

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Márcia Valéria de Souza Almeida

A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO CUIDADO PRÉ-NATAL DE ENFERMAGEM: um
olhar a luz da teoria de Madeleine Leininger

RIO DE JANEIRO

2016

Márcia Valéria de Souza Almeida

A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO CUIDADO PRÉ-NATAL DE ENFERMAGEM: um
olhar a luz da teoria de Madeleine Leininger

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher (NUPESM), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Rio de Janeiro

2016

CIP - Catalogação na Publicação

S316p Souza Almeida, Márcia Valéria
A participação do pai no cuidado pré-natal de enfermagem: um olhar à luz da teoria de Madeleine Leininger / Márcia Valéria Souza Almeida. -- Rio de Janeiro, 2016.
138 f.

Orientador: Maria Aparecida Vasconcelos Moura.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Cuidado pré-natal. 3. Cultura. 4. Pai. I. Vasconcelos Moura, Maria Aparecida, orient. II. Título.

Márcia Valéria de Souza Almeida

A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO CUIDADO PRÉ-NATAL DE ENFERMAGEM: um
olhar a luz da teoria de Madeleine Leininger

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher (NUPESM), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 14 de dezembro de 2016

Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Orientadora – Presidente
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr^a Maria Helena Costa Amorim – 1^a Examinadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Dr^a Adriana Lenho de Figueiredo Pereira – 2^a Examinadora
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Dr^a Regina Célia Gollner Zeitoune – 3^a Examinadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz – 4^a Examinadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr^a Ívis Emília de Oliveira Souza – Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr^a Franciéle Marabotti Costa Leite – Suplente
Universidade Federal do Espírito Santo

A Carlos, Caroline e Gabriela, minha família muito amada e companheira, sempre comigo em todos os desafios e projetos que surgem. Agora estarei mais próxima e poderemos desfrutar dos frutos dessa vitória que é nossa. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida amiga, mestre e companheira Prof^{ta} Dr^a Paulete Maria Ambrósio Maciel, por fazer parte da minha vida ao longo desses anos, compartilhando momentos, me incluindo em seus sonhos também e permitindo contribuir com um pouco da minha experiência profissional para ajudar com seus filhos e netos, Sérgio, Rafael, Antônia e Nicolas. Nossa parceria ainda vai longe para dar conta de sonhar e viver todos os projetos que planejamos. A você, minha eterna gratidão, amor, respeito, admiração, amizade e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) junto a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com o Departamento de Enfermagem (DE) pela iniciativa e realização do Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER EEAN/UFES), que tornou possível meu sonho de cursar o Doutorado em Enfermagem, fortalecendo-me na formação ao abrir novas possibilidades de conhecimentos nas áreas acadêmica e em educação.

À Prof^a Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura, mais que minha orientadora, me abrigou sempre que precisei e me fortaleceu com suas palavras de incentivo, momentos de reflexão e parceria. Obrigada por acreditar na minha capacidade e me ajudar no meu desenvolvimento acadêmico e profissional. A você minha amizade e admiração.

À Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim que mais uma vez aceitou o desafio de contribuir com um estudo qualitativo, agregando à minha formação. Sentirei sua falta, mas tenho certeza de que perpetuarei também o seu legado. Muito obrigada por doar seu tempo como coordenadora do DINTER e acreditar no potencial de cada um!

À Prof^a Dr^a Adriana Lenho de Figueiredo Pereira pela disponibilidade em participar com enriquecedoras contribuições.

À Prof^a Dr^a Ívis Emília de Oliveira Souza pelo acolhimento, incentivo e contribuições valiosas neste percurso do doutoramento, proporcionando-me momentos de aprendizado que marcaram essa trajetória.

À Prof^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz pela disponibilidade em participar nas etapas da construção dessa tese com contribuições pertinentes à pesquisa.

À Prof^a Dr^a Regina Célia Gollner Zeitoune, seu entusiasmo e ajuda no momento da qualificação e nesta etapa final foram importantes para mostrar que estava no caminho certo.

Dr^a Franciéle Marabotti Costa Leite, sua disponibilidade faz surgir novas possibilidades de projetos em parceria auxiliando-me no direcionamento desse projeto.

Aos coordenadores, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelo apoio, receptividade e ensino de excelência.

À Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira, pelo empenho, dedicação, competência e disponibilidade para conduzir o DINTER UFRJ/EEAN/UFES, numa parceria sincronizada e resolutiva com a Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim.

Ao Departamento de Enfermagem da UFES, formado por professores que apoiaram o grande projeto do DINTER, mostrando-se solidários e participativos em todos os momentos. Vocês fazem parte do meu crescimento acadêmico e profissional.

Às professoras doutoras Leila Massaroni, Carolina Maia Martins Salles e Elisabete Regina Araújo de Oliveira pelas conversas, convívio, apoio e incentivo nesta trajetória. Ainda temos muito que construir pela frente.

Aos pais e suas companheiras/esposas, que vivenciaram a gestação comigo e em parceria foi possível desenvolver um cuidado pré-natal dinâmico, inovador, repleto de experiências fortalecendo laços de amizade e profissionalismo.

Aos funcionários do Departamento, Mestrado Profissional e Colegiado do Curso de Enfermagem, pela colaboração, motivação e amizade sempre presentes.

Aos colegas de turma do DINTER pela partilha, compromisso, aprendizado, parceria em todos os momentos no percurso do doutorado. Fomos uma turma participativa, comprometida, empenhada e questionadora. Levaremos saudades! Agradeço a todos pelas contribuições, em especial às colegas Luciana de Cássia Nunes Nascimento, Magda Ribeiro de Castro Soares, Mônica Barros de Pontes, Renata Santos de Souza, Rita Inês Casagrande e Tânia Mara Cappi Mattos pelos momentos de enriquecimento nas reflexões.

À minha mãe, aos meus irmãos e irmãs, sobrinhas e sobrinhos pelos momentos de relaxamento que ajudaram a descansar e revigorar minhas energias.

À Prof^a Dr^a Simone Mendes Carvalho e sua mãe Celeste de Barros Carvalho por abrirem as portas de sua casa e me acolherem tão calorosamente, me fazendo sentir mais segura e feliz mesmo distante de minha casa e família.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma se envolveram e ajudaram a concretizar este estudo.

RESUMO

Márcia Valéria de Souza Almeida. **A participação do pai no cuidado pré-natal de enfermagem: um olhar a luz da teoria de Madeleine Leininger.** Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A presença do pai é fundamental no processo gestacional, pois além do apoio que oferece se prepara para a recepção do bebê vivenciando com a companheira/esposa as mudanças fisiológicas e psicológicas da gestação. A participação no cuidado pode ser a ocasião oportuna para a aproximação conjugal e/ou fortalecimento dos laços afetivos e familiares. Para tanto é necessário entender e considerar as dimensões culturais e sociais que compõem a visão de mundo da clientela e aprofundar a percepção do pai no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa. Delineou-se como objetivos: configurar os fatores sociais e culturais do pai no processo gestacional; descrever valores e crenças do pai diante da gestação de sua companheira/esposa e analisar os modos de vida desses pais na perspectiva de sua participação no processo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório utilizando o referencial teórico e metodológico de Madeleine Leininger. O cenário foi o ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital universitário do Espírito Santo utilizando a técnica de entrevista individual, com doze participantes, observando-se as exigências éticas da pesquisa. Os dados produzidos foram analisados considerando o referencial teórico de Leininger. Desse processo emergiram quatro categorias analíticas: dimensões da estrutura cultural e social; a gestação como ponto de partida à participação do pai no cuidado pré-natal; o cuidado pré-natal como sistema de cuidado popular e profissional; desenvolvendo estratégias para a construção do cuidado durante a gestação. Identificou-se as características dos pais, em sua maioria adultos, moradores da região metropolitana de Vitória, com mais anos de estudo, porém com atividade laboral incompatível ao investimento realizado em sua formação. Moravam com suas companheiras/esposas, com tempo de convivência entre quatro a vinte anos favorecendo a formação de vínculo afetivo e estabilidade conjugal. Todos têm acesso à rede de água, esgoto e eletricidade em suas residências, possuem aparelhos eletroeletrônicos, renda familiar variando da classe C a E. Entretanto, não buscavam os serviços de saúde municipal pela precariedade no acesso ao pré-natal, preocupando-se com a saúde e bem

estar da mãe-bebê. Em relação à percepção sobre gestação, os depoimentos mostraram significados expressando alegria, felicidade, mudança, relacionados aos valores e crenças aprendidos e vivenciados no meio familiar. Foram unânimes em afirmar que este é um evento único e singular em suas vidas. Quanto ao cuidado pré-natal sentiram-se felizes com a perspectiva de sua inclusão participando ativamente com dúvidas e questionamentos, o que permitiu a construção de conhecimento em uma relação dialógica com a enfermeira. Para os pais o cuidado pré-natal é essencial ao desenvolvimento de uma gestação saudável, embora destacassem a dificuldade em comparecer às consultas apresentando justificativas. A estratégia desenvolvida para indicar o cuidado à sua saúde foi estabelecer uma relação de troca entre os saberes popular e profissional construída no espaço do cuidado pré-natal, principalmente voltado às práticas saudáveis. Ao utilizar os conceitos de Leininger foi possível inserir o pai no cuidado pré-natal tornando a vivência da gestação um momento de satisfação, troca de conhecimentos e aproximação mais afetiva entre o casal.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Cuidado Pré-Natal. Cultura. Pai.

ABSTRACT

Márcia Valéria de Souza Almeida. **The Participation of the Father in the Nursing Pre-Natal Care:** a look in the light of the Theory of Madeleine Leininger Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate in Nursing) Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The presence of the father is crucial in the gestational process, because besides the support offered; the reception of the baby is prepared, experiencing with the companion/wife the physiological and psychological changes of the gestation. The participation in the care can be an appropriate occasion for marital proximity and/or the strengthening of the affective and familiar bonds. For this, it is necessary to comprehend and taking into account the cultural and social dimensions that the world view of the clientele is composed of, and to deepen the perception of the father in the pre-natal care of his companion/wife. The objectives were outlined as: To configure the social and cultural factors of the father in the gestational process; To describe the values and beliefs of the father over the gestation of his companion/wife, and To analyze the way of living of these parents in the perspective of their participation in the process. This is a qualitative research, of a descriptive-exploratory character, using as theoretical and methodological reference that of Madeleine Leininger. The scenario was the gynecologic and obstetric outpatient unit of a university hospital in Espírito Santo, using the technique of individual interview with twelve participants, following the ethical demands of research. The data produced was analyzed considering the theoretical reference that of Leininger. From this process four analytical categories emerged: Cultural and Social Structure Dimensions; Gestation as a starting point for the participation of the father in the pre-natal care; Pre-natal care as a popular and professional care system; and the Development of Strategies for the construction care during pregnancy. The characteristics of the parents were identified, most of which adults, residents in the metropolitan region of Vitoria, with a larger number of educational years, but with work activity incompatible with the investment done in their education. They lived with their companions/wives, with four to twenty years of conviviality, favoring the formation of an affective bond and of marital stability. They all have access to the water, waste and electricity services in their residences, they have electro-electronic devices, and familiar income varying between classes C and E.

However, they did not look for the municipal health services because of the precariousness of the access to pre-natal care, concerned about the health and well-being of the mother-child. In regard to the perception about the gestation, the testimonies showed meanings expressing joy, happiness, change, and were related to the values and beliefs learned and experienced inside their families. They were unanimous in asserting that this is a unique and singular event in their lives. About the pre-natal care, they felt happy with the perspective of their inclusion in actively participating with questions, which allowed for the building of knowledge in a dialogical relationship with the nurse. For the fathers, the pre-natal care is essential to the development of a healthy gestation, though they highlighted the difficulty in attending to the medical visits, presenting justifications. The strategy developed to indicate the care for their health was to establish a relationship of exchange between the popular and the professional knowledge in the space of pre-natal care, especially focused on healthy practices. Using Leininger's concepts, it was possible to insert the father in the pre-natal care, making the experience of the gestation a moment of satisfaction, knowledge exchange, and more affective proximity between the couple.

Keywords: Obstetric Nursing. Pre-Natal Care. Culture. Father.

RESUMEN

Márcia Valéria de Souza Almeida. **A participación del padre en el cuidado pre-natal de enfermería:** una mirada en la a luz de la teoría de Madeleine Leininger. Rio de Janeiro, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

La presencia del padre es fundamental en el proceso gestacional, una vez que más allá del apoyo que ofrece, se prepara para la recepción del niño, experimentando con su compañera/esposa las mudanzas fisiológicas y psicológicas de la gestación. La participación en el cuidado puede ser la ocasión oportuna para la aproximación de la pareja y/o el fortalecimiento de los lazos afectivos y familiares. Para eso, es necesario entender y considerar las dimensiones culturales y sociales que componen a la visión de mundo de la clientela, y profundizar a la percepción del padre en el cuidado pre-natal de su compañera/esposa. Se delineó como objetivos: configurar a los factores sociales y culturales del padre en el proceso gestacional; describir a los valores y creencias del padre ante la gestación de su compañera/esposa y analizar a los modos de vida de esos padres en la perspectiva de su participación en el proceso. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo-exploratorio utilizando el referencial teórico y metodológico de Madeleine Leininger. El escenario fue el o ambulatorio de ginecología e obstetricia de un hospital universitario de Espírito Santo utilizando a la técnica de entrevista individual, con doce participantes, se observando a las exigencias éticas de la investigación. Los datos producidos fueran analizados considerando el referencial teórico de Leininger. De ese proceso emergieran cuatro categorías analíticas: dimensiones de la estructura cultural y social; la gestación como punto de partida a la participación del padre en el cuidado pre-natal; el cuidado pre-natal como sistema de cuidado popular y profesional; desarrollando estrategias para la construcción del cuidado durante la gestación. Se identificó a las características de los padres, en su mayoría adultos, moradores de la región metropolitana de Vitória, con más años de estudio, pero con actividad laboral incompatible con el investimento hecho en su educación. Vivian con sus compañeras/esposas, con tiempo de convivencia entre cuatro a veinte años, favoreciendo a la formación de vínculo afectivo y estabilidad de pareja. Todos tienen acceso a la red de agua, desagüe y electricidad en sus hogares, poseen equipos electro-electrónicos, renta familiar variando de la clase C a la E. Todavía, no

buscaban a los servicios de salud municipal por la precariedad en el acceso para el pre-natal, preocupándose con la salud y bienestar de la madre-bebe. En relación a la percepción sobre la gestación, dos testigos demuestran significados expresando alegría, felicidad, mudanza, relacionados a los valores y creencias aprendidos y experimentados en el medio familiar. Fueran unánimes en afirmar que ese es un evento único y singular en sus vidas. Sobre el cuidado pre-natal se sintieran felices con la perspectiva de su inclusión, participando activamente con dudas y cuestiones, lo que permitió a la construcción de conocimiento en una relación dialógica con a enfermera. Para los padres, el cuidado pre-natal es esencial al desarrollo de una gestación saludable, mientras resaltaran la dificultad de a las consultas, presentando justificativas. La estrategia desarrollada para indicar el cuidado a su salud fue establecer una relación de cambio entre los saberes popular y profesional construida en el espacio del cuidado pre-natal, principalmente centrado en las actividades saludables. Al utilizar a los conceptos de Leininger, fue posible inserir el padre en el cuidado pre-natal, cambiando a la experiencia de la gestación en un momento de satisfacción, cambio de conocimientos y aproximación más afectiva entre la pareja.

Palabras-clave: Enfermería Obstétrica. Cuidado Pre-Natal. Cultura. Padre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo <i>Sunrise</i>	50
Quadro 1 - Fatores de companheirismo e sociais.....	73
Quadro 2 - Fatores educacionais e econômicos.....	76
Quadro 3 - Fatores tecnológicos e religiosos.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDenf – Base de Dados Brasileira de Enfermagem.
BCF – Batimento Cardíaco Fetal
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
Cesan – Companhia Espírito Santense de Saneamento
CETURB-GV – Companhia de Transportes Urbanos da Grande Vitória
CF – Constituição Federal
DE – Departamento de Enfermagem
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
Escelsa – Espírito Santo Centrais Elétricas
HESFA – Hospital Escola São Francisco de Assis
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline - Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NUPESM - Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RMM – Razão de mortalidade materna
Senac – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRANSCOL – Transporte Coletivo da Grande Vitória
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	20
1.1 APROXIMAÇÃO E A INSERÇÃO DA TEMÁTICA DE PESQUISA.....	20
1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	25
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS.....	29
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	29
1.5 RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	33
1.6 CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA.....	34
CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	36
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: AVANÇOS PARA A MULHER E O HOMEM.....	36
2.2 O COMPONENTE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	40
2.3 A GESTAÇÃO FRENTE AO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL.....	44
CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA.....	49
3.1 A TEORIA DA DIVERSIDADE E DA UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER.....	49
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	57
3.3 CENÁRIO DE PESQUISA.....	58
3.4 PARTICIPANTES.....	59
3.5 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	60
3.6 TÉCNICA E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	62
3.7 ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS E ESTRUTURA DE ANÁLISE.....	64
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	67
4.1 CONHECENDO O PERFIL DOS PAIS.....	67
4.2 DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL.....	72
4.2.1 Fatores de companheirismo e sociais.....	73
4.2.2 Fatores educacionais e econômicos.....	75
4.2.3 Fatores religiosos.....	78
4.2.4 Fatores tecnológicos.....	80
4.3 A GESTAÇÃO COMO PONTO DE PARTIDA À PARTICIPAÇÃO DO PAI NO CUIDADO PRÉ-NATAL.....	83

4.4 O CUIDADO PRÉ-NATAL COMO SISTEMA DE CUIDADO POPULAR E PROFISSIONAL.....	94
4.5 DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DURANTE A GESTAÇÃO.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE A – Carta de anuência para autorização de pesquisa.....	127
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	128
APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados.....	129
APÊNDICE D – Unidades temáticas após codificação inicial, segundo os objetivos do estudo.....	131
ANEXO A - Carta de anuência para autorização de pesquisa.....	133
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética.....	134

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A APROXIMAÇÃO E A INSERÇÃO DA TEMÁTICA DE PESQUISA

A vivência com a temática desta pesquisa ocorreu ainda como estudante quando tive a oportunidade de realizar estágio na disciplina de Enfermagem Obstétrica 1, do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Tal estágio era desenvolvido em área física cedida para essa finalidade pela Igreja Batista da Praia do Canto, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e UFES, por meio de um projeto de extensão. O objetivo deste era realizar ações em saúde para a comunidade moradora da região de São Pedro, composta por bairros que surgiram a partir de uma invasão. Tal localidade foi no passado um mangue, o qual foi aterrado pela deposição de lixo a céu aberto, local em que os moradores construíram palafitas. Essa situação, entretanto, foi superada por melhorias na infraestrutura e na urbanização dos bairros promovidas pela gestão municipal.

Realizávamos o estágio nesse serviço sob a orientação da enfermeira docente que implantou a consulta de enfermagem a fim de possibilitar o aprendizado no ciclo gravídico-puerperal. Essa profissional desenvolvia uma assistência de enfermagem preocupada em estabelecer vínculo com o público atendido e, para isso, sempre orientava as gestantes a trazerem alguém para acompanhá-las nas consultas. Devido a esse direcionamento, era comum a presença de vários homens junto às gestantes nas consultas de pré-natal, convidados a comparecer ao serviço e a participar do atendimento. Eles não apenas observavam, mas forneciam informações, questionavam e esclareciam suas dúvidas. Além disso, expressavam desejo de conhecer mais sobre a gestação e sobre como poderiam participar melhor desse processo naquele momento. Era impressionante observar a motivação em acompanhar o processo e o envolvimento com a gestante demonstrados por esses pais.

Essa experiência ficou marcada em minha memória e, ao ingressar na vida profissional, procurei aproximar-me das atividades voltadas à mulher no ciclo gravídico-puerperal, de modo que, em um hospital privado, realizava supervisão no setor da maternidade. Concomitantemente e não por coincidência, esperava o meu primeiro filho. O fato de ser/estar gestante impulsionou-me a colocar em prática os ensinamentos adquiridos no curso de graduação; além disso, procurava associar esses

conhecimentos acadêmicos com a riqueza do campo de prática assistencial. A minha vivência como gestante e como mãe contribuiu para valorizar o cuidado pré-natal e tornou a gestação um momento especial em minha vida e na vida de meu esposo.

O acompanhamento, em todas as etapas da gestação, do meu marido no pré-natal trouxe um aprendizado mútuo, pois a experiência vivenciada por ambos promoveu segurança, confiança, participação e bem-estar. Sua presença foi fundamental em todo o processo gestacional, pois, além do apoio que forneceu, ele também se preparou para a recepção de um novo ser, vivenciando as mudanças fisiológicas e psicológicas da gestação. Assim, ele tornou-se visível no pré-natal, tanto para mim como para os profissionais de saúde que me acompanhavam, e sua participação foi valorizada durante todo o período gestacional e durante nascimento.

Anos mais tarde, a partir da realização de concurso público, tomei posse como professora na UFES no curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia e iniciei a carreira acadêmica, trazendo a experiência apreendida na atenção primária. Isso possibilitou, após um período de trabalho em disciplinas fundamentais, a minha inserção na disciplina Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. O espaço de prática já não era mais em São Pedro, mas a proposta de trabalho ainda era pautada na política de saúde, possibilitando a prática ao estudante de enfermagem, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia – Casa 2 (G/O) – do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

O processo de ambientação ao novo local de trabalho possibilitou-me lembrar da prática ocorrida na graduação e pude perceber que, apesar do avanço nas políticas de saúde voltadas para a saúde da mulher e do homem, havia um número reduzido de acompanhantes no pré-natal. Além disso, parecia-me que o ambiente organizacional não permitia essa prática.

Nesse momento, assumi a responsabilidade de desenvolver uma proposta de cuidado pré-natal, trazendo a vivência da prática profissional e a autonomia do enfermeiro para as ações fundamentadas pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Rede Cegonha. Nesses documentos, são definidos como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; a promoção da equidade; o enfoque de gênero, além da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes (BRASIL, 2011a).

Levando em consideração essas concepções e o aprendizado passado pela enfermeira docente na minha graduação, no ambulatório do HUCAM, busca-se favorecer o acesso ao serviço de saúde à mãe gestante e ao pai no cuidado pré-natal, como forma de proporcionar um maior envolvimento durante o processo gestacional. O conhecimento adquirido aliado à experiência profissional direcionou-me neste estudo para o cuidado pré-natal, e, sobretudo, para o enfoque à participação do pai durante o processo gestacional de sua companheira/esposa.

Devido ao interesse pela inserção do acompanhamento paterno, houve a necessidade de buscar uma forma de desenvolver a consulta de enfermagem com a presença do pai, fazendo com que ele também tivesse um papel ativo em todo o processo. O caminho escolhido, identificado no percurso do doutoramento, foi a utilização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1991), que apontou possibilidades para entender e considerar os elementos simbólicos e materiais que compõem a visão de mundo dessa clientela.

Estudos apontam a necessidade de beneficiar a participação do pai no pré-natal, pois isso favorece o seu envolvimento, de modo que seus sentimentos, percepções e atitudes são ressaltados. Para além, o genitor é incluído na pauta de discussão, investigação e intervenção na área referente à saúde sexual e reprodutiva (PESAMOSCA et al., 2008; OLIVA et al., 2010; SILVA; BRITO, 2010; FIGUEIREDO; MARQUES, 2011;).

Por outro lado, percebe-se que as gestantes ainda chegam sozinhas ao ambulatório de pré-natal, mesmo estimuladas a trazerem seus companheiros. Esses, quando não comparecem, remetem justificativas das mais diversificadas, tais como alegar que o acolhimento dos serviços recepciona apenas às mulheres; preocupações com o aumento das responsabilidades como provedor da família, não podendo ausentar-se do trabalho; horários da consulta pré-natal incompatíveis à jornada de trabalho, mesmo com a emissão de declaração de comparecimento pelo serviço social, além de dificuldades financeiras para compartilhar as passagens (SILVA; BRITO, 2010; FIGUEIREDO; MARQUES, 2011;).

