Men's Health needs to be strengthened! I think this is paramount! It is the most important thing, [...] besides publicizing more, guiding professionals, being a strengthened strategy. Because many times we don't even remember her." (Nurse E)
	Using clinical and technical protocols	"The first thing is to get to know this PNH booklet, because it was really never presented to me! The first time I am hearing about this booklet is through you!" (Doctor B)
	Developing practices during the COVID-19 pandemic	"Even though they were at home [referring to COVID-19], if they were, I don't know either... but the same prenatal care continued, and just women come most of the time. Men adhere very little to it!" (Nurse D) "...With COVID, all these things took a back seat." (Nurse B)
Dimensão Resultado		
Acesso	Acessibilidade	"...é bem raro o marido acompanhar, até porque também às vezes é o trabalho...horário do trabalho! Isso também dificulta aderir ao PNH" (ACS C3). "Chegar na unidade de saúde sem estar doente, é perda de tempo pra ele! É cultural!" (Enfermeiro F).
	Disponibilidade da estratégia Pré-natal do Homem	"Eu acho que é uma coisa que precisava ser vista assim... em uma amplitude nacional! Eu acho que ganha mais visibilidade e eles vão realmente procurar aquilo. E as empresas vão facilitar!" (Cirurgião-dentista D).
Relação terapêutica	Vínculo, longitudinalidade e integralidade do cuidado	"...Tem a experiência de ter o vínculo com a equipe né? De vim pra puericultura com a criança quando a mãe tá trabalhando e ele tava na folga e veio. Então tem esse vínculo com a equipe. Foi essa experiência mais positiva que eu tive...ele continuar com o vínculo pela parte do PNP!" (Enfermeiro F).
Resolutividade	Adesão às atividades em saúde	"E se você chamar pra vim pra o PNH... aí danou-se mesmo... e eu tô grávido é? [risos]" (Enfermeiro E). "...Mas é interessante, e eles gostam quando vem. Tanto que não vem uma vez só né! Eles vêm sempre com elas! Aqueles que vem, se interessam, partilham, e as mulheres dizem que eles estão bem em casa e que apoiam, entendeu? É bem legal!" (Enfermeiro D).

Fonte: Autoras (2022).

Tabela 1. Distribuição das práticas recomendadas no guia do PNP realizadas nas USF em que trabalham os profissionais respondentes da ESF - Recife-PE, 2022.

Práticas recomendadas no guia do PNP	Total (N=102)		
	Variáveis	n	%
Solicitação da presença do companheiro na USF	Sim	82	80,4
	Não	20	19,6
Oferta e realização de testes rápidos	Sim	81	79,4
	Não	21	20,6
Oferta e realização de exames de rotina	Sim	92	90,2
	Não	10	9,8
Atualização do cartão de vacinas	Sim	96	94,1
	Não	06	5,9
Incentivo a participação do parceiro nas atividades educativas, nas consultas e exames	Sim	90	88,2
	Não	12	11,8
Orientação e incentivo a participação do parceiro no momento do parto	Sim	93	91,1
	Não	09	8,9
Informação e incentivo do direito à licença-paternidade	Sim	93	91,1
	Não	09	8,9

Fonte: Autoras (2022).

influência no seguimento do programa (19,4%), seguida igualmente pela redução no quantitativo de consultas e realização de exames, e atividades em grupo (6,12%), partilhando com a opinião de alguns trabalhadores nos GF de que a estratégia foi preferida na ocasião.

Dimensão Resultado

Na dimensão resultado, em relação ao *acesso* dos homens nas USF para serem cuidados, um número considerável (69%) dos respondentes afirmou que os homens participam de algumas atividades referentes ao pré-natal de suas parceiras, mas com pouca frequência (72,5%). A maioria refere dificuldade relacionada às atividades laborais (52,6%) e 31% às questões culturais, dificultando a acessibilidade pela não compreensão da sociedade sobre o papel do homem gestar, como observado nas falas do GF no Quadro 2.