Alguns companheiros, quando comparecem, relatam que não estão estimulados a participar do pré-natal, considerando, muitas vezes, não ser um momento de troca, por já terem participado de consultas em gestações anteriores, ou até mesmo, por compreenderem que a gestação é uma fase de mudanças físicas e psicológicas na mulher (SILVA; BRITO, 2010).

A gestação é um momento único na vida de homens e mulheres e pode tornar-se o momento adequado para vincular-se à escuta dialógica e à valorização pessoal, conceitos inerentes ao processo de humanização e acolhimento, conforme orienta a PNH (BRASIL, 2011a). Além disso, o acompanhamento pré-natal favorecerá a criação de espaços para cuidados paternos, buscando também responder às necessidades sociais e de saúde dos pais.

No ambulatório, a gestante é estimulada a trazer o acompanhante de sua preferência e, normalmente, solicita-se que seja seu companheiro, como uma forma de envolvê-lo e comprometê-lo no processo gestacional. Assim, podem-se promover ações facilitadoras de acesso dos pais ao serviço de acompanhamento pré-natal, como, por exemplo, oferecer informações sobre dúvidas, curiosidades e resultados de exames da gestante. Além disso, são solicitados exames laboratoriais para o pai a fim de avaliar o seu estado de saúde, juntamente com a gestante. Essa é uma ação desenvolvida como forma de possibilitar a presença do pai, visto que ela ainda não está institucionalizada, mesmo com as normas editadas pelo Ministério da Saúde (MS) para atingir essa finalidade.

O comparecimento do pai pode ser a ocasião oportuna para a aproximação conjugal e/ou fortalecimento dos laços afetivos e familiares. Entretanto, o serviço de saúde não aproveita devidamente a oportunidade de organizar ações voltadas para a captação e assistência à saúde do homem. Dessa forma, não se contempla o que define a política pública de saúde em relação à incorporação dos homens nas ações e nas atividades educativas voltadas para o planejamento familiar e para a ampliação da participação paterna no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2012a; 2012b).

Nesse sentido, perde-se a chance de identificar as expectativas e as necessidades que o pai apresenta e ainda de promover alianças e envolvimento durante o período gestacional da mulher a partir do acompanhamento no pré-natal. Na contramão desses ideais, observa-se que tanto os espaços para o atendimento pré-natal como a rotina desenvolvida pelos serviços inibem a presença dos companheiros, o que dificulta a acessibilidade na atenção à saúde, bem como não favorece a abrangência do núcleo social e familiar da gestante.

Para solicitar a presença do companheiro no cuidado pré-natal, vários obstáculos devem ser superados, não apenas relacionados à estrutura física e de equipamentos, mas também à mudança de atitudes dos envolvidos com a assistência à mulher e ao seu companheiro durante a gravidez. Essa última ação requer uma postura ética e solidária

por parte dos profissionais de saúde na criação de um ambiente acolhedor (SILVA et al., 2011).

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde que realiza, dentre outras atribuições, a assistência à mulher desde o pré-natal, é o profissional que pode realizar esse acolhimento do pai, possibilitando sua integração no processo gestacional, e que pode favorecer as experiências da gestante e do seu companheiro na atenção individual e na ação coletiva nos serviços de saúde. É fundamental uma análise desse contexto, a partir de uma escuta qualificada que permita adequar a prática profissional à realidade vivenciada pelas gestantes e pais/companheiros.

No processo gestacional, existem diversas visões de mundo, significados e experiências de vida que envolvem homens e mulheres. Ao conhecê-los, o enfermeiro pode favorecer a inserção precoce do pai no pré-natal, oferecendo um espaço no qual ele possa descobrir novas vivências, identificar-se no processo e relacionar-se com a mãe-bebê, de modo a participar mais assiduamente da gravidez, além de atribuir importância às atividades desenvolvidas.

A presença do pai no cuidado pré-natal pode tornar-se um caminho natural, em que ele possa exprimir sua tendência inata de realizações e de autoafirmação. Participar permite a interação com outras pessoas, autoexpressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, e, ainda, a valorização de si mesmo pelos outros (BORDENAVE, 2013).

Nesse contexto, delineou-se como objeto de estudo *o pai no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa*.

Acredita-se que a presença paterna possa dar maior visibilidade a esse papel no pré-natal, contribuindo para o devido acompanhamento, para o envolvimento dos genitores, e para a afetividade, parceria e cumplicidade do casal. Além disso, a assistência do pai pode motivar e incentivar a mãe diante da gestação, auxiliando-a a lidar com suas modificações físicas e psíquicas. Outras atuações relevantes relacionam-se à ajuda na escolha da maternidade para parir e do tipo de parto. É importante, ainda, a coparticipação do companheiro nos assuntos de interesse ao filho, o que gera estreitamento dos laços familiares. Vale ressaltar também a emergência da promoção de ações que possibilitem repensar a identidade masculina no planejamento reprodutivo.

Propõe-se, ainda, a busca de uma visão sobre a assistência integral à saúde da mulher no pré-natal, permitindo aos pais assumirem uma postura mais igualitária na gestação em relação às suas companheiras/esposas. Isso possibilitará a aquisição de

maior consciência sobre a necessidade da sua participação no ato de cuidar do filho, de seu papel no contexto social e das contribuições que possam advir.

O cuidado pré-natal pode ser um meio para direcionar o olhar para os pais, sinalizando que os homens não devem ser invisíveis ou ausentes nos serviços de saúde, o que torna necessário compreender suas particularidades e as formas como desejariam ser atendidos, bem como criar espaços onde possam sentir-se confiantes, seguros, bem acolhidos e familiarizados com a rotina do serviço de saúde.

1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A manutenção da gravidez é uma função biológica feminina, cabendo, muitas vezes, a responsabilidade de cuidar, assistir ou tratar apenas à mulher. Por outro lado, a figura do pai também sofre influências da sociedade no que se refere à sua participação na criação, na constituição familiar e na continuidade de uma nova geração. Esse ato tem diferentes significados e atribuições; sabe-se que ele é o genitor e, portanto, exige-se responsabilidade, compromisso e amor paterno (PESAMOSCA, FONSECA, GOMES, 2008).

No campo de prática assistencial desenvolvida no ambulatório, cenário desta pesquisa, algumas experiências apontam para questões desafiadoras, como a insegurança pela nova fase da vida que pai e mãe irão passar; a responsabilidade de cuidar de um novo ser, totalmente dependente e frágil; as relações familiares que podem sofrer influência desse processo gestacional. Nas experiências vivenciadas por meio das consultas realizadas no ambulatório, anteriormente à coleta de dados, ocorreu uma situação de um jovem casal, na primeira gravidez, estando a gestante com vinte semanas de gestação, que chamou a atenção pelos questionamentos feitos pelo pai.

O pai fez perguntas carregadas de emoção e, até mesmo de certo ressentimento, como se ele não fosse importante e não fizesse parte do processo gestacional. Ele desejava participar, queria estar inserido naquela consulta, experienciar a gestação com a companheira, viver a vibração do primeiro momento da escuta cardíaca, dos movimentos fetais e do início da vida de seu filho.

No momento seguinte, muitas inquietações por parte do pai foram colocadas e questionadas sobre ocorrências da gestação e influências na relação conjugal, como exemplo: se podia achar que a mulher grávida não ficava bonita, como a maioria dos

casais afirmava.; que não se sentia à vontade de manter relação sexual, considerando que o bebê poderia estar vigiando; e ainda, se poderia ficar triste e alegre ao mesmo tempo ou como iria se divertir e ser o responsável. Esses, entre outros questionamentos, surpreenderam a enfermeira docente que fazia o atendimento e as respostas apresentadas não foram de todo satisfatórias. Essas questões mostraram a necessidade de solicitar-se ao pai que participasse das consultas de pré-natal junto à sua companheira e, possivelmente, recebesse a atenção solicitada, facilitando a compreensão das mudanças causadas pela gestação.

Observa-se, na prática, que essas mudanças físicas, psicológicas e emocionais podem afetar algumas questões passíveis de transformação, mesmo que de maneira velada, como o exercício da paternidade, o relacionamento conjugal e sexual, o trabalho, as emoções, o corpo e a saúde do pai, contribuindo para fortalecer os laços familiares e/ou enfraquecer o relacionamento conjugal (OLIVEIRA et al, 2009, p. 74).

No momento em que o pai reconhece a gravidez e passa a se sentir “grávido”, ele adquire uma nova consciência, uma visão de cuidado e de ser cuidador, passando a mostrar interesse em compartilhar da atenção ao pré-natal, da realização dos exames na gestante e da preparação para o parto e nascimento, possibilitando o compartilhamento, o envolvimento e a responsabilidade desse novo ‘ser’ na construção do vínculo afetivo (ZAMPIERI et al., 2012).

Assim como a gestante é, o pai também deve ser inserido na assistência pré-natal que funcionará como uma experiência valiosa e exclusiva de intimidade e afetividade. Essa inclusão proporcionará a realização de cuidados não limitados apenas aos procedimentos clínicos, mas voltados, também, para ações de promoção e educação em saúde. Informações específicas devem ser dadas ao pai, envolvendo-o a partir de uma definição clara da sua função no pré-natal, para que não se crie uma distância entre o pai e o que ocorre na gravidez (OLIVEIRA et al., 2009; SILVA, 2013).

As evidências científicas reforçam que é fundamental a presença do pai no processo de nascimento desde a gestação para o estabelecimento dos vínculos entre pai e bebê, para o fortalecimento da paternidade e para a promoção da saúde mental do filho e para o bem-estar da mulher. Tais ocorrências levam os pais a repensarem e a discutirem sua identidade social com vistas a uma participação mais ativa no exercício da paternidade (op. cit., 2012, p. 484).

Entretanto, o que se observa com frequência, e que justifica a ausência do pai no pré-natal, é a pouca compreensão sobre a importância e o apoio no processo de

gestação; o pré-julgamento de que é uma atividade de responsabilidade única da mulher; a ameaça do status marital de que a criança está em primeiro lugar, como fuga da preparação para a chegada do bebê e do próprio ambiente familiar; o distanciamento na relação afetiva e conjugal, colocando-os numa posição de espectadores desinteressados, o que não é benéfico para o casal (PICCININI et al., 2004; FREITAS et al., 2007; JUNCKES et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2009; SILVA, 2013).

Para consolidar a inserção do homem no cuidado pré-natal, é necessário conhecer sua visão de mundo, seus saberes e suas práticas sobre a gestação. É preciso ainda reconhecer que a inclusão do homem no processo do gestar/parir/nascer apresenta demandas distintas daquelas referentes ao processo vivenciado pelas mulheres. Essa situação necessita ser percebida pelos profissionais de saúde, os quais devem atuar na construção do papel paterno, nas atividades do cuidado e das ações educativas no pré-natal, de maneira a possibilitar uma transição neste campo de forma mais ágil e sistemática.

Pesquisas internacionais indicam que os profissionais da área devem estimular mais a atenção ao pai no pré-natal, reconhecendo que esse precisa ser preparado para a realidade do risco e da incerteza de ocorrências na gravidez, no parto e no nascimento, e para o seu papel essencial, afetivo e emocional nesse contexto. Assim, é necessário trabalhar para o desenvolvimento de ações educativas dirigidas aos homens nas comunidades e para o fornecimento de informações sobre o que se espera do pai no cuidado pré-natal. Essa última ação só pode ser feita a partir do reconhecimento das necessidades paternas específicas, buscando-se compreender o seu papel na gravidez, bem como as barreiras que dificultam sua participação (REDSHAW; HENDERSON, 2013; ALIO et al, 2013; SINGH; LAMPLE; EARNEST, 2014;).

Cabe aprofundar a reflexão para essa problemática nas práticas do cuidado humanizado, o que permitirá o envolvimento do pai na unidade de saúde, e, ainda, a responsabilidade dos profissionais, em especial do enfermeiro, como integrante da equipe que desenvolve suas ações no pré-natal, proporcionando acolhimento na unidade de saúde e integrando o progenitor ao processo gestacional (BRITO et al., 2013).

No Brasil, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, dispõe sobre o pré-natal de baixo risco. Este procedimento pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, o qual ganha destaque com a reorganização dos serviços de atenção básica, dado que seu espaço de

atuação no pré-natal foi ampliado, enquanto integrante da equipe de saúde (CUNHA et al., 2009; GUERREIRO et al., 2012).

A legislação garante ao enfermeiro a execução da consulta pré-natal, no entanto, ocorre uma limitação no exercício pleno dessa ação devido ao desconhecimento por parte dos gestores de suas habilidades e competências nessa área e, também, aos conflitos ideológicos e políticos com outras categorias profissionais. No que tange às competências, existem limitações técnicas vinculadas aos processos de formação do enfermeiro, sendo, assim, dificultada sua atuação baseada em conhecimento técnico-científico.

Ressalta-se que o cuidado de enfermagem na assistência pré-natal ainda não está consolidado, observando-se limitações para a ampliação e para a cobertura da clientela (CUNHA et al, 2009; GUERREIRO et al., 2012). Nesse sentido, no panorama atual do ambulatório cenário desta pesquisa, ainda se verificam as dificuldades enfrentadas pela gestante na atenção primária. Isso pode ocorrer devido à escassez de recursos humanos ou pela falta de nomeação dos cargos, além da baixa remuneração, da estrutura física inadequada da indisponibilidade de medicamentos, e, ainda, do planejamento deficiente na compra de insumos básicos para a realização de exames laboratoriais, de produtos para higiene e de limpeza das salas de atendimento, entre outros. As ações são realizadas de maneira desarticulada, favorecendo a peregrinação das gestantes e companheiros pela rede, na busca por serviços de atendimento de melhor qualidade à clientela.

Por outro lado, o contexto ambiental do cuidado pré-natal não é um facilitador das relações entre enfermeiros e casais, dificultando a possibilidade de troca de experiências e, conseqüentemente, de significados relacionados ao processo de gestação sob a visão holística e cultural, processos em que o pai, sua companheira/esposa e o enfermeiro poderiam construir juntos uma concepção contemporânea do cuidado de forma mais sistemática e estruturada.

É preciso valorizar as características culturais dos pais, no que se refere ao respeito às suas percepções, seus estilos de vida, seus modos de pensar e suas práticas de cuidado, fatores esses que podem influenciar o pensar-fazer (COLLAÇO, 2013). Além do mais, as diferenças regionais devem ser levadas em consideração, valorizando o saber e a prática adquiridos pela clientela durante o ciclo de vida.

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

Tais considerações permitem refletir sobre o pai no cuidado pré-natal, não apenas como apoiador, mas valorizando o seu envolvimento e participação, minimizando as dúvidas e dificuldades, estimulando às alegrias e sentimentos.

Frente a essa problemática, surgem as seguintes questões norteadoras:

1. Quais os fatores sociais e culturais configuram a participação do pai no processo gestacional de sua companheira/esposa durante o cuidado pré-natal?
2. Como ocorre a participação do pai durante o cuidado pré-natal de sua companheira/esposa?
3. De que forma as orientações/informações são apreendidas pelo pai para favorecer o cuidado com a sua saúde?

Diante desses questionamentos, surgiu a necessidade de estabelecer um estudo mais aprofundado, com o intuito de favorecer a inserção do pai no cuidado pré-natal, de tal modo que seja possibilitado um olhar diferenciado para ambos e não apenas para a gestante. Dessa forma, buscamos alcançar os seguintes objetivos:

1. Configurar os fatores sociais e culturais do pai no processo gestacional;
2. Analisar valores e crenças do pai diante da gestação de sua companheira/esposa;
3. Discutir os modos de vida de pais na perspectiva de sua participação no processo gestacional.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O estudo justifica-se pela possibilidade de promover a participação do pai no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa, indicando que não basta apenas estimular o companheirismo e os cuidados com a gestante e o bebê, mas se deve possibilitar que homem e mulher participem, vivenciem e cuidem do filho desde a gestação.

É importante dialogar sobre o homem/pai no cenário social contemporâneo em situações ainda consideradas como exclusivas da mulher, especialmente em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento. Portanto, cabe aos profissionais de saúde envolvidos com a atenção à gestante no pré-natal incluir e estimular o pai nesse contexto, favorecendo uma compreensão do processo gestacional, bem como justapor uma prática

humanizada e de qualidade refletindo no cuidado de enfermagem que corresponda às necessidades e às expectativas da clientela assistida.

A ponderação sobre o envolvimento do pai na gestação abre uma nova perspectiva que favorecerá a sua inclusão no cenário da saúde e, conseqüentemente, no cuidado pré-natal, considerando a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essa política preconiza a qualidade e o acesso da população masculina nas ações e nos serviços da rede SUS, de forma a melhor contemplar a saúde do homem e possibilitar inseri-lo no contexto das dimensões e ações relativas à saúde sexual e reprodutiva e à paternidade. Para tanto, é preciso priorizar a promoção e a prevenção da saúde e o respeito às diferentes maneiras de ser dos homens (BRASIL, 2009a).

Com o propósito de buscar as principais pesquisas publicadas em periódicos nacionais e internacionais por autores brasileiros e estrangeiros, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line e (Medline) e Base de Dados de Enfermagem (BDenf), a partir da questão norteadora “Quais os estudos disponíveis na literatura sobre o envolvimento do pai no cuidado pré-natal?”. Para essa busca, utilizaram-se os descritores “enfermagem”; “pré-natal” e “pai”, selecionados por fazerem parte da lista dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para cada busca realizada pelo acesso on-line, foi empregado o cruzamento de dois em dois descritores, utilizando o operador booleano “and”, procurando filtrar e selecionar os artigos emergentes para o estudo.

Nessa ideia, foram selecionados os artigos que respondiam à questão norteadora, publicados em português, inglês e espanhol nos últimos (5) cinco anos e que abordavam a temática. Consultaram-se resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas no período compreendido entre 2011 a 2015, independentemente do método de pesquisa utilizado. Foram excluídos os artigos não disponíveis na íntegra no sistema, artigos duplicados, teses, dissertações, livros, ou capítulos destes, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos científicos e documentos ministeriais.

Nessa busca, obteve-se um total de 683 artigos com objeto de estudos diversificados, direcionados à atenção à saúde da mulher, sendo que, após a leitura e análise dos resumos, foram excluídos 651, os quais não responderam a questão norteadora proposta.

A seguir, realizou-se a leitura minuciosa de 32 artigos na íntegra e, posteriormente, com novo refinamento, obtiveram-se 14 artigos. Destes, 7 extraídos da base Lilacs, 3 da base Medline e 1 da base BDenf, o que representou uma minoria do total de estudos analisados.

A leitura na íntegra dos 14 artigos permitiu estabelecer um panorama das publicações em periódicos nacionais e internacionais nos últimos cinco anos a respeito da participação do pai no cuidado pré-natal.

Nos artigos que utilizaram análise qualitativa, foi verificado que a participação do pai no pré-natal não acontece com a frequência desejada devido a questões relacionadas ao serviço, aos padrões culturais construídos socialmente, nos quais o homem/pai figura como provedor. Nessa visão, os pais desvalorizam os desconfortos psicoemocionais e físicos da gestante, já que eles se afastam do pré-natal, momento em que as mulheres recebem atenção e cuidado de outrem. A literatura sobre o assunto aponta também a necessidade de educação em saúde dirigida para os homens nas comunidades, facilitada por meio da promoção de espaço para seu maior envolvimento, não apenas no pré-natal, mas também em assuntos relacionados ao planejamento familiar, à escolha da maternidade para nascimento e ao tipo de parto, entre outros. Além disso, os procedimentos devem abarcar a avaliação do estado de saúde do progenitor.

Sendo assim, é importante discutir as condições físicas do homem, segundo afirmam Figueiredo; Marques (2011), destacando a sua inclusão na saúde reprodutiva, conforme prevê a PNAISH, e desenvolvendo pesquisas voltadas à saúde masculina. O estudo de Guadagno, Mackert e Rochlen (2013), além de ressaltar a importância de pesquisas voltadas para o envolvimento do pai no pré-natal, sugere a organização de uma agenda específica nesse campo.

Os homens, participando durante a gravidez, fornecem diferentes tipos de apoio para a gestante, levando-a ao serviço de saúde e fornecendo alimentos, recursos financeiros para a comida, lembretes para não faltarem ao atendimento, além de propiciarem o apoio emocional. Também se preocupam em preparar a infraestrutura do domicílio para receber o bebê, ao planejar estratégias que permitam conciliar o trabalho com o exercício social de pai (MAMAN, MOODLEY, GROVES, 2011; SOARES et al., 2015).

A participação do pai não é impedida quando ele tem real interesse em participar (SILVA et al, 2013). Cada pai tem uma peculiaridade em envolver-se com a gestação,

apresentando diversas formas de sua presença. Eles manifestam o desejo de serem conhecidos pelo filho e de sua importância para a criança ser reconhecida.

O passo mais importante para a inclusão do pai no pré-natal é o reconhecimento dessa necessidade por parte dos profissionais envolvidos nessa prática, com destaque ao enfermeiro, favorecendo o envolvimento paterno desde o início da gravidez. É necessário observar a falta de acolhimento, manifestada por meio de atitudes de exclusão que podem ser interpretadas como ausência de compreensão e de reconhecimento do ente paterno como indivíduo que também requer atenção. A ausência de informações sobre a gestação expõe o homem-companheiro-pai a sentimentos que comprometem seu bem-estar, contribuindo para gerar situações ameaçadoras à integridade da família, desestabilizando a relação conjugal e dificultando o estabelecimento de vínculo afetivo (CARVALHO et al, 2011; CARDELLI, TANAKA, 2012; ZAMPIERI et al, 2013; BRITO et al, 2013; ALIO et al, 2013).

Apenas o estudo de Redshaw, Henderson (2013) utilizou análise quantitativa de dados secundários, destacando que a participação dos pais nas atividades de cuidado pré-natal pode proporcionar novas oportunidades para educar os homens sobre sua própria saúde e à saúde de sua família, oferecendo mais apoio. Além disso, o apoio dos parceiros durante a gravidez também pode encorajar um comportamento materno mais saudável.

É essencial que todos os envolvidos na rede de assistência pré-natal conheçam e coloquem em prática os princípios e diretrizes do SUS. Para segui-los, é preciso desenvolver uma abordagem que permita identificar aqueles fatores que diminuem ou que dificultam o envolvimento dos pais durante a gravidez. O acolhimento deve ser utilizado como a estratégia de aproximação e criação de vínculo.

Em síntese, mediante a análise dos artigos apreendidos no levantamento para responder à questão norteadora da revisão bibliográfica, percebe-se que ainda é necessário um aprofundamento nas investigações no cenário do cuidado pré-natal, o que justifica esta pesquisa, considerando-se as políticas de saúde como um elemento norteador para ampliar e facilitar o acesso dos pais a ações de prevenção e promoção à sua saúde.

Ao olhar para o cuidado pré-natal, é possível repensar sobre a necessidade de desenvolver ações dirigidas não apenas à díade mãe-bebê, mas inserir e permitir um envolvimento mais ativo do pai, na busca de um cuidado mais abrangente, dinâmico e

holístico, atividades essas que permitam a percepção das diferentes facetas das culturas do público atendido.

Diante do exposto, infere-se que é necessária a busca de subsídios que possam favorecer uma aproximação com essa perspectiva cultural, de maneira a oferecer um cuidado de enfermagem que melhor se adapte à cultura da clientela, o qual reduza estresses e conflitos culturais entre esta e o enfermeiro. O recurso teórico requerido para tanto foi encontrado na teoria de Leininger (1991), a qual propõe um modelo que permite fornecer um cuidado culturalmente congruente com a intenção de contribuir para a saúde e bem-estar dos pais e das suas companheiras/esposas durante o processo gestacional.

1.5 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A relevância da pesquisa dá-se pela importância em subsidiar o planejamento e a implantação de estratégias assistenciais que possibilitem aos pais participar do cuidado pré-natal. Pode ainda ser considerada pela perspectiva de influenciar cada vez mais os homens a acolher e apoiar a mulher nesse momento importante para o casal, assumindo um espaço em que ambos tenham voz e sejam participantes ativos da vivência da gestação. Para mais, possibilita favorecer o envolvimento e a formação de laços afetivos no processo de nascimento, o qual é considerado um evento social; podendo tornar-se um momento de aprendizagem e vivência para o casal.

Em outro ponto de vista, o enfermeiro, como um elemento essencial para realizar o acolhimento do pai na unidade de saúde, favorece a socialização de saberes, a partir das práticas educativas e coletivas nos grupos, individualmente no cuidado pré-natal, podendo propiciar maior proximidade do casal e inserir o pai na rede de apoio à gestante.

Essa melhora nas relações é um dos fatores favoráveis à associação de novos papéis sociais do homem e da mulher quando assumem uma nova atitude de abertura e valorização da figura paterna. Essa atuação pode dar-se por meio da disponibilidade de tempo, do interesse do pai e da sua participação no processo gestar-parir-nascer. Portanto, a atuação e inclusão do pai no pré-natal exigem, além dos direitos conquistados, uma revisão da questão cultural frente a postura do casal para conquista da formação familiar. Isso possibilitará que esse acontecimento torne-se enriquecido de

um significado ampliado, de pai provedor da família para pai afetivo e envolvido com a gravidez, no processo de nascimento e cuidados com os filhos.

Considera-se esse tema ainda relevante para a produção acadêmica em pesquisa pela oportunidade de descaracterizar que a participação no pré-natal pertence apenas às mulheres. A participação e o envolvimento do pai nesse período é uma nova forma de entender e vivenciar o papel masculino na gestação, contribuindo para a saúde da gestante, do pai e do bebê.

No que se refere ao serviço de saúde, é o momento oportuno para a captação desse pai, ampliando o atendimento integral à saúde do homem baseado nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social. Os profissionais de saúde, em geral, precisam conhecer melhor essa temática para que possam superar os preconceitos e consigam desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde, melhorando a qualidade do cuidado ao pré-natal de modo que se promova equidade nas ações de saúde.

1.6 CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA

O estudo contribuirá para aprofundar a temática ao trazer os pais para o processo gestacional, o que favorece uma experiência de paternidade não apenas como um experimento social significativo, mas também como um momento de estabelecimento do vínculo afetivo da tríade mãe-pai-filho. Possibilitará ainda a vivência de relações conjugais menos conflituosas e o surgimento de um pai na contemporaneidade que rompe com os modelos tradicionais de assistir na enfermagem, incluindo o homem em questões mais concernentes da saúde reprodutiva, de maneira que ele torne-se mais atento e preocupado com a saúde da companheira/esposa e do bebê, conforme prioriza a Rede Cegonha e PNAISH.

Outra contribuição está direcionada ao aprimoramento do cuidado pré-natal desenvolvida no cotidiano da enfermagem, atribuição que advém de um planejamento das ações não apenas às gestantes, mas para o casal. Qualificar a atenção à saúde do homem, por meio de uma assistência que valorize seus saberes e práticas compartilhados com o saber profissional do enfermeiro, pode favorecer a construção de novas formas de cuidar que proporcionarão benefícios aos pais e as gestantes.

Uma importante contribuição está relacionada ao ensino, o qual possibilite inserir no contexto da formação elementos que permitam discutir os novos papéis de homens e mulheres no processo gestacional. As orientações pedagógicas podem ainda desenvolver competências e habilidades voltadas para a promoção da saúde e não apenas para processos assistencialistas e mecanicistas do corpo. Para além, o diálogo e a socialização de saberes e práticas entre os profissionais e a clientela serão favorecidos.

Os desdobramentos deste estudo permitirão ampliar os debates sobre o tema do pai no processo gestacional, fornecer subsídios para o desenvolvimento de outras pesquisas e fortalecer a rede de pesquisadores e construção científica do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher (NUPESM), da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Poderão ser reforçadas, ainda, as discussões no Núcleo, possibilitando um estreitamento nas produções interdisciplinares com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Ademais, pode ocorrer a ampliação das redes de pesquisas nessa temática, considerando a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa na área da Enfermagem.

A divulgação dos resultados também contribuirá com os profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde ao fornecer-lhes elementos que promovam suporte para o desenvolvimento de ações com vistas à integralidade e equidade da atenção ao casal no período gravídico-puerperal.

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: AVANÇOS PARA A MULHER E O HOMEM

No Brasil, até a década de 1980, não havia uma política específica que privilegiasse a prevenção e a promoção da saúde da mulher, apesar dos altos índices de mortalidade da população feminina registrados. Na época, as ações programáticas destinadas para a atenção a esse grupo eram focadas no ciclo gravídico-puerperal, não contemplando as necessidades e expectativas de saúde das mulheres na sua integralidade.

Com a mobilização do movimento feminista, unido à cooperação dos profissionais de saúde ocorrido nessa época, originaram-se as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado em 1984, pioneiro, inclusive no cenário mundial, pois propunha o atendimento integral à saúde reprodutiva das mulheres, não mais utilizando ações isoladas de planejamento familiar (BRASIL, 2011a).

A implantação do PAISM sofreu influência do SUS, criado no Brasil em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, definindo no artigo 196, “A saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante a execução de políticas econômicas e sociais a fim de que todo cidadão brasileiro, homem ou mulher, tenha acesso universal, igualitário e integral em todas as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2013c). Incorporaram-se, assim, princípios que embasariam a formulação do SUS como a descentralização, a hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e da equidade da atenção (BRASIL, 1984).

Com a implantação do SUS, o PAISM é influenciado pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família. No ano de 2001, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), foi estabelecida, para os municípios, a necessidade de garantir ações mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero (BRASIL, 2001).

Para continuar garantindo o direito à saúde expresso na CF 1988, o Estado manteve como seu dever o fortalecimento do direito das mulheres à saúde, nas políticas públicas de saúde, com a consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Essa medida foi organizada a partir da criação das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres e de Promoção da Igualdade Racial, em que as mulheres são compreendidas como sujeitos ativos no cuidado de sua saúde e a maternidade é entendida não como uma obrigação, mas sim como uma escolha (BRASIL, 2004).

A PNAISM tem como objetivos consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, preocupando-se em aperfeiçoar o cuidado obstétrico e o acesso ao planejamento familiar; em melhorar a atenção ao abortamento inseguro, à violência doméstica e sexual; além de atuar na prevenção do câncer de mama e do câncer do colo do útero.

A agenda de compromissos dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) entre o governo federal e municípios propõe, em seu 5º objetivo, melhorar a saúde das gestantes, definindo indicadores para atingir a meta estabelecida. O principal indicador é a proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal/ano (BRASIL, 2013b).

Entretanto, essa meta não se resume apenas ao número de consultas pré-natal. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza, também, a vinculação e o acompanhamento das gestantes nas unidades de saúde, bem como a utilização de procedimentos e adoção de medidas benéficas durante o parto e o nascimento (BRASIL, 2012a). A criação da estratégia Rede Cegonha pelo MS em 2011, para operacionalizar pelo SUS essas ações de forma mais amplificada incluindo a necessidade de qualificar o cuidado pré-natal, promovendo a articulação em rede, é vista como uma das ferramentas que pode contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica para as mulheres, recém-nascidos e crianças (BRASIL, 2011c).

Para assegurar o desenvolvimento dessa proposta, o PHPN recomenda dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica, com destaque para fomentar a escuta ativa da gestante e dos acompanhantes de sua escolha, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais avançando para um cuidado não apenas biológico. Outro passo importante é garantir o direito do (a) parceiro (a) ser cuidado, possibilitando a realização de exames, consultas e ter acesso a informações, em todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2012b).

Essa ação está em consonância ao planejamento apresentado na PNAISH, lançada em 2009 pelo MS, com o objetivo de promover ações de saúde que garantissem a equidade de gênero, observando as diferenças de morbi-mortalidade, entre homens e mulheres, de modo que impõe um desafio à sua implantação e expansão (MOURA et al., 2012). Da mesma forma, deve-se facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e serviços de saúde, contribuindo efetivamente para a redução da morbidade, da mortalidade e das condições de saúde, ao criar estratégias que tornem os homens mais motivados pelos serviços de saúde, por um lado, e por outro, ao fazer com que os serviços sejam mais prestativos, acolhedores e humanizados para esse grupo (EVANGELISTA, 2013).

Nesse contexto, a PNAISH alinha-se à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao PHPN e à Rede Cegonha, considerando-se que aquela propõe a qualificação do acesso, na busca pela construção de uma rede de cuidados que visa assegurar a incorporação dos homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar. Discute-se, ainda, a urgência da ampliação da participação paterna no pré-natal, parto e puerpério, no crescimento e desenvolvimento da criança, além de discorrer sobre a oferta necessária de exames previstos para os homens que participam do pré-natal masculino (BRASIL, 2012b).

A execução dessas ações na atenção básica apresenta resultados que podem servir de referência para outras experiências, avaliando o quanto estas se aproximam ou se distanciam das realidades estudadas. Essa tarefa envolve a mudança de paradigmas para que haja a promoção dos cuidados com a saúde dos homens e com a saúde de suas famílias, junto a outros segmentos masculinos (GOMES et al., 2013).

No contexto das políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher e à saúde do homem, toma-se por objetivo qualificar a atenção, oferecendo excelência na assistência a esses grupos. Uma das estratégias dessa política é a integração transversal a outras políticas de saúde para melhor construção e operacionalização, pois historicamente o homem tem dificuldade em reconhecer suas necessidades e a possibilidade de adoecer. Nessa conjuntura, o pré-natal promoverá o acesso dos homens aos serviços de saúde, servindo como porta de entrada, a fim de resguardar a prevenção, promoção, investigação e intervenção em seu quadro clínico, se necessário (BRASIL, 2009a, p.5).

É imprescindível planejar e escrever políticas públicas e não somente mantê-las no planejamento, mas elas devem ser articuladas entre si, na tentativa de garantir a

integralidade do cuidado ao longo do ciclo de vida de homens e mulheres que procuram os serviços de saúde. Para desenvolver seu papel na transformação social, é necessário que o cidadão também conheça seus direitos e deveres, possibilitando ao indivíduo exercer o controle social.

Desafiar o posicionamento machista em relação à gravidez, considerando-a um acontecimento exclusivamente da mulher, levando à exclusão do homem do processo gestacional, é uma necessidade apresentada pela PNAISH. Tal política propõe processos de discussão baseados em ações e estratégias voltadas para o homem, reconhecendo suas dificuldades em compartilhar suas ansiedades, desejos, sentimentos de perda em relação à sua privacidade e mudanças em seus modos de vida.

A revolução no sistema de saúde trazida pela CF de 1988 deve permanecer viva e ser realmente transformadora, visando contribuir para aumentar a responsabilidade masculina em todas as áreas relativas à formação familiar e à saúde sexual e reprodutiva. Cabe ao sistema e aos profissionais de saúde não apenas alçar essas metas, mas, para além, auxiliar na superação de barreiras culturais, ideológicas, institucionais e individuais.

Vencer essa dificuldade depende também do fortalecimento e da qualificação da atenção primária, porta de entrada preferencial do SUS. Essas medidas devem possibilitar uma aproximação com o homem para a ocupação de espaços nos quais, cotidianamente, as mulheres estão desenvolvendo as ações numa perspectiva de gênero e devem, ainda, utilizar os princípios da prevenção e promoção à saúde.

Levando em consideração que as transformações sociais são dinâmicas e resultam na geração de novas necessidades de saúde, a superação dessas barreiras faz parte do processo de construção e consolidação da PNAISH. Isso porque esta, enquanto política de saúde, deve se materializar por meio de ações concretas desenvolvidas em parceria entre os gestores do SUS, as sociedades científicas, a sociedade civil organizada, os pesquisadores, os acadêmicos e as agências de cooperação internacional para considerar a saúde do homem brasileiro nas suas peculiaridades e semelhanças (BRASIL, 2009a).

Há urgência em estimular o homem a refletir sobre o dever e o direito à participação no planejamento reprodutivo, incluindo o cuidado pré-natal, para que o exercício da paternidade não seja apenas pela obrigação legal, mas um momento no qual ele possa participar de todo o processo. Este compreende desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando os ter, bem como o posterior acompanhamento da gravidez, do

parto, do pós-parto e da educação da criança, o que contribui para uma visão além da perspectiva utilitarista em benefício da condição de vida do binômio mãe-bebê.

2.2 O COMPONENTE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Governo Federal e Municípios 2013-2016 –, desenvolvida em conformidade aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos a partir da Declaração do Milênio das Nações Unidas, em setembro de 2000, fixou oito compromissos concretos (BRASIL, 2013b). Para aprimorar o quinto ODM – melhorar a saúde das gestantes –, o Brasil deverá apresentar razão de mortalidade materna (RMM) igual ou inferior a 34 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para o ano de 1990.

As mortes maternas são elevadas principalmente devido àquelas classificadas como causas obstétricas diretas ou indiretas. As causas diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer desses fatores. As causas indiretas decorrem de doenças pré-existentes (hipertensão, doenças do aparelho circulatório) ou que se desenvolveram durante a gestação (hemorragia), agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios (BRASIL, 2012a).

A RMM no Brasil vem diminuindo a cada ano, passando de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 1990, para 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015. A meta estabelecida era chegar a uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos, ainda não alcançada. Esse número elevado está relacionado à altíssima taxa de cesáreas, ao excesso de intervenções desnecessárias, à falta de treinamento de equipes especializadas e à proibição do aborto, fatores que se configuram como barreiras para que o risco diminua (BRASIL, 2009b, DATASUS, 2015).

Por outro lado, é inegável que houve uma redução importante ao longo dos últimos anos, mas ainda consta um panorama insatisfatório, o qual reflete as desigualdades sociais e regionais e a crise socioeconômica do país, ocasionando condições adversas de vida para a população e principalmente precariedade na atenção à saúde. Essa situação foi observada no estudo de Say et al (2014), no qual se verificou que, nos países em desenvolvimento, as mulheres estão em risco, pois geralmente os

sistemas de saúde apresentam aparelhagem sucateada para prestar uma assistência satisfatória, principalmente devido à carga de doenças não transmissíveis ser alta, tornando-se uma preocupação para quem está em faixa etária reprodutiva. É um fato preocupante, já que os homens só buscam o serviço de saúde quando não conseguem resolver sozinhos o problema que os acomete, o que pode levar ao agravamento do seu estado, dificultando sua recuperação bem como mantendo o ciclo de transmissão das doenças.

Esse dado chama a atenção para a forma de organização da assistência à saúde proposta pelo MS, por meio da Rede Cegonha, na qual os componentes pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança devem desenvolver as ações numa rede de cuidados, possibilitando o caminhar da mulher em todos os níveis de complexidade. Entretanto, como a implantação da Rede dá-se de forma gradativa e de acordo com critérios epidemiológicos de cada região, possivelmente a meta definida na ODM não será alcançada com a velocidade necessária para mudar a realidade vigente.

Soma-se a aquele fato, a morosidade para operacionalização da Rede no território brasileiro, com a alegação da inexistência de linhas de financiamento que a sustentem e, também, devido a interesses diversos que não levam em consideração as necessidades de saúde da população que deveria ser assistida.

Assim sendo, a redução dos óbitos ainda é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Essas altas taxas encontradas configuram-se num grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor acesso aos bens sociais (BRASIL, 2009b).

Estudos apontam uma melhor cobertura da assistência pré-natal no Brasil em todas as regiões brasileiras e em mulheres com diversas características, demográficas, sociais e reprodutivas. Contudo, o menor acesso à assistência pré-natal por mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações, solteiras e residentes nas regiões Norte e Nordeste mostra a persistência de desigualdades sociais no acesso ao serviço de saúde (FERRAZ; BORDIGNON, 2012, VIELLAS, E. F. et al., 2014), o que demonstra a necessidade de organizar a assistência levando em consideração a presença de vulnerabilidade em cada grupo. O predomínio dessas diferenças configura um cenário propício para a manutenção das altas taxas de mortalidade.

Para qualificar essas informações geradas pelos sistemas de informação, os Comitês de Morte Materna realizam a investigação e análise dos óbitos maternos, apontando uma relação de problemas que podem contribuir para o óbito na assistência pré-natal, tais como a dificuldade de acesso ao serviço de saúde; a falta de captação precoce; a falta de recursos humanos; a desqualificação do profissional de saúde e a inexistência de protocolos de serviço, referência e contra referência não formalizada – fatores que permitem verificar a inevitabilidade do óbito (BRASIL, 2009a; CASTRO; MOURA; SILVA, 2010).

O registro e análise dos dados, desde que estejam disponíveis e tenham qualidade, apontam as elevadas taxas de mortalidade materna e suas causas. Neste sentido, subsidiam o planejamento e possibilitam constatar a iminência do óbito, desenvolvendo ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, visando à autonomia, ao respeito e à dignidade da pessoa humana.

A assistência pré-natal originou-se no século XIX como uma modalidade de atendimento, a partir do momento em que o Estado interviu nas questões relacionadas ao cuidado pré-natal. O objetivo era proporcionar o nascimento de um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil da época, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher (BRASIL, 2001b). Esse formato de assistência propiciou a ocorrência, ao longo do tempo, de uma submissão das mulheres às práticas médicas, com a perda do conhecimento do potencial funcional do corpo feminino para viver a gravidez, mesmo com a implantação de políticas públicas que objetivaram atender a mulher na integralidade.

Esse fato pode explicar a dificuldade de compreensão de que a gestação é um processo fisiológico, com acompanhamento junto ao profissional de saúde, mas não são necessárias intervenções drásticas que descaracterizem esse momento como um evento social. Pelo contrário, o principal objetivo no pré-natal é acolher a gestante e seu acompanhante de escolha, desde o início da gestação até o nascimento.

A proposta é desenvolver a visão de pré-natal ativo e participativo, o que favorece a promoção da tríade mãe-pai-bebê, valorizando a importância do resgate do afeto integrado e o conhecimento do próprio corpo. Neste sentido, a assistência pré-natal é um notável componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, tarefa essa que deve incorporar diretrizes para desenvolver uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetivo, assegurando um padrão de acesso e

qualidade, não apenas às gestantes, mas também, aos acompanhantes de sua escolha. Esse objetivo no pré-natal é proposto pelo MS com a finalidade de garantir o desenvolvimento da gestação e possibilitar o parto e o nascimento de um recém-nascido saudável sem impacto para a saúde materna (BRASIL, 2012a).

A assistência/cuidado pré-natal inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. A qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde é a condição que favorece a adesão das mulheres ao pré-natal, fator essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000).

Uma assistência pré-natal qualificada e humanizada é conseguida quando se incluem procedimentos acolhedores e sem intervenções desnecessárias. É fundamental garantir a facilidade no acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. Cada nível de gestão do sistema de saúde deve garantir às gestantes seu acompanhamento de acordo com parâmetros estabelecidos (BRASIL, 2012a).

Os parâmetros de qualidade previstos referem-se à infraestrutura adequada, no que diz respeito aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam às necessidades de cada gestante, proporcionando melhores resultados na assistência ao parto e ao nascimento (CASTRO, MOURA, SILVA, 2010). A realidade apresentada nem sempre corresponde ao ideal, o que pode comprometer a qualidade final da assistência prestada, desfavorecendo a identificação de necessidades, de medos, de tensões, de ansiedades e a resolução de possíveis intercorrências.

O PHPN e a Rede Cegonha instituíram um elenco mínimo de ações que devem ser concretizadas nos serviços de saúde, vinculando o atendimento da gestante à unidade básica de saúde, a qual deverá captá-la precocemente até 120 dias iniciais da gestação; realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal, as quais podem ser médicas ou de enfermagem; desenvolver ações educativas; solicitar exames laboratoriais, e estimular para o parto normal (BRASIL, 2013a).

A recomendação é que a primeira consulta de pré-natal aconteça imediatamente ao diagnóstico da gravidez, mas, muitas vezes, o acesso só ocorre em períodos avançados da gravidez, impossibilitando desenvolver uma assistência de qualidade. É uma situação recorrente que pode gerar risco e fazer aumentar as taxas de mortalidade

materna pelo não atendimento aos princípios da equidade e da universalidade dos direitos à saúde.

Seguindo as normas do MS, a assistência pré-natal deve desenvolver condutas acolhedoras, ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; realizar a detecção de patologias e de situações de risco gestacional; deve ser responsável pelo estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e a maternidade onde ocorrerá o parto; e, ainda, garantir o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento na unidade básica de saúde ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2012a).

Uma assistência de qualidade durante o pré-natal não se resume apenas a uma consulta ou solicitação de exames, mas envolve também o ato de acolher e de reconhecer as necessidades de saúde, cultura e vínculos, a partir de um processo dialógico que visa à promoção da saúde da gestante. Essa intervenção profissional favorece também a formação de uma rede de apoio social, de modo que os pacientes possam contar com o suporte de amigos e/ou familiares dando conselhos, informações sobre saúde e auxílios em aspectos emocionais (MELO et al., 2011, PICCININI et al., 2012).

É importante lembrar que o cuidado pré-natal necessita criar vínculos de confiança e segurança entre o profissional, a gestante, o pai e a sua família, favorecendo uma resignificação de saberes e práticas e o alcance de metas que são discutidas e traçadas por todos e não apenas pela gestante.

2.3 A GESTAÇÃO FRENTE AO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

Com a implantação do PAISM no ano de 1984, houve um estímulo à participação do enfermeiro nas ações de saúde da mulher, principalmente na assistência pré-natal, sendo que prática da enfermagem profissional já era legal e amparada nos termos da Lei nº 2.604/55. Esta dispõe sobre o serviço profissional em geral e o da enfermeira obstétrica, caracterizando o exercício da enfermagem pela concepção de execução de tarefas de acordo com o local onde se realizam os cuidados, além de indicar o que deve ser feito e descrever procedimentos tradicionais na assistência à mãe e à criança (GUERREIRO et al., 2012).

No dia 25 de junho de 1986, é promulgada a Lei nº 7.498, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem com embasamento teórico-científico, dando respaldo legal ao enfermeiro

para atuar como integrante na equipe de saúde, no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e para prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Privativamente, o cuidado de enfermagem é desenvolvido no âmbito da consulta de enfermagem.

Houve um avanço nas políticas de saúde voltadas para a mulher, que, de certa forma, foi acompanhado também pela enfermagem, o que facilitou o processo de inserção do profissional enfermeiro nas ações voltadas para o atendimento integral à mulher no pré-natal. Essas atitudes devem ser desenvolvidas a partir dos eixos norteadores da integralidade e promoção da saúde, incluindo a humanização e a qualidade do atendimento.

Dentre as categorias profissionais que atuam na assistência pré-natal, o enfermeiro ocupa uma posição destacada na equipe de saúde, pois é um profissional qualificado para o atendimento à mulher e à gestante. Ele possui um papel muito importante nas áreas educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização (RODRIGUES et al., 2011).

A atuação do enfermeiro no pré-natal permite identificar e valorizar os aspectos pessoais de cada gestante. Assim, possibilita-se a ocorrência da integração das particularidades desta com as ações oferecidas durante a consulta de enfermagem, como o desenvolvimento de procedimentos clínico-obstétricos; acesso à informação sobre a importância do pré-natal, do preparo para o parto, dos cuidados no puerpério e com o recém-nascido. A atuação do profissional de enfermagem opera também na busca ativa de gestantes que não comparecem regularmente (CUNHA et al., 2009).

O enfermeiro, na consulta de enfermagem pré-natal, deve dar ênfase à promoção à saúde e à prevenção de doenças, considerando a gravidez como um evento normal da vida. Assim trabalhando, deve utilizar uma variedade de fontes de conhecimento para a tomada de decisão, permitindo que o atendimento seja um processo dinâmico, para responder à modificação do estado de saúde de cada mulher (ICM, 2002).

A consulta de enfermagem no pré-natal tem o objetivo de minimizar dúvidas e ansiosos, além de oferecer informações técnicas. Nela, há também possibilidade de criar vínculo entre o enfermeiro, a gestante e o seu grupo familiar, tornando-se uma ocasião de diálogo, que permite dar destaque também ao pai da criança.

Essa oportunidade de diálogo aproxima a clientela do profissional e favorece o esclarecimento dos motivos e da importância da realização de procedimentos (exames laboratoriais, ultrassonografia, prescrição de medicamentos, vacinação, exame físico

obstétrico). Tais acontecimentos contribuem para uma relação de confiança e proximidade da gestante e de seu companheiro/esposo com o serviço de saúde, conseqüentemente melhorando a qualidade da assistência no atendimento pré-natal (CUNHA et al., 2009).