Quanto às questões trabalhistas, foram pontuadas também nos GF, possibilidades para facilitar o acesso masculino às atividades das USF, como descrito:

Um tempo atrás, tinha uma história de um atendimento à noite para o homem. E isso melhorou muito a vinda deles. Aproximou mais eles da equipe. Quando tinha o atendimento noturno, a demanda era grande e eles ficavam felizes! (Médico D).

Em relação a disponibilidade da estratégia, as equipes referem acolher bem os homens que

comparecem às USF em companhia de suas parceiras. Porém, foi observado que algumas vezes eles não são percebidos por todos os profissionais e até mesmo pela sociedade, sendo enfatizada a importância de aumentar a visibilidade da política.

Para maioria dos trabalhadores que participaram do estudo, a estratégia instituída no município em 2015 precisa ser mais divulgada entre os profissionais e a sociedade para que tenha a disponibilidade e o alcance necessário. Algumas sugestões são apontadas para melhorar a implementação e fortalecimento do PNP, incluindo a necessidade de ser campanha do governo federal, sendo construído um programa mais atuante, com envolvimento da gestão e trabalhadores na realização de ações de inclusão do homem nesse cuidado.

Na categoria *relação terapêutica*, observa-se nas falas, que a partir do pré-natal feminino alguns homens têm se aproximado das USF, estabelecendo vínculo com a eSF, proporcionando continuidade do cuidado e colaborando com a melhoria da qualidade nas relações familiares.

Em relação a *resolutividade* da estratégia PNH, é observada dificuldade na adesão desse público no cuidado da sua saúde, seja pelo estranhamento do nome Pré-natal e dissociação da relevância do envolvimento do homem na gestão, muitas vezes resultante do machismo com forte influência na sociedade, ou até mesmo pelas dificuldades dos profissionais.

Alguns relatos apontaram que a eSF acaba focando mais na gestante, deixando de lado esse envolvimento do parceiro. Isso mostra a dificuldade de efetivar a política, sendo destacado no Quadro 2 que quando os homens são envolvidos, os resultados são muito bons, além de apoiar a chegada da criança na família, também são cuidados e incluídos nas atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento.

Quando questionados quanto ao que facilitaria o desenvolvimento das práticas do PNH, cerca de 22% dos participantes da pesquisa afirmam que a maior influência para a adesão masculina está relacionada à compreensão do cuidado por parte dos parceiros e da sociedade. Há também uma tensão entre saber orientar a comunidade sobre um cuidado desconhecido, que depende além da vontade masculina, de variáveis relacionadas ao sustento financeiro da família e às questões culturais.

A Matriz de Avaliação desenvolvida pelo estudo, permitiu identificar as principais potencialidades e dificuldades citadas pelos trabalhadores sobre a estratégia (Quadro 3).

Discussão

Achados do estudo mostram que o PNH em Recife, embora aceito como excelente estratégia pelos trabalhadores, encontra resistência que perpassa questões estruturais e culturais, dificultando a proposta de oportunizar facilitação ao acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde masculina. Em outros locais do Brasil, também é uma estratégia pouco consolidada, onde os profissionais possuem algum conhecimento sobre o PNP, reconhecem seus benefícios, entretanto encontram dificuldades para efetivá-lo²⁰.

As dificuldades mais apontadas para condução da estratégia pelas eSF foram: falta de material informativo (instrutivo e para divulgação); processo de trabalho descontínuo, ferindo a sustentabilidade do cuidado; e falta de ações intra e intersetoriais capazes de ampliar na sociedade a

relevância do cuidado proposto. Isso faz com que o PNH não permita uma maior relação entre a PNAISH com a da Mulher, onde as ações de pré-natal não dialogam naturalmente com ações para promoção da saúde masculina, desvirtuando a noção de integralidade²¹.