Para que essas metas sejam efetivadas, é importante desenvolver um olhar crítico, colocando o conhecimento técnico científico na totalidade da consulta, a fim de compreender melhor a identidade humana – gestante e companheiro/esposo –, de modo a oferecer o cuidado requerido e não somente o cuidado prescrito. Deve-se, ainda, interpretar a percepção que eles têm em relação à experiência da maternidade e da paternidade de maneira ampla e única (PICCININI, 2012). Portanto, é necessário levar-se em consideração o ambiente, a família, as mudanças fisiológicas, sociais e culturais que a gestação impõe. É crucial valorizar os sentimentos e as histórias relatadas pelo casal de maneira individualizada, contextualizando com o cuidado pré-natal.

A gestante é o foco principal desse processo, mas é possível incluir a família para interagir nesse momento, trazendo mais segurança e garantindo o acolhimento como estratégia de humanização para vincular a mulher ao serviço de saúde. Nesse contexto, a participação ativa do pai no ciclo gravídico de sua companheira/esposa é determinante e torna-se o momento oportuno para sua inserção no serviço de saúde, facilitando a discussão sobre a sua vulnerabilidade às doenças e sobre os estereótipos de sexo e favorecendo as oportunidades de apoio físico, emocional e social à gestante (BENZAZZI; LIMA; SOUSA, 2011). Nesse pensamento, é necessária a mudança de paradigmas para a promoção, junto de segmentos masculinos, de cuidados com a sua saúde e com a saúde de suas famílias (MOURA et al., 2013).

A inserção do pai no acompanhamento pré-natal pode parecer estranha num primeiro momento, mas ele torna-se uma peça valiosa na definição e organização das consultas. Para que isso ocorra, é imprescindível conhecer e permitir que o pai expresse suas dúvidas, dificuldades, expectativas e necessidades, não impondo o conhecimento técnico-científico, para compatibilizar o cuidado pré-natal com a sua realidade e a da gestante.

No entanto, o cenário atual apresenta coexistência de modelos de relação, desde aqueles marcados pelas diferenças de sexo, que afastam o homem da vivência do processo gestacional, até aqueles nos quais os homens demonstram um envolvimento intenso nessa experiência. Mesmo sem um viés comum de um modelo ou protótipo específico, existe uma mesma questão comum, sendo ela a carência da escuta dos pais.

Na contemporaneidade, o que há de maior relevância é a possibilidade que os pais de hoje têm de refletir a paternidade, questionando antigos valores e definições. Essa atitude abre caminhos a uma nova concepção e uma nova forma de vivenciar o papel paterno (BORNHOLDT; WAGNER; STAUDT, 2007, p. 89-90).

A alternativa ao desenvolvimento desses novos papéis pode ser realizada durante a consulta de enfermagem pré-natal. Contudo, ela não é conhecida pela clientela como um direito, o que dificulta também a inserção do pai. Além disso, ele geralmente não sabe que o enfermeiro é um profissional com competência e com habilidade para desenvolver o cuidado pré-natal. Um dificultador para uma boa adesão à consulta de enfermagem pré-natal realizada pelo enfermeiro pode estar relacionado às diferenças nas ações e procedimentos desenvolvidos, não havendo definições de condutas estabelecidas em protocolos assistenciais. Tal fator evidencia uma não padronização e orientação por práticas baseadas em evidências científicas (DUARTE, MAMEDE, 2013).

Por outro lado, é possível ser-saber-fazer enfermagem de um modo diverso do tradicional, que consiste em centrar-se nas necessidades dos usuários e não das equipes de saúde, desenvolvendo uma assistência qualificada no pré-natal e mostrando a relevância da consulta de enfermagem para a concretização das ações (FELICIANO, PRADEBON, LIMA, 2013).

Atualmente é possível que homens e mulheres dividam também responsabilidades e prazeres durante a relação sexual, a gestação, o trabalho de parto e no cuidado com a prole. Reconhecer esse fenômeno proporciona uma participação masculina que é fundamental para a construção de uma sociedade mais equitativa em relação à sexualidade, à saúde reprodutiva, à paternidade e às relações de cuidado (LYRA; MEDRADO; LOPES, 2007).

Dependendo do sentido atribuído pela sociedade ao papel do homem nas questões relativas às experiências e às vivências reprodutivas, em especial a gestação, haverá dificuldades nas discussões e pesquisas sobre o assunto. Visando amenizar esses entraves, deve-se trazer à reflexão que ser pai e ser mãe não se restringe apenas às tarefas domésticas e ao cuidado com os filhos.

Devem-se distinguir as particularidades do homem na gestação e considerar que ele também necessita de atenção, visto que a sua participação traz benefícios à mulher e ao bebê. Ao fazê-lo favorece que o enfermeiro analise também os fatores físicos,

psíquicos e sociais do pai, dialogando e definindo metas e objetivos a serem atingidos durante o ciclo gestacional da mulher/esposa.

É a oportunidade de promover uma mudança da postura prática dos profissionais de saúde, sejam homens ou mulheres, a fim de desenvolver uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de sexo e as demandas trazidas pelos pais no uso do serviço. Isso beneficia a ampliação da visibilidade dos pais no serviço de saúde, estimulando a percepção dos enfermeiros em relação às suas necessidades e promovendo um reconhecimento do espaço institucional para a elaboração e planejamento de atividades direcionadas aos pais (FIGUEIREDO, 2005; KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Nesse contexto, o enfermeiro possibilita o atendimento ao pai também buscando identificar as suas necessidades de saúde, numa visão voltada para a promoção à saúde e para o direito à saúde. Assim, contribui-se para o desenvolvimento de ações, como a escuta ativa por exemplo, que favoreçam a inserção paterna no cotidiano dos serviços de saúde (CASTRO, 2012). A atuação do enfermeiro pode contribuir para mudanças no cuidado pré-natal, na medida em que pode avançar na melhora do desempenho dos serviços que atendem à tríade na gestação, reforçando a operacionalização da rede de assistência na perspectiva do SUS.

CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM TÉORICO-METODOLÓGICA

3.1 A TEORIA DA DIVERSIDADE E DA UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

A inserção do acompanhante de escolha da gestante no cuidado pré-natal ocorre de forma não sistematizada e ainda obedece à lógica que sustenta a organização da assistência à saúde voltada para o modelo biomédico. Esse cenário não favorece o conhecimento dos aspectos culturais e sociais que marcam e influenciam a vida das pessoas (TEIXEIRA, 2008). O acompanhante é, na maioria das vezes, o pai do bebê, e esse é o momento oportuno para inseri-lo no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa.

Para tanto, é fundamental reconhecer e considerar o contexto cultural não somente da gestante, mas também do pai, pois o período da gestação é um evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres. É recomendado que o cuidado pré-natal acolha, reconheça e compreenda práticas de cuidados, mitos, crenças, hábitos culturais, propiciando um cuidado mais satisfatório e significativo (BARUFFI, 2004; BRASIL, 2012).

Esse campo cultural ingressou no conjunto da enfermagem a partir dos estudos realizados por Madeleine Leininger, tendo essa autora publicado, em 1985, a primeira apresentação de seu trabalho como uma Teoria, e, em 1988, aprofundado essa apresentação, oferecendo definições para os conceitos propostos à época. Defendia-se que qualquer ser humano vivencia e conhece comportamentos de cuidados a partir do contexto familiar, sendo que os valores, as crenças e as práticas culturais influenciam na forma como o ser humano espera ser cuidado pela Enfermagem.

O pressuposto básico de Leininger (1995) é o de que a enfermagem é uma disciplina essencialmente cultural, envolvendo o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diversas orientações culturais ou estilos de vida específicos dentro de determinada cultura. É considerado ainda que a teoria de enfermagem deva valorizar a descoberta criativa sobre o indivíduo, sobre as famílias e sobre os grupos. Para tanto, é preciso incluir em seu cuidar valores, expressões, crenças e ações ou práticas fundamentadas no seu modo de vida cultural a fim de produzir um cuidado de enfermagem satisfatório e culturalmente congruente (LEININGER; FARLAND, 2002).

Em seus estudos, Leininger emprega o termo “enfermagem transcultural”, adotado para referir-se ao conhecimento e às práticas em desenvolvimento relativo a esse novo campo de estudo e prática. Dessa forma, sua teoria é construída sobre a proposição de que as pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas pelas quais experimentam e percebem o atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde (GEORGE, 2000). O objetivo da teoria é prover um cuidado culturalmente coerente e responsável, adequado às necessidades de cultura, de valores, de crenças e de realidades sobre o modo de vida da clientela (op. cit., 2000).

Do ponto de vista de assistência em saúde, a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1991) afirma que o conhecimento sobre a cultura dos indivíduos era o elo que faltava na Enfermagem para prestar um atendimento adequado a cada cliente (GEORGE, 2000, p. 302). A meta do enfermeiro é desenvolver um atendimento específico e saudável que contribua para o bem-estar da pessoa, respeitando seu modo de vida, suas crenças e seus valores.

O destaque dado por Leininger (1995) está no profissional - a Enfermeira - poder reconhecer as diferenças e as semelhanças entre as diferentes culturas em relação aos fenômenos que envolvem o cuidado humano, baseando-se na visão das pessoas e não na visão da enfermeira. Propõe uma nova visão de mundo, a qual coloca a pessoa no contexto, ao não separar seu ambiente social e cultural, ao assistir a pessoa como um todo, valorizando suas crenças, mitos e costumes, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais de cuidado (TEIXEIRA, 2008).

Leininger (1985, p. 210) ressalta que a enfermagem é um fenômeno cultural, sendo a sua essência o cuidado às pessoas em suas diversas culturas. Para cuidar, a enfermeira precisa ter um mínimo de conhecimento da cultura, que permita um diálogo entre quem cuida e quem é cuidado, não separando as visões de mundo, a classe social e as crenças culturais, tanto populares quanto profissionais, de saúde, do bem-estar, da doença ou do cuidado, pois são fatores intimamente ligados quando se trabalha com culturas.

Para Leininger, o trabalho das enfermeiras deve explicar a utilização e os significados do cuidar, de maneira que essa assistência, os valores, as crenças e os modos de vida constituam embasamentos exatos e seguros, a fim de planejar a forma eficaz do próprio cuidado cultural, identificando fatores universais ou comuns acerca dessa atenção planejada.

A autora define alguns conceitos que compõem a teoria e favorecem a sua aplicação (LEININGER, 2006, p. 86-7). Os *cuidados* são os fenômenos abstratos e concretos relacionados à assistência, ao apoio, à possibilidade de experiências ou aos comportamentos para os outros com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana. Para isso, é preciso *cuidar* desenvolvendo ações e atividades orientadas para assistir, apoiar ou capacitar a clientela.

A *Enfermagem* é uma disciplina e profissão humanística e científica, centrada nos fenômenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a conservar ou readquirir o seu bem-estar, de forma culturalmente significativa e benéfica, ou para ajudar as pessoas a encarar a morte (LEININGER, 2006, p. 86-7).

Nessa abordagem, a Enfermagem busca desenvolver suas ações para que a clientela possa manter a *saúde* como uma condição de bem-estar, que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos ou grupos de desempenhar as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos e benéficos (op. cit. 2006, p. cit.).

Assim, é importante conhecer a *cultura* do público, expressa pelos valores, crenças, normas e modos de vida que são aprendidos, partilhados e transmitidos de geração a geração, os quais orientam o pensamento, as decisões e as ações de formas padronizadas. Por meio dessa abordagem, é possível identificar os valores culturais, diversificados ou universais, que orientam a tomada de decisão dos membros da cultura, dado que apresentam as maneiras desejáveis de ação e de conhecimento (op. cit. 2006, p. cit.).

A *diversidade cultural do cuidado* indica a variação ou diferenças de significados, de padrões, de valores, de modos de vida ou de símbolos de cuidado dentro da ou entre a coletividade, relacionados com a expressão do cuidado humano de auxílio, suporte e capacitação. Em outro aspecto, a *universalidade cultural do cuidado* busca os significados, os padrões, os modos de vida ou os símbolos de cuidado comuns, sejam eles semelhantes ou dominantes, que se revelam entre muitas culturas e refletem formas de auxílio, apoio, facilidades ou capacitação para ajudar as pessoas (op. cit. 2006, p. cit.).

Por meio da identificação tanto da universalização quanto da diversidade do cuidado cultural, é possível definir e identificar a *visão de mundo*, que é a forma pela

qual as pessoas tendem a ver o mundo ou o seu universo, formando uma imagem ou uma posição valorativa sobre a sua vida ou sobre o mundo ao seu redor. Ao conhecer essas concepções, é viável identificar a *estrutura social* à qual o indivíduo ou o grupo pertence, pois elas envolvem a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura ou sociedade. Pode ser reconhecida também a maneira como funcionam esses parâmetros para dar sentido e ordem cultural, incluindo os fatores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais (op. cit. 2006, p. cit.).

A identificação da estrutura social possibilita examinar os *sistemas populares de saúde* ou de bem-estar. São eles que definem as práticas de cura ou de cuidado de saúde nativas, locais ou tradicionais, com seus significados e usos especiais para ajudar ou curar as pessoas, oferecidos geralmente, pelas famílias ou na comunidade, com seus profissionais do local. Essas práticas precisam ser apreendidas pelo *sistema profissional de saúde* que detém o ensino, a aprendizagem e a transformação formal do cuidado profissional, da saúde, da doença e do bem-estar. Nesse contexto, o sistema figura também os conhecimentos relativos necessários e as competências de prática que prevalecem nas instituições profissionais, geralmente com equipe multidisciplinar para atender a clientela (LEININGER, 2006, p. 86-7).

Por meio desse conhecimento, a enfermeira pode decidir por ações de enfermagem congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos, utilizando três formas de decisão e ação de cuidado. A primeira consiste na *preservação cultural de cuidado ou manutenção*, que inclui ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação para ajudar a clientela a preservar ou manter seu estado de saúde, ou restabelecer-se de uma doença ou enfrentar a morte. Há também a *acomodação cultural do cuidado ou negociação*, a qual inclui ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou capacitação para ajudar a clientela de determinada cultura a adaptar-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde, ou negociar as ações e decisões assistenciais, ou, ainda, a enfrentar a morte. Em terceira instância, discute-se a *repadronização cultural do cuidado ou reestruturação*, em que os profissionais desenvolvem ações e emitem decisões de auxílio, apoio ou capacitação que ajudam os clientes a modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que deem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis (op. cit., 2006, p. cit.).

Os pressupostos assinalam que a enfermagem é uma disciplina e uma profissão de cuidado transcultural com a finalidade central de atender os seres humanos em todos os locais do mundo. Ao desenvolver o atendimento de enfermagem culturalmente congruente, benéfico e saudável, a enfermeira contribui para o bem-estar do pai, da gestante, do bebê, à medida que o auxílio funcione no contexto de seus ambientes (GEORGE, 2000).

É necessário que a enfermeira conheça a sua clientela, os seus padrões, as suas expressões e os seus valores culturais, trabalhando com esse conhecimento de forma apropriada e significativa. Por último, aponta-se a pressuposição de que, quando a clientela não recebe um atendimento de enfermagem sem respeitar seu modo de vida, suas crenças e valores, poderá demonstrar sinais de estresse, não comprometimento, conflitos culturais e/ou preocupações éticas ou morais (LANGDON; WIK, 2010).

Para Leininger, a essência da enfermagem é o cuidado transcultural congruente desenvolvido de forma humanizada, por meio de ações e decisões de enfermagem que apoiam as pessoas com distintas orientações culturais e estilos de vida em benefício da saúde e do bem-estar.

Essas decisões precisam ser acordadas e compartilhadas entre enfermeira/cliente, pois, na medida em que se busca compreender o significado da ação de cuidado das pessoas em seu contexto real, respeitando suas diferenças culturais e o seu modo de perceber o mundo, esse cuidado será mais coerente e significativo (BARUFFI, 2004).

Dessa forma, é possível inserir o pai no cuidado pré-natal quando o saber profissional harmoniza-se com a necessidade e com a vontade, não apenas da gestante, mas do homem-pai também. Deve-se lembrar que esse processo envolve compreensão, diálogo, respeito, adaptação e união entre o modo de cuidar praticado pela enfermeira e a forma como os entes paternos esperam que as gestantes sejam cuidadas com a sua participação.

A enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento técnico e científico, mas deve também desenvolver a consulta conferindo importância às mudanças demográficas, sociais e culturais, que possuem profunda influência tanto nas crenças e práticas de cuidados de saúde observadas, quanto no uso dos serviços de saúde por indivíduos, famílias ou grupos (MELO, 2010, p. 30).

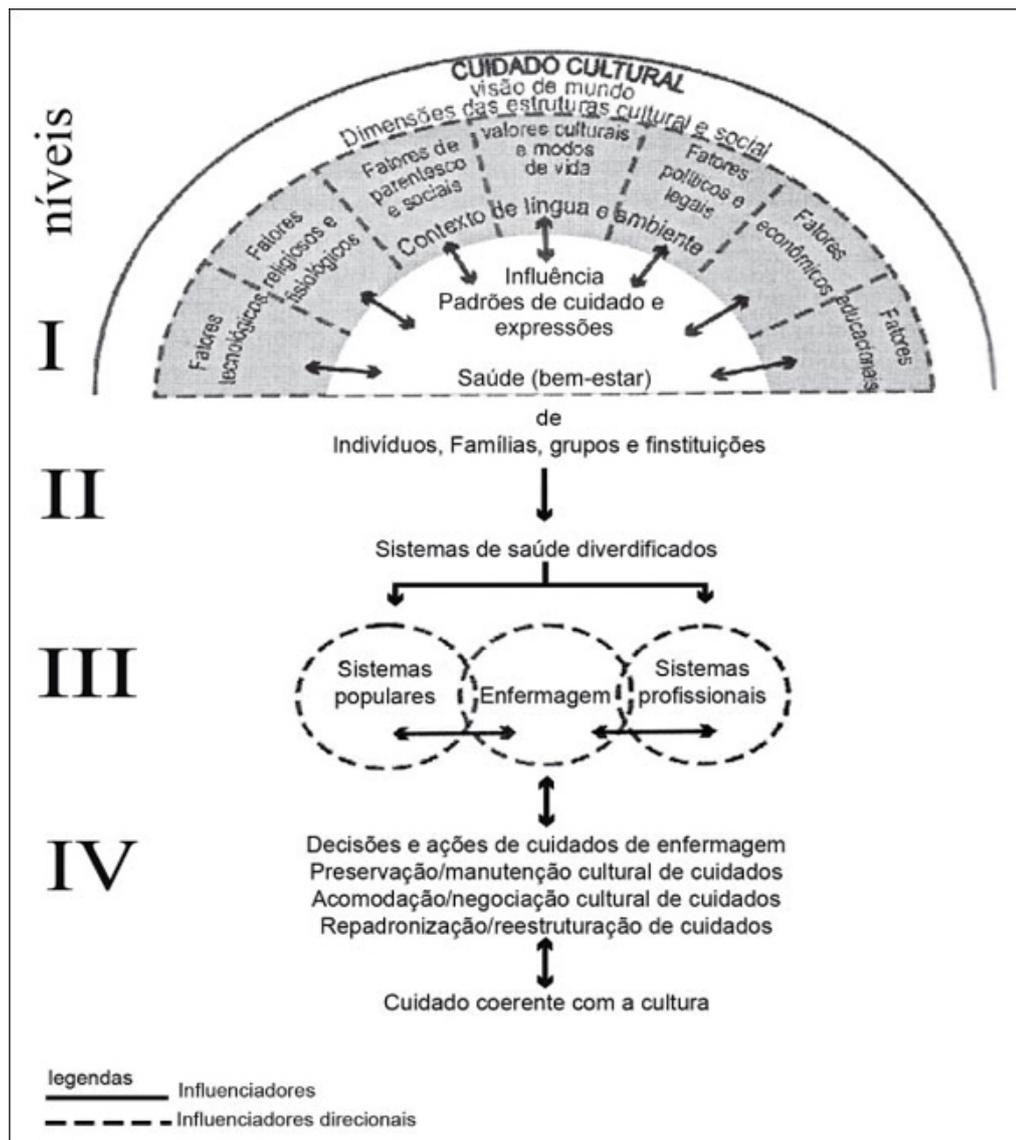
Nessa ideia, Leininger desenvolveu um modelo teórico-conceitual que pode ser visto como um mapa cognitivo denominado *Sunrise*, que traduz o objetivo final da teoria que é deixar o sol – o cuidado cultural – nascer e brilhar de forma tão intensa que

se reflita sobre os demais, disseminando esse cuidado cultural à sociedade. Esse modelo permite a construção do pensamento crítico e complexo sobre as dimensões das estruturas cultural e social em cada contexto específico, não deixando de lado os fatores biológicos e psicológicos envolvidos na assistência de enfermagem, que, de maneira acentuada, impactam o processo saúde-doença (MELO, 2013).

O modelo *Sunrise* é formado por fatores que se relacionam entre si e interferem no processo de cuidado de enfermagem, sendo o indivíduo, a família e a comunidade compreendidos por meio da junção de fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, legais, econômicos, educacionais e de companheirismo social (LEININGER, 1991).

O fluxograma do modelo (FIGURA 1) desenvolve-se de forma sistemática para o relacionamento interpessoal entre quem é cuidado e o profissional, funcionando como um guia para o enfermeiro na prática clínica. Além disso, ele possibilita a descoberta de novas perspectivas sobre cuidado e instiga o atendente a procura as diferenças e semelhanças de uma cultura de um grupo ou individualmente (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Figura 1 – Modelo de Sunrise (LEININGER & McFARLAND, 2006)



Fonte: LEININGER; McFARLAND, 2006.

O modelo apresenta quatro níveis, sendo que o Nível I representa a visão de mundo e sistemas sociais, possibilitando a compreensão das características dos cuidados levando em consideração os indivíduos de uma cultura, os fatores que compõem a estrutura cultural e social e os fenômenos transversais presentes em diversas culturas. O Nível II apresenta informações sobre os indivíduos, a família, significados e expressões particulares relacionadas com o cuidado de saúde. Já o Nível III fornece informações sobre os sistemas populares e profissionais, incluindo a enfermagem, que atuam em uma cultura e permite a identificação da diversidade e universalidade dos cuidados culturais. O último nível, Nível IV, determina quais as decisões e ações de cuidados de enfermagem para desenvolver o cuidado culturalmente coerente. O enfermeiro pode

decidir pela preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural, após utilizar o modelo de *Sunrise* (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Ressalta-se que nesse modelo, a enfermagem apresenta-se como a intercessão entre os sistemas populares e os sistemas profissionais, sendo que o enfermeiro, nas ações de promoção à saúde, será o cuidador direto, tendo maior contato com a clientela e realizando a ligação entre eles e os profissionais.

Com relação ao objeto de estudo desta tese, que é o pai no cuidado pré-natal, o cuidado culturalmente coerente relaciona-se à teoria pelo fato de a gestação ser considerada um evento social único e o pai está inserido neste contexto sociocultural. Esse cenário inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais o progenitor faz troca, influenciando-os e sendo influenciado por eles.

Assim, é necessário que, no pré-natal, a enfermeira identifique quais são os padrões de vida, ambientes e linguagens do cuidado do pai, bem como as características da estrutura social à qual ele pertence, ou seja, valores políticos, econômicos, religiosos, educacionais, tecnológicos e culturais que podem influenciar nos resultados das práticas de cuidado de enfermagem.

Do mesmo modo, o momento da interação entre a enfermeira e o pai para a tomada de decisão de quais ações de cuidado pré-natal serão mais satisfatórias deve levar em consideração os seus valores, crenças e modos de vida, o que permitirá uma maior satisfação com o cuidado de enfermagem.

Quando a enfermeira desenvolve o cuidado pré-natal na perspectiva cultural do pai, aquele processo torna-se mais significativo, de maneira que se possibilitam atos de cuidado pré-natal culturalmente congruentes com as crenças e valores do pai. É possível alcançar essa mudança numa perspectiva da prática, ao se alterar a realidade em que os pais são invisibilizados, excluídos da participação nesse processo de assistência ou colocados em uma posição periférica.

Diante disso, essa Teoria tem por finalidade proporcionar um atendimento significativo e eficaz para a gestante e seu companheiro/esposo de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença. Isso deve ser feito aproximando o modelo profissional de atendimento à visão de mundo, ao conhecimento e às práticas dessa clientela para direcionar o cuidado desejado (MOURA et al., 2005).

O companheiro/esposo deve ser visto como um homem-pai inserido em uma sociedade, o qual, em algum momento, passa a desempenhar mais um papel na vida social e familiar – o de pai –, vivenciando com sua companheira/esposa o surgimento de

um novo ser – o filho –, experimentando esse momento de acordo com sua visão de mundo, sua cultura e seus significados numa relação afetiva.

3.2 TIPO DE PESQUISA

O método da pesquisa está baseado nos conceitos de Leininger e nas políticas públicas de saúde do SUS voltadas para a atenção integral à saúde do homem e da mulher. Assim, foi permitida a análise dos fatores sociais e culturais que demonstram a forma como o pai participa do cuidado pré-natal, por meio de uma dinâmica de relações estabelecidas entre ele, a gestante, o bebê e o profissional de saúde. Possibilitou-se também a discussão sobre a participação paterna, levando em consideração a sua visão, no que diz respeito ao cuidado pré-natal de sua companheira/esposa.

Com o propósito de desenvolver a presente investigação, elegeu-se a pesquisa de natureza qualitativa e analítica, tendo como fonte primária os depoimentos dos pais, a partir dos quais se buscou aprofundar na dimensão social do fenômeno a ser investigado, definido pela sua participação no pré-natal. Dessa maneira, foi possibilitada uma relação dinâmica entre o sujeito-observador e o objeto, permitindo uma apreensão dos comportamentos, de suas experiências vividas, dos processos de escolhas e das visões de mundo (CHIZZOTTI, 2008).

A investigação qualitativa tem ainda como finalidade apreender a percepção individual e/ou social dos participantes do processo, a partir do detalhamento das entrevistas e observações do pesquisador no cenário de prática. Essa metodologia permitiu discorrer sobre as ações sociais imersas em contextos específicos e buscar detalhes do cotidiano em que as relações sociais são pautadas (ULLRICH et al., 2012). O cuidado pré-natal é um evento complexo, que envolve fatores emocionais, afetivos econômicos e sociais. Também, é um momento único e singular na vida de homens e de mulheres, que não pode ser relativizado por meio de variáveis, principalmente em relação à participação masculina no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa.

Essa metodologia aplica-se a estudos nos quais são privilegiadas as interpretações que os humanos fazem de como interagem com o mundo e constroem suas opiniões, crenças e valores, como os percebem e os sentem. As abordagens qualitativas conformam-se melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados no objeto de estudo (MINAYO, 2010). Essa abordagem permite

desenvolver o cuidado pré-natal na perspectiva cultural do pai, com o desenvolvimento de ações compatíveis com as crenças, valores e modos de vida do pai nesse contexto.

3.3 CENÁRIO DE PESQUISA

Como cenário de pesquisa, utilizou-se o consultório nº 6, do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia (G/O) – Casa 2, inaugurado no segundo semestre de 1976, com a finalidade de atender a demanda do Curso de Medicina e a implantação do Curso de Enfermagem e Obstetrícia. O espaço ainda é o campo de prática assistencial utilizado para o desenvolvimento da disciplina Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, na formação dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, do Departamento de Enfermagem (DE) da UFES.

Esse cenário é de responsabilidade da formação acadêmica do DE, que mantém uma docente à frente de suas atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, medida que promove a interação com a comunidade acadêmica e/ou usuários do SUS que buscam o atendimento no ambulatório. O desenvolvimento dessa atividade busca cumprir com a missão da formação profissional, além de ampliar as atividades extensivas por meio da integração ensino-serviço, favorecendo a inserção no campo profissional do estudante em formação.

A procura pelo ambulatório ocorre por meio de agendamento eletrônico, seja por demanda espontânea ou referenciada, mediante inscrição no serviço, abrindo-se um prontuário, sendo que ainda não existe prontuário eletrônico. Os usuários atendidos são de todo o Estado do Espírito Santo, sul da Bahia e norte de Minas. Em média, realizam-se duzentas consultas no pré-natal anualmente pelo enfermeiro/docente, com gestantes de baixo risco.

A aproximação do campo entre a pesquisadora e o cenário de pesquisa ocorreu sem intercorrências ou imprevistos, exceto a escassez dos pais no acompanhamento pré-natal com a sua companheira/esposa. Esse cenário estimula a gestante para a participação do pai ou de um acompanhante de sua livre escolha para o cuidado pré-natal. Um dos desafios enfrentados pela pesquisadora foi procurar motivar os pais a acompanhar as gestantes durante as consultas de enfermagem pré-natal, oportunizando-os a estabelecerem maior aproximação com a realidade proposta pela PNAISH e, ainda, visando possibilitar a ocupação de um espaço de cuidado no pré-natal, de modo que se busquem nesses serviços a apresentação de estratégias e as ações baseadas na atenção

integral, promoção da saúde e qualidade de vida, além de valer-se da a educação como estratégia para mudanças comportamentais (BRASIL, 2009a).

A escolha desse cenário apoia-se no fato de que o espaço favorece o acesso ao serviço de saúde à gestante e ao pai no cuidado pré-natal, proporcionando um maior envolvimento durante o processo gestacional, o que possibilita a captação dos pais no serviço. De acordo com a conjuntura política e econômica do país, vários usuários que buscam o atendimento pela primeira vez são oriundos da iniciativa privada; os quais pela queda do poder aquisitivo, não conseguem a marcação ou não tem mais acesso a seguros ou planos de saúde, seja por financiamento próprio ou pela empresa.

É importante essa observação, pois vários pais que iniciaram o acompanhamento pré-natal com suas companheiras/esposas estavam desempregados ou com trabalhos temporários. No entanto, quando eles conseguiam sua inserção no mercado de trabalho, muitos deixaram de acompanhar a gestante no cuidado pré-natal, o que dificultou a captação dos pais como participantes na presente pesquisa.

3.4 PARTICIPANTES

Os participantes foram os pais que acompanharam suas companheiras/esposas nas consultas de enfermagem pré-natal no ambulatório. Como critérios de inclusão, trabalhou-se com pais maiores de idade (mais de 18 anos), que moravam com a companheira/esposa no momento da pesquisa e que participaram de duas ou mais consultas de enfermagem no pré-natal, a fim de que pudessem vivenciar as etapas do atendimento, independente da idade gestacional e de ter mais filhos ou não. Para participar voluntariamente da pesquisa, todos concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Os critérios de exclusão referem-se aos pais que participaram de apenas uma consulta pré-natal com a companheira/esposa, com capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, que inviabilizasse a sua participação no momento da entrevista individual.

Para esta pesquisa em particular, foram consideradas as competências e habilidades do profissional, com a finalidade de favorecer o estabelecimento de uma assistência humanizada, a partir da escuta qualificada das necessidades apresentadas pelo casal, o que propiciou uma troca constante de experiências e conhecimentos durante o cuidado pré-natal.

Foram entrevistados doze (12) pais, e, apesar de se ter uma média de quinze (15) gestantes acompanhadas mensalmente, não foi possível obter o universo desejado nesse período da coleta de dados, que era de aproximadamente trinta (30) pais, numa expectativa de atender a demanda desta pesquisa, o que foi considerado uma limitação do estudo. Dos dezesseis (16) participantes selecionados, três (3) desistiram de participar e 1 (um), que estava desempregado, conseguiu emprego, impossibilitando sua vinda na data de agendamento para a realização da entrevista.

De acordo com as informações das gestantes, existem dificuldades para liberação dos companheiros/esposos nos locais de trabalho, considerando que o atendimento no ambulatório ocorre no horário de 07h30min às 12h00min, caracterizando conflito de horários com as atividades laborais. Outra situação atrela-se à ausência das gestantes nas consultas sem justificativa prévia, por falta de condições financeiras, de com quem deixarem os filhos ou por afazeres domésticos, sendo que, quando retornam, o companheiro não mais as acompanha.

A captação dos pais ocorre no momento em que se recebe a gestante no consultório pela primeira vez e, ao final do atendimento, solicita-se que traga o companheiro/esposo na próxima consulta para também acompanhar o pré-natal. A gestante atua como uma interlocutora para convencer ao companheiro/esposo a comparecer ao ambulatório.

No cuidado pré-natal, algumas orientações são oferecidas a partir da necessidade indicada pelo casal, referente a alimentação, a ingestão hídrica, a sexualidade e sexo, a sono e repouso, a atividades física e do cotidiano, a exercícios respiratórios e de preparação para o trabalho de parto e parto, a sinais do parto, a higiene, a aleitamento materno e a amamentação, a imunização, além dos cuidados básicos com o recém-nascido. Além disso, é oferecida ao casal a oportunidade de responder às demandas e expectativas apresentadas por eles no decorrer das consultas, privilegiando a sua individualidade e os seus saberes.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida com o propósito de assegurar os preceitos éticos que regem as investigações envolvendo Seres Humanos, os quais estabelecem normas e diretrizes, atendendo aos requisitos exigidos pela Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012 b). Com a finalidade de

proteger os participantes da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos da beneficência, do respeito à dignidade humana e da justiça.

No que se refere à beneficência, essa foi concretizada por meio da finalidade buscada de minimizar possíveis danos e maximizar os benefícios aos pais participantes da pesquisa. Esse princípio contempla as dimensões dos direitos de ficar livre de danos e desconfortos. Quanto a esses direitos, deve-se garantir a não maleficência da pesquisa quanto a danos físicos, emocionais, sociais e financeiros. O direito de ser protegido contra exploração deve garantir que a participação ou informações fornecidas não serão usadas contra os participantes e que a relação estabelecida entre o pesquisador e participantes permita não só evitar a maleficência, como promover benefício (POLIT; BECK, 2011).

Quanto ao respeito à dignidade humana, previu-se, na realização deste projeto, a garantia dos direitos à autodeterminação e ao pleno conhecimento. Foi assegurado que os pais tivessem autonomia para decidir de forma voluntária sobre sua participação na pesquisa, sem risco de sofrer penalidades ou assistência diferenciada no cenário de pesquisa. O pleno conhecimento do projeto abrangeu o direito dos pais disporem de informações necessárias à decisão de participar voluntariamente da pesquisa, ou seja, a pesquisadora descreveu minuciosamente a natureza do estudo, o direito de recusa à participação, as responsabilidades do pesquisador, os possíveis riscos e os seus benefícios (POLIT; BECK, 2011).

O princípio da justiça refere-se aos direitos de acompanhamento às consultas e ao cuidado no pré-natal das gestantes, incluindo a participação do pai, com atenção e privacidade. Quanto ao direito à atenção e privacidade, esse garantiu que os pais fossem selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão, e não quanto à vulnerabilidade que caracteriza alguns grupos sociais em prol do avanço científico. Tratar com respeito e livre de preconceito e de discriminação aquele que se recusar a participar ou desistir da pesquisa, cumprindo com todos os compromissos assumidos com os participantes, também é um dos deveres do profissional nesse aspecto. O direito à privacidade assegurou a preservação da identificação dos pais durante o processo de desenvolvimento da pesquisa, bem como a confidencialidade dos dados fornecidos (POLIT; BECK, 2011).

Considerando ainda os riscos à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que podem ser despertados nos participantes com a realização da entrevista, a pesquisadora pôde suspender a entrevista ou dar continuidade conforme

expressão do desejo de continuidade à pesquisa dos participantes naquele ou em outro momento.

Declarou-se que os benefícios provenientes do estudo aos participantes serão indiretos, por meio do cuidado prestado às gestantes pelos enfermeiros com a participação do pai durante a consulta de pré-natal no ambulatório, ao terem a possibilidade de incorporar em sua prática as demandas expressas à clientela para o atendimento de suas necessidades e expectativas.

Os dados foram coletados após aprovação no Comitê de Ética ao qual está vinculada a pesquisa (CEP EEAN/HESFA/UFRJ) através da Plataforma Brasil, e após apreciação final do parecer consubstanciado nº 1.135.199 datado de 30/06/2015 (ANEXO A).

Todos os participantes autorizaram sua participação voluntária ao assinar o TCLE (APÊNDICE B). Nesse termo, os propósitos principais da pesquisa, a sua importância, a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases do trabalho foram explicados em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, possibilitando o direito de desistência em qualquer momento, sem causar algum constrangimento ou prejuízo pessoal nas relações com a unidade de acolhimento.

As informações coletadas e disponibilizadas para a análise nesta pesquisa foram acessadas exclusivamente pelos pesquisadores e serão arquivadas em papel e mídia eletrônica, por um período de cinco (5) anos, e incineradas após esse período.

3.6 TÉCNICA E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, ao final do atendimento realizado à gestante, apenas após a concordância dos pais com a pesquisa e as informações obtidas em fontes primárias, diretas e originárias dos discursos. O período inicial de coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2015 e janeiro de 2016, sendo interrompido neste mês, considerando que não houve recursos humanos no ambulatório para manter a demanda de atendimento nas consultas de enfermagem. Em consequência, houve a necessidade de dar posterior continuidade à coleta na captação dos participantes, ampliando a demanda para os meses de fevereiro a abril de 2016.

Considerando o objeto e os objetivos da pesquisa, foram utilizados como técnica a entrevista individual e instrumento aberto, semiestruturado para a obtenção dos dados,

combinando perguntas objetivas e discursivas (APÊNDICE C). A primeira parte do instrumento investiga informações referentes ao perfil sociocultural dos pais, utilizando as variáveis de idade, raça/cor (autorreferida), estado civil, escolaridade, cidade de residência, religião praticada, ocupação/profissão, renda familiar, tempo de convivência com a companheira/esposa, número de pessoas que moram com o pai, número de filhos, idade dos filhos, planejamento da gravidez e razões para que a gravidez não ocorresse.

Para a entrevista individual, foi solicitado aos participantes que respondessem às perguntas, sem a preocupação com o tempo, com o preparo das respostas ou com inquietações se elas estavam certas ou erradas. Essa fase foi um grande desafio, pois tradicionalmente os homens não frequentam os serviços de saúde e nem são convidados a verbalizar suas experiências e expressarem sua opinião.

Considerando que o estudo não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos participantes, sejam elas comuns ou diversas, a etapa de coleta de dados foi finalizada quando se observou a inexistência de novas informações e a sua redundância (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2015).

Os depoimentos foram gravados com o consentimento de cada um dos entrevistados, por intermédio de um gravador digital (modelo MP3). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra visando à fidedignidade dessas informações, e serão arquivadas por 5 (cinco) anos em mídia digital (CD-ROM), sendo deletadas após esse período. Esses recursos foram fundamentais para o registro e preservação dos detalhes dos depoimentos. A duração das entrevistas foi em média de 20 minutos. Entretanto, verificou-se que o tempo figurou como a principal inquietação, já que foi considerado um tempo longo por alguns participantes.

A descrição sobre o atendimento, por meio da observação participante, foi uma etapa fundamental da pesquisa de campo, o que possibilitou a percepção da pesquisadora em relação à participação do pai no momento do cuidado pré-natal. O detalhamento das consultas ofereceu oportunidade de inúmeras reflexões sobre o objeto de estudo frente a situação social pesquisada. Os registros, descritos detalhadamente sob a forma de observações subjetivas do objeto estudado, assim como os sentimentos e expressões dos pais a respeito de sua participação no cuidado pré-natal apresentaram uma representatividade essencial no campo do cuidado e da geração de vínculos afetivos. Observa-se essa participação por meio da descrição das impressões obtidas pela pesquisadora, no intuito de compreender os sentimentos em relação à situação vivenciada com a clientela assistida.

3.7 ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS E ESTRUTURA DE ANÁLISE

Na perspectiva da discussão metodológica trazendo o referencial teórico de Leininger (2006), foi possível obter as categorias analíticas que emergiram do movimento de interpretação dos depoimentos e da identificação dos temas das unidades significativas. Isso permitiu o encontro dos objetivos propostos na configuração dos fatores culturais e sociais do pai, na descrição dos valores e crenças com a análise dos modos de vida de sua participação no processo gestacional.

De acordo com Leininger (2006), para o pesquisador conduzir uma síntese, ele deve estar completamente imerso no dado e conhecê-lo bem preservando cuidadosamente significados, interpretações e declarações verbais. Além disso, a autora reforça que as interpretações dos informantes dos diversos temas e dos aspectos em comum devem ser identificadas, bem como visão de mundo, materiais de bem culturais, valores e crenças que influenciam o cuidado cultural.

Em período posterior à transcrição das entrevistas, foi concedida especial atenção às expressões mais significativas presentes, tanto nos depoimentos dos participantes como nos registros efetuados pela pesquisadora durante o atendimento, com o propósito de captar o sentido geral de cada uma das manifestações. Dessa forma, foi possível perceber o sentido daquilo que foi dito pelos pais ao responderem as questões propostas nas entrevistas.

Para a organização das categorias os pais entrevistados foram mencionados de uma maneira menos impessoal, utilizando-se termos como pai, participante, entrevistado, dentre outros, com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes. Foram identificados com a letra “P” seguida de numeração com algarismos arábicos em ordem crescente conforme a ordem das entrevistas.

No primeiro momento de análise dos dados utilizou-se o nível I do modelo de *Sunrise* (LEININGER, 1991) para a definição da primeira categoria que trata das dimensões da estrutura cultural e social dos participantes. No segundo momento foi realizada leitura e releitura dos depoimentos gravados nas entrevistas e registros durante os atendimentos, a fim de compreender, reconhecer e interpretar o conteúdo das informações.

No terceiro momento foi utilizada a técnica de recorte e colagem após a leitura prévia de todas as entrevistas e releitura do material. Registrou-se as impressões da pesquisadora sobre o tema que estava sendo abordado permitindo identificar temas.

Cada tema foi identificado por um número e cada número recebeu um título provisório como, por exemplo, a gestação como momento familiar.

Após essa identificação prévia dos temas foi realizado mais um esforço de releitura onde agrupou-se os depoimentos agrupando os temas em comum, de acordo com os objetivos delineados totalizando 66 unidades (APÊNDICE D).

Posteriormente, essas unidades foram filtradas para aproximá-las, de maneira a agregá-las numa mesma unidade temática realizando a codificação de 18 unidades temáticas, assim especificadas:

1. Conceito de gestação
2. A visão mítica da gestação
3. A visão empírica da gestação
4. As modificações fisiológicas da gestação
5. As intercorrências clínicas da gestação
6. Os sentidos de pai e paternidade
7. Conceito de pré-natal
8. Importância do pré-natal
9. Expectativas positivas com o cuidado pré-natal
10. Expectativas negativas com o cuidado pré-natal
11. Novas práticas institucionais
12. O ambiente físico e simbólico de atendimento
13. Mudança de atitude frente a gestação
14. As várias formas de participação
15. Adquirindo hábitos saudáveis
16. Desenvolvendo o cuidado
17. Estratégias e táticas no cuidado
18. Vivendo o cuidado

Após a codificação e o processo de leituras e releituras das entrevistas na íntegra, comparando-as com as unidades temáticas, foi possível descobrir novos temas e, por meio da recodificação em novas unidades temáticas, quando definiu-se três agrupamentos:

Agrupamento I: Valores e crenças do pai

1. Conceito de gestação
2. A visão mítica da gestação

3. A visão empírica da gestação
4. As modificações fisiológicas da gestação
5. As intercorrências clínicas da gestação
6. Os sentidos de pai e paternidade

Agrupamento II: O sistema de cuidado popular e profissional

1. Conceito de pré-natal
2. Importância do pré-natal
3. Expectativas positivas e negativas com o cuidado pré-natal
4. Novas práticas institucionais
5. O ambiente físico e simbólico de atendimento

Agrupamento III: Possibilidades de cuidado

1. Mudança de atitude frente a gestação
2. As várias formas de participação
3. Adquirindo hábitos saudáveis
4. Desenvolvendo o cuidado
5. Estratégias para o cuidado
6. Vivendo o cuidado

Com a organização das ideias captadas dos depoimentos nos agrupamentos realizou-se uma síntese da qual emergiram três categorias: a gestação como ponto de partida para a participação do pai; o cuidado pré-natal como sistema de cuidado popular e profissional e desenvolvendo estratégias para a construção do cuidado durante a gestação.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Levando em consideração os depoimentos dos pais sobre a sua participação no cuidado pré-natal e a análise dos resultados buscou-se caracterizar o perfil dos participantes. Este teve a finalidade de contextualizar as informações sobre a cultura, as formas de cuidar, o compartilhamento do cuidado à companheira/esposa no pré-natal e o modo de viver respeitando valores e crenças.

O cenário de pesquisa possibilitou obter informações sobre o modo de viver e os saberes dos pais e suas formas/práticas de cuidado em saúde, o que ocorreu durante o desenvolvimento da consulta de enfermagem pré-natal em que estiveram presentes.

Para a definição das dimensões da estrutura cultural e social dos participantes foi utilizado o nível I do modelo de *Sunrise* (LEININGER, 1991) respondendo ao objetivo das configurações dos fatores culturais e sociais dos pais no cuidado pré-natal. Este funciona como um guia para que os enfermeiros compreendam a visão de mundo dos pais e possam planejar o cuidado.

A análise dos depoimentos foi baseada nos pressupostos da teoria, de modo que se utilizaram a observação, a entrevista e a análise dos dados simultaneamente, a partir do início do processo de coleta de dados até o seu final, de forma sistemática, com profundidade e rigor, com o objetivo de entender os dados e rever os resultados e/ou conclusões essenciais na busca pelos critérios da análise qualitativa. A análise permitiu mostrar como a pesquisadora encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação e significado nesse contexto (LEININGER;. MCFARLAND, 2006).

Essa fase possibilitou ainda a construção das categorias no sentido de analisar os valores e crenças dos pais diante da gestação de sua companheira/esposa, no propósito de discutir os modos de vida dos pais e sua participação no processo gestacional. Essa análise viabilizou a discussão sobre as possibilidades de cuidado durante a gestação, descrevendo a contextualização desses pais nesse cenário.

4.1 CONHECENDO O PERFIL DOS PAIS

No intuito de facilitar a compreensão do perfil dos pais utilizou-se as variáveis idade, raça/cor (autorreferida) e município de residência caracterizando os 12 pais entrevistados. Acrescenta-se a isso, o fato de que essa descrição surge de uma

experiência de vida orientada pela intenção de conhecimento direcionado ao objeto de estudo frente as expectativas para o compartilhamento das vivências no cenário de pesquisa possibilitando caracterizar o perfil dos participantes, a partir da observação, do registro das impressões obtidas no cenário e dados captados pelos depoimentos.

A idade dos participantes variou de 18 a 37 anos, sendo a maioria na faixa etária entre 28 a 32 anos, o que remete aos profissionais de saúde uma ênfase para as ações na promoção e prevenção à saúde do homem, corroborando com os dados do último censo demográfico do ano de 2010, nos quais 46,8% encontram-se na fase adulta, entre 25 a 59 anos (BRASIL, 2013d).

A variação de idade demonstra que os pais estão na fase adulta de suas vidas, considerada a etapa mais ativa e produtiva dentro da sociedade. Nessa fase, as pessoas vivenciam suas próprias situações de vida, novas responsabilidades, direitos, deveres e partilham desejos e conquistas. Surge também o desejo de garantir sua descendência tanto por meio da procriação como as realizações produzidas ao longo da vida (SANTOS; ANTUNES, 2007; CARVALHO; BRITO, SANTOS, 2011).

A maioria dos participantes já atingiu a maturidade e apenas um (P2) encontra-se na fase de adulto jovem, tendo 18 anos, o que poderá dificultar a compreensão do período gestacional de sua companheira, além de possibilitar a redução da sua capacidade de apreensão e troca de informações. A visão de mundo dos adultos é diferente e observa-se um grau de amadurecimento distinto entre os pais, mas todos foram unânimes ao afirmar que estão felizes com a gestação e em poder acompanhar sua companheira/esposa nesse momento. Em consequência, a idade torna-se um importante aliado para favorecer o cuidado pré-natal, pois ao longo dos anos, todos passam por experiências diversas que contribuem para a construção de conhecimentos, atitudes e práticas (GEORGE, 2000; CARVALHO; BRITO; SANTOS, 2011).