Outro dificultador observado para ampliação das ações relacionadas ao cuidado, é a cobertura insuficiente da ESF no município. A adequação do número de eSF completas por habitante remete um componente estrutural indispensável e está fortemente atrelada ao melhor desempenho da clínica ampliada e à corresponsabilização dos trabalhadores pelos usuários²².

Quanto aos recursos materiais, seja educativo ou assistencial, disponibilizá-los é de responsabilidade da gestão municipal. Isso foi uma dificuldade pontuada, que implica na não consolidação da estratégia, pois a fragilidade da infraestrutura e insumos, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações na AB, levam a insatisfação dos profissionais e limitam as potencialidades de ampliar as ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde²³.

Problemas observados na dimensão estrutural da estratégia do PNP estão relacionadas às recentes mudanças nas políticas federais para a AB, envolvendo desmonte das equipes da AB e NASE, com prioridades voltadas para demanda espontânea, cobertura e financiamento atrelados ao cadastramento, enfoque no cuidado individual e conseqüente enfraquecimento do olhar territorial comunitário²⁴. Essas políticas de contrarreforma²⁵ na AB, impactam diretamente na avaliação do PNH, visto que o cuidado com foco da universalidade, na perspectiva comunitária e da atenção territorializada passa a não ser mais prioridade das eSF, e o que se observa é o fortalecimento da clínica biomédica, pautada em indicadores do financiamento (que não incluem Saúde do Homem), distante da promoção da saúde.

As falhas encontradas na estrutura comprometem o processo de trabalho quando não existem trabalhadores suficientes e qualificados para

Quadro 3. Principais potencialidades e dificuldades da estratégia PNH, ESF - Recife-PE, 2022.

Dimensão	Potencialidades	Dificuldades
Estrutura	Utilização de materiais e insumos comuns a outros programas de saúde	Cobertura da ESF insuficiente, escassez de material instrutivo
Processo	Utilização das recomendações do Guia de PNP, adesão da equipe	Desconhecimento da estratégia, ausência de sustentabilidade
Resultado	Criação de vínculos, integralidade do cuidado	Falta de ações intra e intersetoriais

Fonte: Autoras (2022).

seu bom desenvolvimento. Sendo assim, o estudo mostra que a maioria dos homens são inseridos no programa quando há presença ou iminência de IST, reproduzindo o olhar pautado na doença, com uma perspectiva curativista, focada na saúde da mãe e da criança²⁶.

O machismo estrutural foi um aspecto muito abordado nos GF como limitante para inserção masculina no pré-natal. Levanta-se aqui a questão de que o pensamento do casal gestar, pode não estar intrínseco no entendimento dos profissionais, refletindo essa construção para comunidade²⁷. Revela-se assim, a necessidade de educação permanente atuante, com a finalidade de qualificar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, voltada para o cuidado integral dos homens²⁸.

Para tanto, é preciso que os trabalhadores conheçam profundamente a estratégia e assim incorporem a proposta em seu rol de ações. Cabe aqui elencar a necessidade de ampliar o olhar para as necessidades masculinas desde a formação profissional²⁷. É importante que toda equipe seja estimulada, conhecedora e praticante do protocolo técnico estabelecido no Guia de PNP, e esteja engajada no processo, para que a presença dos homens não se reduza a ser apenas ouvinte da assistência prestada à mulher²⁹.

A melhor fluidez do desenvolvimento da estratégia associada ao comprometimento de toda equipe na construção do cuidado integral está diretamente relacionada ao clima de equipe e satisfação no trabalho³⁰. Haverá maior contentamento no trabalho, com o ambiente físico e com as relações hierárquicas, quanto melhor for o clima referente aos objetivos da equipe e orientação para as tarefas. Daí a importância de uma gestão mobilizadora, que acompanhe e divulgue indicadores de monitoramento como instrumento técnico útil, factível e de fácil entendimento, possibilitando compreensão dos marcadores ideológicos da política e assim, avaliação do seu avanço ou retrocesso³¹.