A fase adulta é um período de maior maturidade e predispõe o homem a uma participação mais ativa no processo reprodutivo, bem como permite maior vivência da gestação da companheira/esposa, podendo gerar sentimentos de alegria, dificuldades ou preocupação (BRITO et al., 2013; BRITO et al., 2011; CARVALHO, BRITO, SANTOS, 2011). Nesse sentido, conhecer os valores e crenças dos pais possibilitará organizar o cuidado pré-natal para também responder às suas dúvidas e anseios, criando mecanismos de aproximação e sua inserção durante o período gestacional.

Leininger (1991) afirma que o enfermeiro pode compreender e valorizar a visão popular para construir o cuidado de enfermagem congruente com a cultura abordada. Os

entrevistados, de uma forma geral, sempre questionavam, retiravam suas dúvidas e queriam conhecer mais, procurando colocar em prática o que aprendiam. Algumas vezes, eles nem esperavam a resposta à dúvida, já respondiam tomando como base o que sabiam e faziam pequenos ajustes a partir da observação do profissional.

A exceção foi um dos pais (P2), que sempre se mostrou mais fechado, restrito às informações e parecia não gostar de emitir opinião. Essa é uma reação esperada de um homem jovem, que pode estar relacionada às características regionais de comportamento social no qual está inserido, dificultando uma criação de vínculo com o serviço de saúde (ABECHE et. al., 2007).

Esta pesquisa apresenta uma variação de idade encontrada também em outros estudos que investigaram a participação do pai no pré-natal, parto, nascimento e em grupos educativos (CARVALHO, BRITO, SANTOS, 2011; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011; ZAMPIERI et. al., 2012; BRITO et. al., 2013). Essa oscilação etária pode representar uma dificuldade para desenvolver o cuidado devido à diversidade cultural apontada pelas variações e/ou as diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado (LEININGER, 1991, p. 47).

Um dos entrevistados (P1) contava com experiência anterior de outra gestação complicada. Para ele o significado da gestação atual poderia representar mais um parto com desfecho atribulado quando ambos os parentais sofreram o longo processo de internação da esposa e do bebê. Todavia, ele conseguiu identificar uma nova visão quando compreendeu e aprendeu sobre a avaliação física obstétrica da bacia e esse fato o ajudou a entender que esta gestação era diferente da anterior. As experiências são vivências cumulativas em que se introduzem novos saberes e práticas a partir do que estava acontecendo naquele momento. Na visão de Leininger (1991), pode representar o conhecimento obtido através da experiência direta daqueles que a experimentaram ou por meio daquilo que ficou centralizado na pessoa.

Contribuindo para a aplicação dessa análise, o depoimento de outro participante (P7) destaca que a gestação trouxe mais felicidade à sua vida, já que se sentia uma pessoa muito triste e quando soube que seria pai, passou a se concentrar mais no filho e na companheira/esposa, tornando-se uma pessoa mais feliz no seu cotidiano e em sua própria vida. Esse mesmo sentimento foi percebido em outra fala (P8), ao referir que cada gravidez é única e provoca uma mudança em sua vida, em seu modo de viver e, esta em especial, afirma ser um momento de muita alegria, mesmo sendo o seu oitavo filho.

Outro ponto a ser mencionado é que essa faixa etária de adultos é a de maior concentração de homens, o que acompanha a tendência de envelhecimento populacional brasileira, a qual consiste também no processo de maior longevidade, ou seja, no aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2013e).

Para esse fato, verifica-se que, com o envelhecimento da população, é necessário desenvolver ações em saúde capazes de promover mudanças no estilo de vida dos homens, tendo em vista que apresentam uma baixa percepção de risco e vulnerabilidade frente a doença e/ou agravo. Ainda não há uma percepção clara sobre a importância da sua presença nos serviços de saúde e somente procuram ajuda quando realmente não conseguem resolver situações por conta própria (LYRA et. al., 2012). Essa situação pode ser mostrada no relato de um dos pais (P8), no qual ele afirma que sua presença no ambulatório é importante, mas que é difícil conciliá-la com os diferentes compromissos profissionais e de trabalho, o que impossibilita, muitas vezes, a procura de serviços para sua saúde; igualmente, deixa de acompanhar à sua esposa no pré-natal como o desejaria. Acredita, ainda, que essa não é uma atitude única e pessoal, mas uma realidade que se estende por vários homens na sociedade.

A PNAISH propõe exatamente o oposto dessa visão dos participantes, trazendo como objetivo a qualidade do acesso da população masculina às ações e serviços da rede SUS. Entretanto, as atividades existentes e direcionadas aos homens são pontuais e pouco articuladas com as diretrizes da atual política da saúde do homem e, geralmente, voltadas para ações clínicas e assistenciais com ênfase apenas à prevenção do câncer de próstata (KNAUTH, COUTO, FIGUEIREDO, 2012).

Uma alternativa para provocar mudança frente a essa situação é promover o cuidado por meio do conhecimento da visão de mundo e da estrutura social do homem, reconhecendo que ele é único, existe no sistema de saúde, possui valores, crenças, saberes e práticas possibilitando desenvolver um cuidado que atenda às suas necessidades (GEORGE, 2000). É necessário, portanto, fazer uma contraposição aos saberes científicos que prevalecem nas instituições de saúde com os saberes e práticas populares, estreitando a relação entre os profissionais de saúde, comunidade e, sobretudo, com vistas a melhorar o vínculo afetivo familiar em relação ao pai-mãe-bebê.

Em se tratando dos cuidados à saúde, vários depoimentos como o de dois pais (P4 e P7) mostraram que esses procuram colocar em prática as informações recebidas e o que estão aprendendo no pré-natal. Nesse sentido, abre-se a possibilidade do cuidado aos homens, como, por exemplo, por meio da orientação sobre uma alimentação

saudável com restrição de sal e frituras durante toda a gestação, o que contribuirá para que o homem colabore com a saúde da companheira/esposa e modifique também os seus hábitos no cotidiano.

Estudos apontam que os homens buscam os serviços de saúde, mas somente quando estão com algum problema, seja agudo ou crônico, principalmente relacionados a diabetes e hipertensão, busca de medicamentos e situações específicas relacionadas a vasectomia, câncer de próstata e preservativo. Em contrapartida, os serviços de saúde precisam organizar o atendimento que vá ao encontro das especificidades masculinas, com setores separados do atendimento de mulheres e crianças, e com equipe de profissionais melhor formados para atendê-los (GOMES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015; MOURA et al., 2014; GOMES et al., 2011).

Em relação à busca pelos serviços de saúde, os resultados apontam que grande parte dos pais (P1, P2, P4, P7, P10) reside no município de Cariacica/ES, morando em bairros muito distantes do ambulatório, onde é realizado o acompanhamento pré-natal de suas companheiras/esposas. Esse deslocamento provoca um desgaste tanto físico como financeiro, entre outros, de maneira que seria mais conveniente buscar esse serviço situado no município onde habitam. Essa procura externa pode se relacionar à deficiência do sistema municipal de saúde de Cariacica que não consegue oferecer serviços essenciais, como de farmácia básica, exames laboratoriais e de imagem, entre outros, para atender a demanda da população regional (CARIACICA, 2012). Dessa forma, há uma tendência dos usuários a procurar serviços de saúde de outros municípios, provocando uma superlotação e sobrecarregando o funcionamento das unidades, considerado de boa qualidade e resolutividade.

Apesar de a regionalização ser definida pelo SUS, é difícil alcançar uma cobertura significativa, pois o número de unidades de saúde em Cariacica é inferior às demandas da população, principalmente em relação ao número de equipes de Saúde da Família. Esse fato contribui para a falta de vinculação da população da região ao serviço de saúde, pela alta rotatividade dos profissionais de saúde que, geralmente, não permanecem por muito tempo no serviço. O concurso público realizado em 2013 não se mostrou atrativo, considerando os baixos salários oferecidos, mesmo dispondo de inúmeras vagas e o estímulo para a oportunidade do profissional se tornar um servidor público (CARIACICA, 2012).

É possível que essas razões expliquem o deslocamento das gestantes e pais para o cuidado pré-natal desenvolvido no ambulatório; mas vale ressaltar que a inserção

desse serviço em um hospital universitário de tradição no estado do Espírito Santo pode ser justificada por ser esse um serviço de referência.

Acrescenta-se nessa justificativa encontrada nos depoimentos, a importância do atendimento oferecido pela enfermeira-docente considerado de qualidade. Ainda que o tempo de espera pela consulta possa parecer longo, consideraram que ‘ninguém vai embora sem ser atendido e, quando retornam, sempre trazem mais uma pessoa que está precisando’. As surpresas demonstradas pelos pais em suas falas expressam a satisfação, comparando a forma como foram acolhidos e recepcionados, o que reforça essa percepção.

Após o contexto da caracterização dos depoentes apresentam-se as categorias emergentes com base no referencial teórico e seus conceitos aliados às questões das dimensões da estrutura cultural e social, bem como as unidades temáticas que emergiram do processo de análise de codificação e recodificação temática.

4.2 DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL

As dimensões da estrutura cultural e social são percebidas como um processo dinâmico e de natureza interdependente, compreendendo os elementos estruturais ou organizacionais da sociedade, nos quais os pais estão inseridos nesse contexto, bem como os modos como interagem e funcionam. Incluem-se os sistemas religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelo contexto linguístico e ambiental, segundo Leininger (1991).

Para melhor configurar os fatores cultural e social do pai e compreender a análise, organizou-se inicialmente uma síntese em quadro demonstrativo, obtido das variáveis do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE E, F, G) contendo os *fatores de companheirismo e sociais*, especificando o estado civil, tempo de convivência com a companheira/esposa, número de pessoas que moram com o pai, número e idade dos filhos. Em seguida, apontaram os *fatores educacionais e econômicos* relativos à renda familiar, ocupação/profissão do pai e da companheira/esposa, e a *religião* praticada. Com relação aos *fatores tecnológicos* referentes a energia elétrica e água tratada na residência, meio de transporte utilizado e posse de aparelhos eletrodomésticos/eletrônicos, sustentada no referencial teórico proposto, a descrição foi apoiada nos depoimentos durante a entrevista individual.

4.2.1 Fatores de companheirismo e sociais

A análise do fator de companheirismo e da vida social aponta que quatro dos pais entrevistados são casados, com o tempo de convivência variando entre 4 a 20 anos. Dentre eles, três têm filhos que moram com o casal formando uma família do tipo tradicional (Quadro 1).

Quadro 1 - Fatores de companheirismo e sociais

Participantes	Fatores de companheirismo e sociais					
	Estado civil	Tempo de convivência com a companheira/esposa	Nº de moradores na casa	Nº de filhos	Planejamento da gravidez	Razões para não aceitar a gravidez
P 1	Casado	11 anos	3	1	Sim	
P 2	União estável	6 meses	2	1	Não	Motivos financeiros
P 3	União estável	7 anos	2	0	Sim	
P 4	Casado	17 anos	3	1	Sim	Desemprego
P 5	Solteiro	3 anos	2	0	Não	Motivos financeiros
P 6	Casado	4 anos	3	0	Não	Motivos financeiros
P 7a	União estável	1 ano	2	0	Sim	-
P 8	Casado	20 anos	5	5	Sim	-
P 9	Solteiro	1 ano e 1 mês	3	0	Sim	-
P 10	Casado	9 anos	5	2	Sim	-
P 11	União estável	16 anos	3	1	Sim	-
P 12	Solteiro	1 ano e meio	2	0	Não	Motivos financeiros

Segundo a definição da Organização das Nações Unidas (ONU), a palavra família é utilizada para designar a ligação de um grupo de pessoas, seja por relações de afeto ou parentesco, considerada como o elemento natural da sociedade, recebendo proteção da própria sociedade e do Estado. Ao longo do tempo, a compreensão sobre família vem sendo modificada; se na antiguidade as famílias eram numerosas e precisavam de muitas mãos para trabalhar nas lavouras, hoje, cada vez mais a família diminui a sua composição em face da diferente realidade social (CÉSAR, 2014).

Com as mudanças sociais, existem diferentes tipos e formas de família como a monoparental, na qual a mãe ou o pai está presente, seja por falecimento do outro, seja separação/divórcio ou por ser pai ou mãe solteiro. Há também as famílias recompostas ou reconstituídas, formadas por pai e/ou mãe vivendo em nova união, legal ou consensualmente podendo ter filhos vivendo ou não na mesma casa. Já as famílias

homoafetivas são as formadas por cônjuge do mesmo sexo (BRASIL, 2013e; BIROLI, 2014).

No último censo de 2010 do IBGE, a família do tipo tradicional deixou de ser a maioria no Brasil devido a fatores, como a mudança estrutural dos grupos familiares, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, as baixas taxas de fecundidade e o envelhecimento da população brasileira (BRASIL, 2013e).

A mudança estrutural da família traz consigo novas formas de organização, fazendo com que os pais envolvam-se mais no cuidado com a casa e com os filhos, fato relatado por um dos pais entrevistados (P4), ao informar que procura compartilhar com a esposa e com o filho mais velho as atividades domésticas; entretanto, fica impossibilitado de fazê-lo quando viaja a trabalho e permanece fora de casa. Fato semelhante descrito por outro depoente (P3), que também tenta dividir as tarefas com a companheira/esposa quando está ao seu lado, visto que ainda não estão morando juntos na mesma casa. Dessa forma, parece que os pais estabelecem suas próprias finalidades, buscando uma forma de organização individual que possibilita uma melhor convivência entre os casais.

Neste sentido a diversidade cultural do cuidado indica os diferentes significados de padrões, valores e modos de vida dentro de uma família ou coletividade, relacionando-os com a expressão do cuidado humano promovendo suporte e capacitação. De um outro modo, a universalidade cultural do cuidado busca ainda em seus significados, padrões ou modos de vida de cuidado comuns que sejam semelhantes ou dominantes e se revelam entre muitas culturas refletindo formas de auxílio, apoio, facilidades ou capacitação para ajudar as pessoas (LEININGER, 2006).

Por meio da identificação tanto da universalização quanto da diversidade do cuidado cultural é possível definir e identificar a *visão de mundo*. Esta é a forma pela qual as pessoas tendem a ver o mundo ou o seu universo formando uma imagem ou uma posição valorativa sobre a sua vida ou o mundo ao seu redor. Ao conhecer essas concepções é viável identificar a *estrutura social* à qual o indivíduo ou o grupo pertence, pois envolvem a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura ou sociedade (LEININGER, 2006).

Em relação ao tempo de convivência com a companheira/esposa, houve uma variação nos relatos, considerando que um dos pais (P2) tem apenas 6 meses de contato, período que referiu morar na mesma casa com a companheira/esposa, não levando em consideração que já conviviam anteriormente, antes de engravidar; entretanto, mostrou-

se pouco envolvido e atento quando estiveram na consulta de enfermagem pré-natal. Por outro lado, observam-se pais (P4 e P8) que possuem mais tempo de convívio, com 17 e 20 anos, respectivamente. Esses demonstraram maior cumplicidade com as esposas no momento da entrevista, em momentos que completavam as frases um do outro, trocavam olhares de reciprocidade e gestos afetivos.

A estabilidade na relação conjugal pode diminuir conflitos tanto pelo apoio dado como pelo recebido, com relatos de satisfação das gestantes pelo auxílio nas tarefas domésticas pelos companheiros, apoio emocional e material. Esse estresse adicional vivenciado nesse período pode diminuir a tolerância em relação ao outro; as gestantes percebem menos conflitos, enquanto que os pais relatam um aumento da tolerância, a fim de preservar os laços familiares (PICCININI et al., 2012; BRITO et al., 2011; BORNHOLDT et al., 2007; PICCININI et al., 2004).

O enfermeiro acaba intermediando várias dessas situações que podem gerar conflito e, para corresponder às expectativas tanto do profissional quanto do público, é preciso transpor as atividades técnicas, centradas no fenômeno biológico da gestação procurando conhecer o contexto sociocultural para estabelecer um cuidado integral (ALVES et al., 2015).

A importância de compreender o modo de vida e o padrão comportamental da cultura familiar efetiva-se na medida em que, ao desenvolver o cuidado pré-natal, o enfermeiro define com a gestante o plano de cuidados. A participação na construção e a concretização das orientações de forma conjunta – pai, mãe e bebê – representam o desfecho esperado de uma gestação saudável tanto pelo profissional de saúde como pela própria família.

4.2.2 Fatores educacionais e econômicos

O fator educacional foi analisado utilizando as dimensões da escolaridade da população brasileira organizado em dois níveis: educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) e educação superior (BRASIL, 2013e). Os resultados da pesquisa mostraram que a maioria dos pais (sete) possui o ensino médio completo e/ou incompleto, seguido de ensino fundamental completo e/ou incompleto (três), e apenas dois, o ensino superior incompleto (Quadro 2).

Em relação ao fator econômico, foi analisada a classificação de renda familiar por classes (BRASIL, 2013e). A maioria (seis) está incluída na Classe E, ou seja, com

renda familiar de até dois salários mínimos; seguido de quatro pais na classe D; com renda familiar de dois a quatro salários mínimos e apenas dois na classe C, com renda familiar de quatro a dez salários mínimos. Cada um dos participantes exercendo uma função diferente, atuando na área empresarial, militar, de prestação de serviços e como estagiário. A ocupação de suas companheiras/esposas encontra-se mais na área de prestação de serviços e apenas três não apresentavam atividade remunerada (Quadro 2).

Quadro 2 Fatores educacionais e econômicos

Participantes	Fatores educacionais	Fatores econômicos		
	Escolaridade	Renda familiar (salários mínimos) Ref.: R\$788,00.	Ocupação do Participante	Ocupação da companheira
P 1	Ensino fundamental incompleto	Classe D	Auxiliar de mecânica	Diarista
P 2	Ensino médio completo	Classe E	Operador de usina	Não trabalha
P 3	Ensino médio completo	Classe E	Eletricista automotivo	Professora de dança
P 4	Ensino médio completo	Classe D	Técnico em mecânica	Telefonista
P 5	Ensino médio incompleto	Classe E	Auxiliar de serviços gerais	Auxiliar de serviços gerais
P 6	Ensino superior incompleto	Classe D	Estagiário	Vendedora
P 7	Ensino médio completo	Classe E	Vigilante	Não trabalha
P 8	Ensino fundamental completo	Classe E	Padeiro	Diarista
P 9	Ensino médio incompleto	Classe C	Soldado do Exército Brasileiro	Vendedora de carros
P 10	Ensino fundamental incompleto	Classe E	Auxiliar de expedição	Do lar
P 11	Ensino médio completo	Classe D	Vigilante	Operadora de caixa
P 12	Ensino superior incompleto	Classe C	Analista de sistema	Administrativo em setor de RH

As relações existentes entre educação, geração de renda e ocupações é um tema importante tanto para a economia como para a sociedade em geral, pois a educação é uma condição básica para o desenvolvimento econômico, o que deveria levar à ampliação do acesso da população ao ensino formal, por meio de políticas públicas voltadas para esse fim. Um indivíduo com maior escolaridade exerce com maior plenitude a sua cidadania, investindo na sua educação com expectativa de retorno – sob a forma de salários – que os anos de estudo podem determinar (ZIMMER, 2011).

Mesmo com o aumento do nível de escolaridade da população ocorrido no Brasil, ainda persistem desigualdades econômicas e também se destacam quando se consideram as categorias de raça/cor da população brasileira, que historicamente apresenta indicadores sociais desfavoráveis aos negros quando comparados à população de cor branca. Esses indicadores são relacionados à histórica exclusão social de pretos e pardos, às inserções diferenciadas no mercado de trabalho, à distribuição regional, aos acessos desiguais a uma série de bens e serviços, dentre outros (BRASIL, 2013e).

Quando se analisa a dimensão da escolaridade, renda e ocupação dos participantes que se enquadram nestas características, percebe-se que, mesmo com mais anos de estudo, sua renda não reflete o investimento realizado. Um dos pais entrevistados (P2) tem sua função/ocupação como operador de usina, e reconhece que sua remuneração não é aumentada porque não realizou um aperfeiçoamento profissional; relata que suas experiências foram desenvolvidas na prática, sem um curso de qualificação, justificando a sua preocupação em perder o emprego. Por outro lado, em outro relato (P3), esse tem sua ocupação como eletricitista automotivo numa oficina mecânica e investe em cursos de capacitação de curta duração, mas não tem interesse e nem deseja sair de sua cidade natal, o que pode restringir o aumento de sua renda.

Uma situação conflitante em outro depoimento (P4) foi a demissão recente desse depoente que apresenta uma formação específica em mecânica industrial, área especializada, mas, considerando a crise econômica instalada no país, recuou no processo de expansão, deixando-o desempregado. Em contrapartida, um dos participantes (P6) que tem mais anos de estudo em relação aos demais, é estagiário em uma empresa da construção civil por intermédio de professor da época da faculdade, que o alocou nessa função para não que ele não perdesse a motivação e tentasse finalizar o ensino superior. No entanto, esse relata que não há muito interesse em terminar o curso, haja vista que ainda mora com a mãe, e, quando o bebê nascer, continuará nesse convívio, considerando os custos elevados com moradia.

Numa perspectiva de crescimento profissional e pessoal, outro participante (P9) que é militar na patente de soldado, desenvolve suas atividades na área administrativa por um período determinado, pois seu contrato com o exército brasileiro é de oito anos. Relata ter cumprido quatro e planeja finalizar o ensino fundamental e médio para proporcionar uma vida financeira melhor para sua filha.

Nesse contexto diversificado presente nos diversos relatos sobre os fatores econômicos e educacionais, os pais expressaram a necessidade de investir no ajustamento do cuidado em parceria com o enfermeiro, para que as ações e decisões profissionais fossem criativas e facilitadoras, ajudando a superar as dificuldades políticas e financeiras atuais do país, o que reflete sobremaneira no exercício laboral dos participantes. Necessário foi compreender e respeitar seus hábitos para reorganizar o horário do atendimento, ajudar na compra de alimentos, sugerindo aqueles com um melhor preço, fazendo substituição em relação aos mais caros, e, até mesmo, orientar no preparo, entre outras iniciativas.

É importante ressaltar que, durante as entrevistas, nenhum dos pais demonstrou dificuldade em compreender as ações desenvolvidas na consulta pré-natal e buscavam trazer informações adicionais, muitas vezes pesquisadas na internet, a fim de colaborar no cuidado, favorecendo a adesão e a continuidade no pré-natal. Dessa forma, foi possível também identificar alguns de seus hábitos diários e eventos do cotidiano para definir com eles um cuidado mais dinâmico, adequado e personalizado.

Por meio desse conhecimento, a enfermeira pode decidir por ações de enfermagem congruentes e benéficas identificando na estrutura social dos pais práticas de cuidado de saúde nativas, locais ou tradicionais, utilizando seus significados para auxiliar as gestantes, famílias e comunidade. Essas práticas precisam ser apreendidas pelo *sistema profissional de saúde* que detém o ensino, a aprendizagem e a transformação formal do cuidado profissional, da saúde, da doença e do bem-estar. Nesse contexto, o sistema figura também os conhecimentos relativos necessários e as competências de prática que prevalecem nas instituições profissionais, geralmente com equipe multidisciplinar para atender a clientela (LEININGER, 2006, p. 86-7).

4.2.3 Fatores religiosos

A maioria dos pais pratica a religião católica acompanhando o perfil religioso da população brasileira, mesmo com o crescimento da diversidade dos grupos religiosos, conforme apontaram os resultados do Censo Demográfico de 2010 (BRASIL, 2012 d). O fator religioso apresenta a religião praticada pelos pais, assunto que foi pouco explorado durante as consultas, embora ficassem presentes nas manifestações de fé durante o atendimento, principalmente nos momentos da realização dos procedimentos, como no exame físico obstétrico e na leitura de exames de imagem ou resultados de exames laboratoriais (Quadro 3).

Quadro 3- Fatores tecnológicos e religiosos

Participantes	Fatores tecnológicos				Fatores religiosos
	Energia elétrica na residência	Água tratada na residência	Meio de transporte	Aparelhos eletrodomésticos/eletrônicos adquiridos	Religião praticada
P 1	Sim	Sim	Ônibus Carona de carro com amigo	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão	Católico
P 2	Sim	Sim	Ônibus Carona de carro com pai da gestante	Geladeira, fogão, tanquinho, celular, televisão	Evangélico
P 3	Sim	Sim	Carro próprio	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão	Católico
P 4	Sim	Sim	Carro próprio	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão	Católico
P 5	Sim	Sim	A pé	Geladeira, fogão, tanquinho, celular, televisão	Nenhuma
P 6	Sim	Sim	Ônibus	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão, notebook	Católico
P 7a	Sim	Sim	Ônibus	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão	Católico
P 8	Sim	Sim	Ônibus	Geladeira, fogão, tanquinho, celular, televisão	Evangélico
P 9	Sim	Sim	Ônibus	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão, notebook	Católico
P 10	Sim	Sim	Ônibus	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão	Evangélico
P 11	Sim	Sim	Carro próprio	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão	Católico
P 12	Sim	Sim	Carro próprio	Geladeira, fogão, máquina de lavar roupas, celular, televisão, notebook	Nenhuma

Quase sempre se verificava uma palavra de evocação a Deus em forma de agradecimento pela saúde e bem-estar da díade mãe-filho, o que infere características e atitudes de uma religiosidade. Nesse contexto, dois depoimentos dos pais (P5 e P9) mostraram o desconhecimento ou a falta de prática religiosa relatando não terem alguma religião. Independentemente da crença, as manifestações de fé eram geralmente demonstradas ou expressadas durante o cuidado pré-natal, normalmente agradecendo pela saúde do bebê e da gestante, o que pode ser representado como um suporte para ajudar no processo gestacional; mesmo que não se considerassem religiosos no sentido das práticas, da vivência de ritos ou orações, participando eventualmente de atos religiosos como cultos ou missas.

Para os participantes deste estudo, os fatores religiosos expressam uma crença acerca da vulnerabilidade da mãe e do feto. O ponto de vista da religião como uma

forma de prevenir ou até mesmo curar doenças também foi destaque no estudo realizado com pais de prematuros egressos de unidades de terapia intensiva neonatal, ambiente em que tradicionalmente convive-se com crianças em situações críticas de saúde, fazendo com que os pais busquem auxílio por meio da religião para ajudar aos filhos no processo de desenvolvimento saudável (NAZARETH, SANTOS, 2014).

Nesse contexto, no cuidado pré-natal, é relevante conhecer os significados de saúde, doença e práticas próprias de cuidar, originadas de seu contexto social, principalmente os fatores religiosos e suas crenças e valores (LEININGER, 2006).

4.2.4 Fatores tecnológicos

O fator tecnológico permite conhecer o meio social, considerando o ambiente onde vivem os participantes e as gestantes. Durante as consultas, realizou-se o levantamento de alguns pontos considerados importantes e que foram comuns a todos os pais, sejam eles dispor de energia elétrica e água tratada na residência; meio de transporte que possibilite a locomoção até o ambulatório e possuir algum tipo de eletrodoméstico/eletrônicos (Quadro 3).

A posse de alguns bens é uma variável apropriada para medir a condição econômica das pessoas e possibilita também conhecer a maneira como se distribui a utilização doméstica da energia elétrica. Todos confirmaram que suas casas são ligadas à rede, com a energia elétrica fornecida pelo Espírito Santo Centrais Elétricas S.A. (Escelsa), empresa que foi privatizada passando a ser subsidiária integral da EDP Energias do Brasil.

Esse acesso ao serviço de energia viabiliza a utilização de geladeira, televisão e máquina de lavar roupas, aparelhos celulares e Internet, demonstrando de alguma forma a facilidade em armazenar alimentos, distribuir melhor as tarefas domésticas e buscar informações e entretenimento. Os relatos mostraram que as residências dos participantes possuem esses bens e, mesmo com baixo poder aquisitivo, é possível obter e usufruir dessa tecnologia.

Destaca-se na atual conjuntura a expansão da comunicação e acesso às redes sociais utilizadas pelos participantes e, em especial, usam o aparelho celular, que favorece a inclusão digital nas mídias sociais. Dessa forma, essa comunicação também propicia a continuidade do cuidado pré-natal, na troca e no encontro de informações,

dirimindo dúvidas, particularmente em momentos fora da consulta, o que favorece a diminuição de situações de estresse e ansiedade.

Todos têm água tratada em seus domicílios, serviço prestado pela Companhia Espírito Santense de Saneamento (Cesan), que investe para ampliar o abastecimento e os serviços de coleta e tratamento de esgoto na Região Metropolitana e no interior do Espírito Santo. No entanto, somente no município de Vitória existe o tratamento de cem por cento do esgoto coletado nas residências. Nos demais municípios, o percentual de tratamento é variável. Ainda existem muitas casas que não ligaram suas instalações à rede coletora e isso gera poluição de rios importantes para a captação de água, o que se torna uma preocupação para o âmbito da saúde e da população.

O município de Cariacica, local de residência da maioria dos pais, foi ocupado de maneira desordenada levando a um violento processo de degradação socioambiental, cujos impactos ainda se manifestam de forma intensa no meio ambiente e na qualidade de vida dessa população. Os rios são receptores de esgoto e os serviços de saneamento básico ainda são incompletos, uma vez que a maior parte do esgoto é lançada na natureza sem nenhum tipo de tratamento (CARIACICA, 2012).

Esse fato gera preocupação aos participantes (P1; P2; P4, P7) residentes nesse município, os quais relatam que, nos bairros onde moram, essa realidade está muito próxima e se queixam de que pagam contas de água muito caras, recebendo um serviço de baixa qualidade, incompleto, não respondendo às suas demandas, além do risco à exposição a doenças. Em seus bairros, comentam que a maioria das casas não está ligada à rede de esgoto e contam com as fossas sépticas. Suas casas fazem a coleta na rede, mas ainda convivem com o problema de esgoto a céu aberto, ruas sem calçamento e demora na coleta de lixo em alguns bairros, sem contar com os pontos viciados de depósito irregular de lixo feito pela própria população.

Essa situação é uma questão social preocupante que pode inviabilizar a vida com dignidade das pessoas devido à deficiência na relação entre as suas casas e os serviços de abastecimento de água, de coletas de lixo e de esgotamento sanitário para promover o saneamento. Considerando que esse conjunto de serviços deve ser prestado aos domicílios simultaneamente, quando esses elementos não são tratados adequadamente, constituem-se como vetores de doenças, atingindo as famílias e inviabilizando a construção de uma moradia saudável (BRASIL, 2013e).

Conhecer o ambiente domiciliar e a forma como vivem os assistidos permite desenvolver ações junto com as gestantes e os pais para tornar mínima a exposição a

riscos. Um dos participantes (P1) informou durante a consulta que bebia água direto da torneira, sem nenhum tipo de filtração, fervura ou cloração. Aproveitou-se a ocasião para uma ação educativa no sentido de maiores cuidados com o tratamento da água para consumo humano, considerando que essa água poderia estar contaminada se os canos não estivessem em condições normais. A informação foi acatada de forma positiva, pois, em momento posterior, foi relatada a compra de um filtro de barro, com a finalidade de cuidar da saúde e de sua esposa e filho.

Um participante (P4), morador da capital do Estado, mostrou sua preocupação com a existência de pontos viciados de lixo em seu bairro, mesmo existindo local apropriado para coleta com horários fixos. Enfatiza sua inquietação no acúmulo de água em locais que favorecem a reprodução do mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor da dengue e da Zika, podendo prejudicar o desenvolvimento do seu bebê. Nesse caso, sabe que a tarefa de combater o mosquito não depende apenas dele e da companheira/esposa, mas é importante transmitir informações de qualidade que poderão ser repassadas aos familiares, vizinhos e amigos.

Essa atitude pode representar um aprendizado veiculado pela mídia falada, escrita ou televisiva, bem como por ações de prevenção desenvolvidas nos últimos anos para o controle e erradicação do mosquito. As informações veiculadas chamam a atenção para que é necessário manter a vigilância constante em relação à limpeza da casa, do bairro, uso de telas e repelente.

Em relação aos meios de transporte utilizados para se locomoverem até o serviço de saúde, a maioria dos participantes utiliza o transporte público da Região Metropolitana, que é organizado pelo Plano de Transporte Coletivo da Grande Vitória (TRANSCOL), gerenciado pela Companhia de Transportes Urbanos da Grande Vitória (CETURB-GV). Esse sistema possibilita o deslocamento de passageiros a partir de linhas troncais e linhas alimentadoras, tendo como base os terminais urbanos e pagando apenas o valor de uma passagem (CETURB-GV, 2001).

Apenas um dos participantes (P3) não utiliza desse tipo de transporte, utilizando-se do seu próprio carro para o deslocamento do interior do Estado percorrendo 88 km de sua casa até o ambulatório, enquanto outro (P5) caminha a pé por aproximadamente 200 metros, sem ter a necessidade de utilizar qualquer tipo de veículo automotor.

De outra forma, alguns participantes (P1, P2, P4 e P8) percorrem uma maior distância para o deslocamento até o ambulatório, utilizando o transporte público, afirmando ser este de pouca qualidade, desconforto e sempre lotado. É necessário

realizarem esse deslocamento saindo muito mais cedo de casa para encontrarem uma via mais livre e poderem chegar ao destino de uma forma mais confortável. Considerando a área geográfica da Capital e o seu difícil acesso, devido ao grande volume de carros deslocando-se para a ilha, há dificuldades na mobilidade dos transportes terrestres, como única modalidade de acesso disponível à população regional.

Frente a todas essas questões, pode-se perceber que Leininger (1991) propõe uma visão holística, não fragmentada, dos pais utilizando todos os fatores discutidos anteriormente e inter-relacionando os conceitos de forma a proporcionar uma visão diferente de ver o fenômeno de atendimento de enfermagem que possibilite a sua participação no cuidado pré-natal.

A utilização do modelo *Sunrise* permitiu identificar a visão de mundo, a estrutura social e a descrição da clientela, possibilitando uma visão ampliada desse conjunto de clientes que busca pelo atendimento de enfermagem no ambulatório.

4.3 A GESTAÇÃO COMO PONTO DE PARTIDA À PARTICIPAÇÃO DO PAI NO CUIDADO PRÉ-NATAL

Inúmeras e importantes mudanças têm sido provocadas nos serviços de saúde e nos ambulatórios de atendimento à saúde da mulher com a finalidade de se obter um estímulo para a participação do pai no acompanhamento às gestantes no pré-natal. A temática tem instigado a novas pesquisas e avaliações produzidas em ambientes acadêmicos universitários nas últimas duas décadas, motivando mais um espaço na agenda pública na promoção da equidade de gênero, dos direitos sexuais e reprodutivos e da prevenção da violência.

Para a saúde materno-infantil, sabe-se da relevância sobre o impacto do envolvimento do homem como cuidador, desenvolvendo atitudes que sejam benéficas ao empoderamento da mulher e à vida da criança, além dos efeitos positivos para a saúde e bem-estar dos próprios homens.

A transformação cultural e social necessária ao alcance das dimensões individual, familiar e comunitária contempla um investimento das políticas de valorização da paternidade e do papel do homem como cuidador, de modo que se procure desconstruir o modelo dominante de masculinidade, abrindo caminhos para a construção de novas formas de cuidar.

As experiências em cenário de prática mostram que o homem raramente acompanha sua companheira/esposa e essa situação induz à necessidade do pensamento de que a paternidade não deve ser percebida apenas como uma obrigação legal ou um dever, mas sim como um direito do homem em participar de todo o processo da gravidez, parto, pós-parto e da educação da criança (PNAISH, 2008).

A integração do pai como elemento de importância no processo gestacional vem proporcionar um apoio emocional e financeiro, demarcando um compromisso e uma ação mais ativa e efetiva, desmistificando sua participação exclusiva como provedor. Dessa forma, seu envolvimento com a gravidez nas consultas de pré-natal, no acompanhamento à realização dos exames, nos cursos de preparação para o parto, na idealização do ambiente do bebê e na construção do enxoval, oferece suporte à companheira e sugere um compartilhamento na vida a dois, podendo isso ser mais favorável aos cuidados à saúde da díade mãe-bebê.

Esta pesquisa corrobora com as ideias de Romeu et al. (2016, p. 1547-49) quando remontam às perspectivas nas dimensões político-gerencial da atenção à saúde, da educação na saúde e de ações direcionadas a discutir o envolvimento do homem no pré-natal.

Portanto, essa categoria apresenta a gestação como um evento social e singular na vida de homens e mulheres, o que pode favorecer a mudança de paradigmas no que diz respeito ao cuidado pré-natal, permitindo ao pai um envolvimento ativo em todo o processo, apresentando seus valores e crenças, discutindo as diferentes formas de cuidar, as possibilidades e os limites de sua participação.

Os valores e as crenças são compartilhados e transmitidos, sendo que orientam pensamentos, decisões e ações de forma padronizada (LEININGER, 2006). Nesse sentido, a gestação pode ser um momento crítico na vida das pessoas, revestido de modificações físicas e emocionais para as mulheres e também para todos os membros da família (BRITO, 2011). É necessário que ocorra uma participação ativa dos pais em todo o processo gestacional, a fim de compartilhar apoio, tranquilidade e segurança; para além, assim como as gestantes, os pais também podem vivenciar períodos de surpresa, incerteza e preocupação.

Essas concepções de vida representam um conjunto de ideias, ideais e convicções que ajudam os pais a encontrar, desbravar e percorrer o seu caminho no desenrolar da gravidez de sua companheira/esposa (FARIA, 2004). Podem favorecer a tomada de decisões, excluir ou diminuir possibilidades de experiências no cotidiano,

estreitamento de vínculos e participação como pais e cuidadores, influenciando sobremaneira a vida da gestante e do bebê.

O significado da gestação para os pais foi expresso por suas dúvidas, anseios, vivências, saberes e opiniões, muitas vezes formadas em suas famílias, que costumam apresentar significações de saúde, doença e práticas próprias de cuidar, originadas do seu contexto social (LEININGER, 2006).

Os modos de viver de cada um dos participantes expressam cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de respostas frente às dificuldades do dia a dia, cada gesto ou palavra, sorriso ou lágrima, produzem circunstâncias na maneira de viver, compondo o mundo cultural dos pais.

Nessa perspectiva, a definição de gestação pelos pais é identificada em seus discursos expressando as características do cotidiano que podem modificar o modo de viver de cada um dos participantes, conforme demonstram nos depoimentos os fragmentos abaixo:

Ah! Para mim essa gravidez é um momento único e diferente na minha vida! Veio antecipadamente, mas veio de bom grado. (P3, 32 anos, electricista automotivo)

Eu acho que é a mesma qualidade em relação ao primeiro filho para mim, entendeu? Acho que o tratamento agora vai ser assim melhor, porque a gente já adquiriu experiência em relação à primeira [gestação], entendeu? Então, até assim como pai vai ser melhor. (P4, 36 anos, técnico em mecânica)

A gestação é uma motivação! Motivação, tipo uma responsabilidade maior. Sim, posso ter projetos também. Gestação como responsabilidade com a família. (P9, 22 anos, soldado do exército brasileiro)

A surpresa com a notícia da gravidez pode caracterizar que não foi planejada, refletindo que não houve uma prática sexual utilizando métodos contraceptivos e, portanto, não considerando que essa atividade, mesmo que momentânea, poderia modificar toda a sua vida. Para Oliva, Nascimento e Espírito Santo (2010), a forma como as pessoas experimentam esse processo é profundamente influenciada por sua educação sexual e reprodutiva, conhecimento de métodos contraceptivos e modos de relacionamento com seus parceiros.

Com relação à saúde sexual e reprodutiva, a PNAISH é a política que contribui para a compreensão da singularidade masculina em seu contexto político, econômico e sociocultural, contemplando os direitos sexuais e reprodutivos para incentivar a

conscientização masculina sobre os direitos e deveres do homem na participação do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2009a).

Pensar no planejamento reprodutivo não é apenas oferecer os métodos contraceptivos. É, também, desenvolver formas de promover a paternidade e o cuidado paterno desde o momento da gestação com ênfase no exercício de um papel ativo do pai nesse período, para construir uma ligação com a criança mesmo antes do nascimento.

Por outro lado, a surpresa pode ser interpretada como a oportunidade de vivenciar a paternidade pela primeira vez, o que pode levar também à incerteza e à preocupação com a gestante e o bebê. A cada momento desse período o pai adquire experiências que o levam a agir no convívio familiar em conformidade com o padrão cultural ao qual está submetido.

Os pais podem assumir posturas diferentes dependendo da expectativa social e familiar na qual estão inseridos, podendo agir de forma mais afetiva, rompendo estereótipos aprendidos, mesmo que inconscientemente, para estabelecer um vínculo precoce entre pai e filho, ou manterem-se numa postura mais conservadora.

No relato de um dos participantes (P4), não existe mais o sentimento de surpresa e deixa claro que tem alguma experiência da gestação anterior, o que pode facilitar o seu envolvimento nessa gestação atual. Deixa transparecer uma expectativa sobre si mesmo, pois já tem um filho e agora saberá melhor como cuidá-lo, melhorando seu desempenho como pai e sendo mais companheiro.

Alguns estudos (OLIVEIRA; BRITO, 2009; ZAMPIERI et al., 2012; BRITO et al., 2013) apontam que existe uma tendência dos homens a adotarem para si a responsabilidade de zelar pelo bem-estar da mulher e do filho, na busca por uma postura mais igualitária, desenvolvendo ações de diversas naturezas.

Nesse sentido, quando um dos participantes (P9) relata que a gestação funcionou como uma forma de motivação em sua vida, gerando um movimento de busca por novos projetos de cuidar melhor de sua filha, fica clara a vontade de desenvolver ações que possam modificar seu modo de viver e possibilitar uma participação mais dinâmica durante a gravidez.

No contexto da gestação, para alguns pais, esse período é motivo de muita alegria, satisfação e felicidade, independentemente do momento em que ocorreu, assumindo uma característica única e singular em suas vidas, sendo que eles apontam para uma transformação na sua maneira de viver. Transformação essa que traz

significados diferenciados diante de cada situação familiar, convívio no relacionamento e apoio social.

Ah! Pra mim é coisa de Deus. Estou gostando [da gestação] muito. Estou mais feliz, com certeza mais feliz! (P7, 30 anos, vigilante)

Muita alegria para mim. Alegria, uma satisfação de ser, de ter mais uma criança que vai vir, embora que o sexo ainda está indeciso, mas para mim está sendo uma alegria muito grande. Pra mim, é muito mais do que isso. Tá sendo para mim uma, uma... Como posso explicar com uma palavra certa? Que ela tá vindo para mim, mais alegria para a família, para a esposa, satisfação, muito mais do que isso. (P8, 36 anos, padeiro)

Para mim é um momento da família. Há alguns meses eu perdi meu irmão e decidimos ter outro filho. A família tava ficando pequena. Eu pretendia não por agora, mais pra frente ter outro filho. Quando meu irmão casou, ele teve o filho dele. Aí, quando ele faleceu, eu antecipei, nós antecipamos. Aí ela parou de tomar o remédio e nós decidimos ter outro. O evento da morte do meu irmão antecipou essa gravidez. Iríamos esperar mais uns dois anos. (P11, 35 anos, vigilante)

Chama atenção a fala de um participante (P11), já que o mesmo vincula a gestação de sua companheira/esposa a um evento de morte ocorrida na família, como se com o nascimento de sua filha, pudesse substituir seu ente querido. Parece mórbida essa relação, mas, ao se expressar ele se emociona e afirma que a intenção não é substituir, mas sim manter a família grande. Supostamente, pode-se pensar que seria uma forma de tornar o ambiente e a família mais alegres e felizes. A ausência do irmão parece deixar uma lacuna emocional na família, a qual será preenchida, mesmo consciente de que ele não seria substituído por outra pessoa.

Essa atitude pode refletir um padrão aprendido, já que ele vem de uma família do tipo patriarcal, na qual aprendeu que deve ser o provedor independentemente da situação ou mesmo para solucioná-la, mesmo que em alguns momentos demonstre certa flexibilidade quanto ao papel que deve desempenhar. Esses momentos dão-se principalmente quando fala do filho mais velho e das atividades que realizam juntos, expressões de sentimentos coerentes, demonstrando carinho e proteção.

Nessa mesma ideia, outro participante (P12) também apresenta essa influência familiar, pois se sente inseguro por não ter seguido o ciclo lógico de formação de uma família, seja ele construir o namoro, buscando o noivado e casamento. Essa situação contribuiu para que demorasse a aceitar a gravidez o que dificultou, no início, o seu envolvimento com o processo gestacional, já que afirmou não existir uma relação estável entre ele e a gestante no momento em que descobriram que ela estava grávida.

Para mim é o natural da vida a pessoa ter um filho. Para mim isso daí aconteceu não da forma certa e estruturada, mas pra mim é o normal da pessoa ter o filho. Então, eu gostei. Hoje eu gosto, mas no início não foi tão fácil. Estruturada é quando você está com a pessoa algum tempo, você pensa em casar, se pensa em ficar junto, você mora junto já, a família aceita, a família sabe, os dois planejam ter um filho, ou pelo menos passava pela ideia deles um dia ter um filho. (P12, 33 anos, analista de sistemas)

É importante chamar a atenção para todas essas situações dos depoentes, pois estão impregnados de uma cultura na qual aos homens cabe a função de perpetuar a espécie e seus códigos genéticos, garantindo a formação das famílias. Essas concepções acabam por definir o papel do homem e da mulher na sociedade, o que contribui para dificultar uma construção social da masculinidade baseada na equidade de gênero (NASCIMENTO, SEGUNDO, BARKER, 2009).

Por outro lado, existem as contradições quando apontam a dificuldade para aceitação por ocasião do diagnóstico positivo para a gravidez. Nesse caso, consequências para a rejeição ou abortamento podem influenciar o pai e a gestante, impedindo o fortalecimento do vínculo e o estabelecimento de um envolvimento ativo desde a gestação até o nascimento do (a) filho (a).

A identificação do lugar, muitas vezes, equivocado que o pai assume na família, não apenas como um papel de poder e de provimento, mas também do homem frio, autoritário, insensível, que não manifesta afeto por seus filhos, é uma ação necessária para que esses pais possam desenvolver novos comportamentos, demonstrando interesse e envolvimento com os filhos (DRAGO, MENANDRO, 2014).

Portanto, levar em consideração as diferentes práticas socioculturais permite ao enfermeiro compreender a maneira de pensar e agir da clientela frente a gestação, facilitando a comunicação entre eles, o que possibilita um atendimento de enfermagem benéfico, saudável e significativo que valorizou as expressões e os valores culturais apresentados (GEORGE, 2000).

Entretanto, ao distinguir essas práticas, surge o desafio de uma aproximação com os participantes na perspectiva de também modificar o modo de pensar e agir do enfermeiro nesse momento de atendimento. Não se pode deixar prevalecer o saber profissional, já que isso pode levar a um distanciamento, pois a clientela vai perceber que está sendo julgada e questionada quanto aos seus valores e às suas crenças.

A inclusão desses pais deve ser trabalhada no sentido de envolvê-los ativamente em todo o processo até para desconstruir alguns mitos que envolvem a gestação, como o

fato de que esse evento é “coisa de mulher”, de que ele trará mais responsabilidade ou de que possibilitará o nascimento de um menino e não de uma menina. Para eles, a gestação surge também como uma forma de corrigir ou até mesmo permitir um aprendizado maior, representando também um momento de despertar e de se enxergar enquanto pessoa presente no mundo, mas que, antes da gestação de sua companheira/esposa, parecia não existir.