Se tratando do enfrentamento à pandemia da COVID-19, a AB se organizou norteadada por 4 eixos: vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da AB. Os trabalhadores precisaram se reinventar e lançar mão de artifícios tecnológicos para assistência de modo remoto, visando reduzir a circulação das pessoas nas USF³². Mesmo no contexto da pandemia, o pré-natal feminino foi mantido de modo presencial no município, porém foi recomendado a restrição ao acompa-

nhante nas USF³³, o que dificultaria ainda mais a adesão masculina às ações do PNH.

Considerando a intenção do PNP ser uma estratégia para ampliação da promoção do cuidado à saúde dos homens⁵, as características da prática observada neste estudo revelam alcance limitado diante do esperado pelo cuidado. A dimensão resultado apresenta uma estratégia com pouca resolutividade, principalmente pela dificuldade de acesso por questões trabalhistas, sendo o horário de funcionamento das USF comum às atividades laborais masculinas. O medo de se ausentar do trabalho pela vulnerabilidade da perda do emprego e instabilidade financeira é um achado comum em outros países^{34,35}.

Com a intenção de ampliar o acesso, desde 2013, Recife vem implementando um modelo nominado como “Upinha 24 horas” que associa as atividades da AB a um horário estendido para consultas e situações de urgências (turno noturno) em algumas USF, podendo ser utilizado como artifício para o cuidado. No entanto, não foi relatado aumento da demanda dos parceiros por este motivo na USF com essa característica. No turno diurno, as horas que excedem das USF tradicionais não são suficientes para acolher as pessoas que trabalham em turno convencional devido aos problemas de mobilidade da cidade, e a longitudinalidade do cuidado fica comprometida por ter nos plantões noturnos e fins de semana uma escala com plantonistas que não são necessariamente da sua eSF³⁶.

As questões culturais, onde o homem forte e provedor só se permite buscar o serviço de saúde por motivo de doença, são apontadas como barreiras no acesso aos serviços. Esse modelo de masculinidade contribui para o não interesse no autocuidado e no cuidado para com o outro³⁷. A frase com entonação própria: “Oxe, e eu tô grávida é?” representa bem esse contexto de desmotivação pelo cuidar, além de demonstrar total desconhecimento da estratégia. Esse envolvimento do homem com o período pré-natal é um estímulo à mudança dessa perspectiva³⁸, sendo que no Brasil ainda é encontrado barreiras culturais e institucionais que impedem os homens de efetivar seu direito, ao passo que em países mais desenvolvidos, a maioria dos parceiros tem essa ciência e estão presentes no pré-natal³⁹.

Sendo assim, é extremamente necessário um trabalho conjunto entre gestão municipal/nacional, trabalhadores da saúde e sociedade organizada no sentido de romper paradigmas que dificultam a adesão masculina às ações e serviços voltados para promoção e atenção à sua saúde,

tornando a estratégia mais disponível para a sociedade. Como exemplo, tem-se a própria legislação que permite ausência de apenas 2 dias no trabalho sem prejuízo do salário, para acompanhar consultas médicas e exames no período de gravidez da companheira⁴⁰.

Observa-se neste estudo, situações na ESF que corroboram com Moreira *et al.*⁴¹, tais como a habilidade do vínculo ser um elemento promotor ou de cuidado à saúde, e trazer a saúde sexual e reprodutiva e a promoção da paternidade responsável como linhas para ações de saúde, ainda que limitada a um *check up* ou a alguma intervenção para quebra da transmissão de ISTs. É importante que, por meio da transversalidade das políticas e integralidade das ações, haja fortalecimento de práticas efetivas para promoção da saúde e não mero cumprimento de agenda da política, sem consolidação.

Pontua-se como limitações do estudo: dificuldade para avaliar estrutura e alguns processos pelo método proposto devido a necessidade de coleta de mais dados; a não permissão para entrevistar os trabalhadores em um dos oito DS do município; parte da coleta restrita ao modo remoto devido a situação de pandemia da COVID-19; e o estudo ter sido realizado apenas com trabalha-

dores da equipe mínima da ESF, considerando ser importante representatividade da gestão municipal e dos usuários dos serviços.

Apesar das limitações apontadas, foi possível reconhecer que mesmo a estratégia Pré-Natal do Homem sendo o desdobramento da assistência já prestada às gestantes, encontra percalços limitantes para sua sustentabilidade, principalmente por grande dificuldade em ações intra e intersetoriais que levam à equidade e autonomia. No cotidiano das equipes, segundo os participantes do estudo, identifica-se que para ter uma estratégia mais resolutive é necessário intensificar ações voltadas para educação em saúde, permanente, revisão de rotinas e fluxos com vistas à integralidade do cuidado. Para isso, é importante que as políticas de desmonte da AB sejam revistas, que seja fortalecido seu caráter voltado para promoção e prevenção da saúde construído sob responsabilização entre a comunidade e uma equipe multiprofissional capaz de efetivar a clínica ampliada.

As contribuições deste trabalho incluem proporcionar maior visibilidade para uma estratégia potente que oportuniza cuidado e promoção da saúde para parte da população masculina que não chega na USF por estar adoecida, e apontar possíveis caminhos para aprimoramento da estratégia.

Colaboradores

RRRB Melo, ASLG Leal e GB Soares trabalharam na concepção e delineamento metodológico do estudo, RRRB Melo trabalhou na coleta dos dados. RRRB Melo e GB Soares trabalharam na redação e revisão crítica do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecemos à Secretaria de Saúde de Recife por permitir a realização do estudo em seu território, à Coordenação de Saúde do Homem pelo intenso apoio no desenvolvimento de todo o estudo e aos participantes da pesquisa pela colaboração na coleta dos dados.

References

- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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 Saude Publica* 2007; 23(3):565-574.
- Solano LDC, Bezerra MAC, Medeiros RS, Carlos EF, Carvalho FPB, Miranda FAN. O acesso do homem ao serviço de saúde na Atenção Primária. *RPCFO* 2017; 9(2):302-308.
- Barbosa YO, Menezes LPL, Santos AD, Cunha JO, Santos JM, Menezes AF, Araújo DC, Albuquerque TIP. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE online* 2018; 12(11):2897-2905.
- Martins ERC, Medeiros AS, Oliveira KL, Fassarella LG, Moraes PC, Spíndola T. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. *Esc Anna Nery* 2020; 24(1):e20190203.
- Herrmann A, Silva ML, Chakora ES, Lima DC. *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: MS; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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*; 2009.
- Lopes GS, Sousa TV, Freitas DA, Carvalho Filha FSS, Sá ES, Vasconcelos AC, Passos W, Moraes Filho M. Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa. *REVISA* 2021; 10(1):22-38.
- Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. A inclusão paterna durante o pré-natal. *Rev Enferm Aten Saude* 2017; 6(1):52-66.
- Guedes RKO, Dantas MCS, Cruz EMMS, Santos TM, Ribeiro LCS, Ferreira JA. Pré-natal masculino na estratégia saúde da família: realidade ou utopia. *Pesq Soc Desenvol* 2021; 10(7):e6010716235.
- Ferraz JSP, Santos MES, Gaspar MCS, Guide TV, Ribeiro AE. Panorama epidemiológico do pré-natal do parceiro e pré-natal da gestante no Brasil. *Rev Ibero-Am Hum Cien Educ* 2022; 8(4):948-957.
- Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):429-438.
- Moreira RLSE, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2014; 18(4):615-621.
- Recife. Secretaria de Saúde do Recife. *Seminário Municipal de Saúde do Homem - Pré-natal do Parceiro* [Internet]. 2015 [acessado 2021 jan 13]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/23/11/2015/seminario-estimula-participacao-do-homem-nas-consultas-de-pre-natal-das>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades: Pernambuco, Recife*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Oliveira GS, Cunha AMO, Cordeiro EM, Saad NS. Grupo Focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? *Cad Fucamp* 2020; 19(41):1-13.

16. Recife. Secretaria de Saúde do Recife. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2018.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
19. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012; 12 dez.
20. Lima NG, Oliveira FS, Silva AS, Ferreira RT, Ribeiro ADN, Silvestre GCSB, Rocha RPS. Pré-natal Do Parceiro: Concepções, Práticas E Dificuldades Enfrentadas Por Enfermeiros. *Res Soc Develop* 2021; 10(6):e43110615872
21. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica. *Physis* 2017; 27(1):41-60.
22. Lima CA, Moreira KS, Barbosa BCS, Souza Junior RL, Pinto MQC, Costa SM. Atenção integral à comunidade: autoavaliação das equipes de saúde da família. *Avan Enferm* 2019; 37(3):303-312.
23. Soares Neto JJ, Machado MH, Alves CB. The Mais Médicos (More Doctors) Program, the infrastructure of primary health units and the municipal human development index. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2709-2718.
24. Giovanella L, Franco CMA, Fidelis P. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.
25. Behring E. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez; 2003.
26. Costa SF, Taquette SR. Atenção à gestante adolescente na rede SUS - o acolhimento do parceiro no pré-natal. *Rev Enferm UFPE Online* 2017; 11(Supl. 5):2067-2074.
27. Medeiros RMS, Coutinho SPM, Maia AMCS, Sousa AR, Oliveira MT, Rosário CR, Passos NCR. Pré-natal masculino: desafios na prática de enfermagem na atenção básica à saúde. *REVISA* 2019; 8(4):394-405.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União* 2004; 13 fev.
29. Bueno AC, Gomes ENF, Souza AS, Silva JSLG, Silva GSV, Silva TASM. Ausência do homem no Pré-Natal da Parceira e no Pré-Natal do pai. *Rev Pro UniverSUS* 2021; 12(2):39-46.
30. Peduzzi M, Agreli HLF, Espinoza P, Koyama MAH, Meireles E, Baptista PCP, West M. Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2021; 55:117.
31. Jannuzzi PM. *Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas*. Campinas: Alínea; 2016.
32. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00149720.
33. Recife. Secretaria de Saúde do Recife. *Protocolo de retomada das atividades e serviços na Atenção Primária à Saúde do Recife*. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2020.
34. Firouzan V, Noroozi M, Farajzadegan Z, Mirghafourvand M. Barriers to men's participation in perinatal care: a qualitative study in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1):19.
35. Adejoh SO, Olorunlana A, Olaosebikan O. Maternal health: A qualitative study of male partners' participation in Lagos, Nigeria. *Int J Behav Med* 2018; 25(1):112-122.
36. Pessoa BHS, Gouveia EAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017; 12(39):1-9.
37. Medrado B, Lyra J, Nascimento M, Beiras A, Corrêa ACP, Alvarenga EC, Lima MLC. Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Cien Saude Colet* 2021; 26(1):179-183.
38. Martins AC, Barros GM, Mororó GM. Paternidade na gestação e parturição: uma revisão integrativa. *REFA-CS* 2018; 6(3):485-493.
39. Batista WCA, Castro RC, Regazzi ICR, Motta CO, Lopes EB, Padilha GKM, Maia YCS. Dificuldades Presentes na Adesão do Pré-natal do Parceiro Mundialmente: Uma Revisão Integrativa. *Res Soc Develop* 2021;10(10):e70101018493.
40. Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial da União* 2016; 8 mar.
41. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad Saude Publica* 2016; 32(4):e00060015.

Artigo apresentado em 30/10/2022

Aprovado em 17/04/2023

Versão final apresentada em 03/05//2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