Para mim é importante! Saber aprender muito! É aprender mais, porque talvez possa vir outra gravidez e já estaremos mais sábios. (P2, 18 anos, operador de usina)

A gestação significou, deixa-me ver... Acordar mais assim! Acordar mais para a vida. É eu acho que é isso sim. (P6, 30 anos, estagiário)

É, para mim significou muito porque é um filho, porque ele é homem. Mas fiquei muito ansioso. Quando descobri, rapaz foi uma felicidade só. Eu queira um menino desde a gravidez anterior. Aí quando descobri que era uma menina, fiquei até meio triste. É porque eu sempre quis ter um filho homem. Mas Deus me deu uma menina primeiro. (P10, 30 anos, auxiliar de expedição)

Na fala de outro participante (P2), existe certa intencionalidade como se quisesse realmente fazer algo diferente, mas, ao mesmo tempo, ficava claro que ele acreditava que a gestação era um evento feminino e demonstrava desconforto em estar na consulta com a companheira/esposa. Essa atitude pode evidenciar um contexto cultural permeado por símbolos e significados que demonstram um sentido de ameaça à sua posição dentro da família, com a chegada de um novo membro, em virtude das concepções sociais e psicológicas concernentes ao mundo masculino (BRITO et al., 2011; MONTICELLI; ELSSEN, 2006).

As atitudes apresentadas por ele representavam realmente a perda de uma posição relevante na família para um novo ser, seu filho, o que ameaçaria sua posição que sempre foi de destaque. Por isso, houve grande dificuldade de estabelecer uma aproximação, sendo que, depois da entrevista, ele não compareceu mais às consultas e solicitou que a mãe da companheira/esposa fosse em seu lugar.

Por outro lado, para outro participante (P6), a gestação funcionou como uma forma de despertar para a vida e assumir responsabilidades que sempre foram executadas por outros membros da família, principalmente a mãe. Ele nunca foi tratado como adulto e durante sua vida recebeu proteção excessiva da mãe e irmãos, e, com a gravidez da companheira/esposa, descobriu que precisava tomar decisões e assumir uma postura mais ativa demonstrando maturidade.

Esse momento marcou um período de transição do subsistema conjugal ao parental, nos quais precisou estabelecer novos papéis e relações a fim de integrar um novo membro na família e ele próprio assumir sua posição (BORNHOLDT; WAGNER; STAUDT, 2007).

Foi interessante perceber essa transformação que exerceu uma influência positiva no seu contexto de vida, fazendo com que ele também participasse mais ativamente do processo gestacional, por meio do aprendizado vivenciado durante o cuidado pré-natal.

Ainda analisando os conceitos de gestação expressados pelos participantes, a visão apresentada por outro pai (P3) demonstra uma condição comum à maioria dos homens, relacionada a perceber a gestação apenas com a existência do filho, apontando um desejo de conhecê-lo, mas, ao mesmo tempo, demonstrando o medo ou inexperiência no cuidado ao bebê ao nascer.

O homem quando fica namorando a barriga, fica na parte do êxtase da gravidez. Mas, quando o nenê nascer, até um resmungo de sonho do nenê faz pular da cama literalmente. Medo do engasgo, entre outras coisas. Pelo menos eu fico com esses medos. (P3, 32 anos, eletricista automotivo)

No estudo de Bornholdt; Wagner; Staudt (2007), todos os pais imaginavam o filho após o nascimento, em diferentes etapas de seu desenvolvimento, pelo motivo de não sentirem nada no seu corpo levando-os a não acreditar na existência concreta de seus filhos. Nessa percepção, julga-se que, como são as mulheres que carregam os filhos, somente elas é que mudam. Para eles, a mudança só será presente quando o bebê nascer.

O depoimento desse pai (P3) vem ao encontro dessa ideia de que era muito difícil ele se expressar em relação ao bebê de forma concreta. Quando começou a enxergar o crescimento da barriga e conseguiu tocá-la, houve uma transformação no comportamento e ele passou a questionar mais sobre sua saúde e bem-estar. Também imaginava como seria seu filho, qual a cor dos seus olhos, cabelos, aumentando seu interesse na gestação e seu envolvimento. Além disso, fica clara a inquietação relativa ao saber cuidar do bebê quando nascer, demonstrando pouco conhecimento sobre o assunto e, de certa forma, apontando para o enfermeiro do pré-natal que ele desejava informação sobre isso, mesmo que não tenha formulado nenhuma pergunta sobre esta temática.

Essa observação chama a atenção para o fato de que o enfermeiro precisa ampliar a sua visão e não ficar restrito única e exclusivamente à gestação do ponto de vista fisiológico. O profissional pode, assim, desenvolver o cuidado pré-natal ao trazer informações que compõem o cotidiano da vida do recém-nascido, pois essas atividades básicas podem provocar dúvidas, resultando em um afastamento dos pais, alegando não saber cuidar do bebê.

A questão do medo na fala desse pai (P3) também foi um achado do estudo de Krob, Piccinini e Silva (2009, p. 284), realizado com o objetivo de compreender a transição para a paternidade, em que se relata um envolvimento esporádico e apenas quando solicitado nos cuidados do bebê, com a justificativa do medo, da insegurança e pela crença de que as companheiras tinham mais jeito do que eles. Outro motivo era o pouco tempo que tinham para ficar junto ao bebê, preferindo, então, envolver-se em trocas afetivas.

Pensando na gestação como um processo fisiológico, é interessante apontar a compreensão das modificações nesse campo pelos pais, já que, muitas vezes, elas podem suscitar emoções variadas, mesmo que não percebam, num primeiro momento, diferenças no corpo da mulher, sejam elas físicas ou psicossociais.

Ela não engordou muito, igual engordou na do Giliardi [filho mais velho]. Não deu aquelas estrias e não ficou passando mal! Na gestação do Giliardi ela passou muito mal! Ficou uns 15 dias só passando mal! Então foi bem diferente. (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

Tem as sensações da mulher, que não é frescura. Mas tem hora que é fresco mesmo, não pode nem encostar que está sentindo dor. (P7, 30 anos, Vigilante)

Rapaz! Ela ficou um pouquinho chata, mas eu gostei. Ela ficou muito estressada devido à gravidez que é diferente. Não sei se gravidez de menino ou de menina é diferente. Ficou muito chata em tudo. (P10, 30 anos, auxiliar de expedição)

De acordo com os depoimentos acima, existe uma dualidade na opinião dos pais expressada pela preocupação com o estado de saúde da gestante no relato do participante (P1) e na desconfiança com a instabilidade da saúde da gestante expressada pelos depoentes (P7 e P10). No primeiro caso, a comparação feita por ele entre os dois momentos aponta que ele conhece sobre o assunto e que, se acontecesse na gestação atual, teria condições de ajudar de forma ativa sua companheira/esposa. É uma expressão de surpresa também, pois, de certa forma, ele achava que ela ficaria doente e

precisaria de cuidados especiais ou até mesmo de uma internação hospitalar como aconteceu na gestação anterior.

A segunda situação mostra a dificuldade de entendimento dos pais sobre a ação da gestação no corpo da mulher, levando-os a pensar que a gestante é fraca, está carente ou apenas requer uma atenção em exagero. A resposta desse participante (P7), ao mesmo tempo em que chama essas reações de frescura, explica que são comportamentos típicos da mulher nesse período. Na opinião do participante (P10), existe uma tendência de comparar a atitude da companheira/esposa como um comportamento ‘chato’ em relação à gestação. É uma fala velada sobre o que esse pai pensa da gravidez, permeada de símbolos culturais que, no decorrer da existência humana, direcionam os papéis sociais e de gênero, excluindo o homem de uma participação mais efetiva nesse processo (CARDELLI, TANAKA, 2012, p. 254-55).

Neste estudo, verificou-se que nenhum participante apresentou relato durante o acompanhamento de sua companheira/esposa de sentir-se grávido, ou seja, ter suas vivências incorporadas às alterações físicas e/ou emocionais, como, por exemplo, cansaço, sonolência, irritabilidade, entre outros, como relatam algumas gestantes durante o percurso da gestação. Nas investigações, não foram captados pais que apresentassem expectativas sobre si mesmo nesse processo ou mudanças de comportamento que provocassem motivações para o fortalecimento no relacionamento conjugal e familiar.

Entretanto, para outros pais, o período da gestação pode ou não suscitar as mais diferentes emoções e até mesmo sintomas físicos. Assim como as gestantes, é muito comum que os futuros pais engordem, sofram enjoos, tenham desejos, crises de choro, dentre outros sintomas ou percepções (BRASIL, 2016).

Considerando que a gestação é um processo fisiológico carregado de significado na especificidade de cada cultura, designando formas apropriadas de sentir e de se comportar socialmente, pode-se compreender que esse evento favoreça uma mudança no estilo de vida das famílias, em busca de comportamentos mais saudáveis e que promovam a saúde (BARUFFI, 2008).

Com base no pressuposto relacionado aos valores, às crenças e aos modos de vida padronizados aprendidos, subjetiva e objetivamente, que auxiliam e sustentam a visão cultural dos pais sobre a gestação é definido para manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida (LEININGER, 2006). Considera-se, assim, o cuidado cultural como meio holístico mais amplo para conhecer, explicar,

interpretar e prever o fenômeno do atendimento de enfermagem orientando as práticas de cuidados de enfermagem no pré-natal.

No que concerne à percepção dos sentidos de ser pai e viver a paternidade, os participantes apresentaram diferentes papéis nos posicionamentos assumidos, especialmente quando mostraram nos depoimentos que só se perceberam como pais durante a evolução da gravidez e não apenas após o diagnóstico confirmado da gestação. Nesse sentido, observaram-se as expressões dos depoimentos a seguir:

Ah! Ser pai é diferente! Vamos ver... ninguém nasce sendo pai, então o quê que é? Vou aprendendo a ser pai, vou aprender a ser pai e a responsabilidade de ser pai. Ainda é difícil descrever porque tá acontecendo [a gestação], tá florindo ainda. Mas a gente fica imaginando! É um sentimento diferente tanto em ser pai como em ser mãe. Você vai renascendo, renascendo na sua própria vida, você vai sentindo sentimentos diferentes, sonhos diferentes e preocupações diferentes. Então, é basicamente isso. (P3, 32 anos, eletricista automotivo)

Ser pai é coisa muito boa! Muito bom chegar em casa e saber que estão te esperando, pulando em cima da gente, brincando com a gente. Muito bom! Muito bom saber que vai vir mais um para fazer bagunça em casa! Perfeito! (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

Ser pai para mim é a melhor coisa do mundo. Antes eu não queria ter filho. Mas depois que tive minha filha é muito emocionante. Chegar em casa, seu filho vai te abraçar, te dar beijo, te dar carinho é muito importante. Então é a melhor coisa do mundo ser pai. (P10, 30 anos, auxiliar de expedição)

A gestação representa um período de preparação para novos papéis sociais, tanto para a mãe quanto para o pai, e ainda para a família. Particularizando a análise do depoimento de um dos pais (P3), a gravidez modificou-o como homem, fazendo-o sentir-se diferente, de modo que a satisfação que lhe proporcionou a gestação está expressa em seu discurso. O sentir-se diferente, referido por esse pai investigado, remete-nos também aos significados sociais da paternidade, ao certificar-se de que é capaz de reproduzir e ser pai como espaço de reconhecimento da paternidade e de suas responsabilidades.

A participação do pai na gravidez o faz sentir-se parte do processo, refletindo na qualidade de vida do casal, já que permite um relacionamento mais afetivo também com a companheira/esposa e estão mais dispostos às necessidades de apoio e segurança. Outro participante (P1) considerou o lado afetivo como um dos aspectos mais importantes, o que remete também a significados sociais dos quais emergem valores e crenças, entre eles, o cumprimento de um dever da paternidade com estabelecimento

precoce do vínculo pai e filho; situação em que a brincadeira e a bagunça demonstram uma forma de cuidar com afeto e carinho.

No depoimento, os participantes procuram viver a experiência do ser pai, rompendo estereótipos do passado e aproximando-se das formas rotineiras mais afetivas vividas como um momento especial dessa relação, compreendendo o seu papel como provedor que procura um espaço de bem-estar, emoção e carinho. Essas expressões representam, segundo Leininger (2006), o conhecimento de significados e práticas derivadas da visão de mundo dos pais, do contexto ambiental e de usos de linguagem essenciais para orientar a promoção do cuidado à saúde do bebê e a satisfação da companheira/esposa na incorporação de seus valores.

Em síntese, descrever os valores e crenças dos pais nesse contexto permitiu conhecer e vivenciar situações de satisfação, contradição e ao mesmo tempo de felicidade, proporcionando maior envolvimento, compromisso e responsabilidade em relação à paternidade e à sua participação no cuidado pré-natal.

4.4 O CUIDADO PRÉ-NATAL COMO SISTEMA DE CUIDADO POPULAR E PROFISSIONAL

A presente categoria está sustentada no referencial teórico de Leininger (1991) que, ao apresentar o contexto de cuidado de enfermagem baseado na cultura, aponta a existência de sistemas de cuidado, quando sugere a valorização do saber popular definido como o cuidado êmico – particular de cada cultura – e o cuidado ético – saber profissional – para possibilitar o planejamento do cuidado culturalmente congruente. Ademais, para direcionar o cuidado pré-natal, é necessário descrever os significados e práticas derivados da visão de mundo da tríade pai-gestante-enfermeiro, de fatores da estrutura cultural e social, do contexto ambiental e da linguagem para orientar as ações e decisões no cuidado de enfermagem pré-natal. Esses fatores podem ser influenciadores nos modos de vida de pais que participam do processo gestacional com sua companheira/esposa.

Nesse pensamento de Leininger (1991), vislumbra-se a possibilidade de discutir o cuidado ao pai durante o processo gestacional fazendo os nexos com a PNAISH (2008), tendo a finalidade de aproximá-lo dos serviços de saúde para o autocuidado, de apresentar estratégias de acolhimento como alternativas de cuidado à saúde, de ressaltar a importância da participação do pai como um instrumento para a melhoria da saúde

materna e do bebê, e de reconhecer essa participação como um direito dos pais, além de apresentar sugestões para mudanças institucionais nas práticas de atendimento à saúde do homem.

Outrossim, é necessário fundamentar o conceito de cuidado pré-natal com a finalidade de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, com abordagem nos aspectos psicossociais e nas atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012a).

Diante da construção desse conceito, é importante ampliar as ideias referentes às ações direcionadas para a saúde do homem e da mulher, com o objetivo de integração, buscando melhorias dos indicadores de saúde para essa clientela. Além disso, a proposição é de que seja desenvolvida no âmbito da atenção primária, alinhando-se também à Política Nacional de Atenção Básica, a qual propõe o vínculo do usuário ao seu território de origem, facilitando o acompanhamento de ambos ao longo do ciclo de vida.

A proposta do alinhamento entre essas políticas de saúde visa inserir o homem no contexto social de forma mais ativa e participativa diante das questões da saúde sexual e reprodutiva, utilizando como um dos princípios propostos na linha de cuidados masculinos o envolvimento dos homens nas consultas do pré-natal (GOMES et al., 2016).

Nesse contexto, vale mencionar alguns depoimentos desta pesquisa considerando o saber popular dos participantes em relação ao cuidado pré-natal. As expressões apresentadas indicam a relevância da atividade e o que representa no contexto popular e profissional.

Pré-natal é vida, é igual à vida. Você está cuidando, zelando, abraçando, lutando por uma vida. (P8, 36 anos, padeiro)

O pré-natal virou uma referência de aprendizado para nós. (P4, 36 anos, técnico em mecânica)

É bom pra mim, é importante porque você vê o seu filho crescendo, desenvolvendo, como que ele tá, você acaba descobrindo como é que um monte de dúvidas que você tinha sobre a criança, ele virar ou não, você ouvir o coração. Foi bom isso pra mim, eu nem imaginava. (P12, 33 anos, analista de sistemas)

O pré-natal pra mim é surpresa totalmente; todos os aspectos são importantes. Até então não paramos para observar. Quando não planejamos uma coisa tudo é surpresa! (P3, 32 anos, eletricista automotivo)

A afirmação de que pré-natal é vida por um dos participantes (P8) vem ao encontro de seu objetivo principal de assegurar o desenvolvimento da gestação de forma saudável, definindo etapas de acompanhamento para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção da morbidade e mortalidade materna e infantil. A proposta apresentada por ele para alcançar este objetivo é cuidar e zelar pela vida tanto da mãe quanto do bebê.

Na gravidez, a mulher necessita de cuidados contínuos que se articulem dentro de uma rede de apoio e, com o envolvimento do pai nesse processo, ele também aprende e descobre procedimentos desenvolvidos que ficavam no imaginário, podendo usá-los no cotidiano.

A surpresa expressada nas falas de outros depoentes (P3 e P12) aponta para a falta de inclusão do pai nos momentos de avaliação físico-obstétrica, quando o enfermeiro realiza os controles materno e fetal para avaliar o estado de saúde da mãe e do bebê, identificando possíveis riscos. Essa atitude pode retardar o estabelecimento de vínculo, gerando dúvidas relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento do bebê, o que provoca ansiedade tanto para o pai como para a companheira/esposa.

Os achados desta pesquisa corroboram com os dados encontrados por Oliveira et al. (2009) e Figueiredo, Marques (2011), que apontam a satisfação vivenciada pelos pais ao participarem da consulta de pré-natal e ao acompanhar a realização dos exames, sentindo-se recompensados e felizes.

Ainda nesse contexto, alguns depoimentos dos participantes apresentam resultados semelhantes comparados com a pesquisa anterior, no que se refere à importância para os pais do conhecimento e participação no pré-natal:

Como é fundamental saber como o bebê está e a “saudizinha” dele. (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

O pré-natal foi bom para eu ver o coração do bebê [condições vitais], saber como ela [gestante] estava, se bem ou mal. (P7, 30 anos, vigilante)

Aprendi sobre a importância de fazer exames preventivos para não poder prejudicar minha saúde. Exames como urocultura, hemograma, glicose, hepatite B, anti-HIV, toxoplasmose e exame de urina. Eles servem para prevenir infecção urinária, AIDS, diabetes, doença contaminada por algum animal. No pré-natal, eu aprendi a importância de cada um deles [exames]. (P2, 18 anos, operador de usina)

Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas para o pré-natal sugerem alguns passos para seu desenvolvimento, com destaque para a não medicalização e

utilização de tecnologia apropriada (BRASIL, 2012a). O depoimento de um dos participantes (P2) apresenta um conhecimento voltado às ações de prevenção, utilizando exames de rastreamento para várias doenças que podem acometer, não somente a gestante e o bebê, mas a saúde do pai. O destaque relaciona-se à importância de realizar os exames e não prejudicar sua saúde, ação essa prevista na PNAISH como uma oportunidade de inserir os homens nos serviços de saúde.

Considerando o pensamento de Leininger (1991) sobre o cuidado ético que valoriza o saber profissional, cuidado que é formalmente ensinado, aprendido e transmitido como conhecimento de saúde, de doença, de bem-estar e das habilidades práticas que devem prevalecer nas instituições formadoras e de serviços de saúde, é necessário permitir uma aproximação entre os saberes populares a fim de planejar e desenvolver um cuidado culturalmente congruente.

A dificuldade em estabelecer essa relação pode estar atrelada aos modelos de formação dos profissionais de saúde, já que, nessa proposta tradicional, há uma supervalorização do conhecimento científico centrado na doença, o que sobrepõe as práticas profissionais nas diferentes culturas entre os receptores dos cuidados (genéricos) e os prestadores dos cuidados profissionais.

Por outro lado, é importante deixar claro que o objetivo do cuidado pré-natal não é a busca e investigação de doenças e muito menos considerar esse período como enfermidade. Leininger (1991) salienta que a saúde é tanto universal quanto diversificada, pois vai refletir as crenças, valores e práticas de uma cultura. Cabe ao enfermeiro o conhecimento específico na área da saúde do homem e da mulher para desenvolver o cuidado congruente com as necessidades, expectativas e os valores dos clientes.

Para os pais, o fato de acompanhar a consulta pré-natal pode representar também a oportunidade de obter informações sobre o processo gestacional e sobre cuidados com o bebê, minimizando e esclarecendo dúvidas que podem gerar insegurança e ansiedade.

O pré-natal foi tudo, pois eu não estava sabendo de nada, porque como é a minha primeira filha, foi tudo novo para mim. Eu gostei bastante de fazer esse acompanhamento dela, saber mais do mundo dela, porque eu já tinha ouvido falar do pré-natal pelos meus irmãos e amigos, além de ter assistido em filmes. (P6, 30 anos, estagiário)

Do mesmo modo que ela [gestante] tem dúvidas, eu também tenho as minhas e pergunto para vocês. No meu caso tirei todas as minhas dúvidas, para mim tá tranquilo, não precisa explicar mais nada. (P5, 22 anos, auxiliar de serviços gerais)

A busca pela informação apontada por um dos participantes (P5) pode indicar uma oportunidade de conquistar o direito de acesso aos serviços de saúde e tomar algumas decisões sobre os cuidados à saúde da companheira/esposa, expressando sua opinião e expectativas em relação ao cuidado pré-natal. Do mesmo modo, para outro participante (P6) esse espaço é uma conquista que permitiu compartilhar um pouco do seu conhecimento aprendido com outras pessoas e meios de comunicação e os cuidados profissionais.

Nessa perspectiva, desenvolver ações de educação em saúde no pré-natal é ainda uma estratégia relevante para compartilhar as diferentes vivências entre os pais, as gestantes e o enfermeiro, uma vez que essa é a melhor forma de promover o intercâmbio de experiências e conhecimentos para a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2012a).

No pré-natal aprendi como vocês ensinaram: eu sempre pedia para ela [companheira/esposa] deitar do lado esquerdo para diminuir a dor nas costas e pernas quando reclamava, e melhorava. Eu explicava o cuidado dentro de casa com minha esposa quando ela estava sentindo dor, como a forma correta dela deitar, de fazer as coisas dentro de casa, de praticar exercícios. É muito importante. (P10, 30 anos, auxiliar de expedição)

O pré-natal me fez aprender sobre o teste de Coombs indireto, porque na primeira gestação estávamos preocupados com isso. Olhamos também o tamanho do bebê e o peso (P11, 35 anos, vigilante)

No pré-natal, vi a importância da alimentação, do bom sono, do cuidado, do descanso e a relação entre o pai e mãe. Não deixar a gestante estressada ou preocupada. Falar que o acompanhante deve ajudar nesse processo. Depois que nasce é outro processo, outro ciclo de vida. O importante é enfatizar que ela não pode fazer tudo sozinha. A pessoa que está junto com ela deve ajudar. (P12, 33 anos, analista de sistemas)

A educação em saúde, enquanto elemento constituinte do pré-natal, é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções das áreas da educação e da saúde (BRASIL, 2011). Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos. Deve envolver também propostas pedagógicas libertadoras e comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, visando à melhoria da qualidade de vida e da saúde do homem e da mulher.

Nesse pensamento, a possibilidade do compartilhamento das experiências vivenciadas pelos pais com suas companheiras/esposas contribuiu certamente de forma

satisfatória mediante o oferecimento de suporte nas orientações recebidas durante o cuidado pré-natal. Entre os direcionamentos, estão aqueles que propiciam alívio aos desconfortos corporais, a contribuição sobre as informações em relação à alimentação e ingestão de líquidos, além do auxílio à compreensão dos exames solicitados nesse período. Da mesma forma, o agir educativo do enfermeiro no pré-natal pode lançar mão do lúdico, dos jogos para promover discussões sobre temas diversos relacionados ao processo gestacional, à saúde sexual e reprodutiva, ao autocuidado, às orientações sobre amamentação, aos cuidados com o bebê, entre outros.

Essas situações mostram que a inserção do pai no cuidado pré-natal leva a espaços destinados à compreensão de si e dos outros, o que propicia a descoberta de novos papéis sociais, como aqueles interligados às funções paterna e materna, influenciando positivamente em suas experiências e vivências de forma mais consciente e responsável de suas funções. Dessa forma, vislumbra-se a importância da proposição de políticas públicas e de ações contínuas dessa natureza nos serviços de atenção à saúde do homem e da mulher.

Os pais consideram importante a contribuição do enfermeiro na promoção da maternidade segura, tendo em vista que o cuidado pré-natal qualificado exige conhecimentos e habilidades específicos, tanto fisiológicos quanto sociais e culturais. Os depoimentos de alguns participantes consideram positiva a consulta de enfermagem do pré-natal:

Durante o pré-natal a minha preocupação era o desenvolvimento do meu bebê e uma boa condição da mãe para um parto seguro. O pré-natal para mim está tudo sendo muito bem acompanhado. A gente que é muito ansioso; às vezes quer antecipar coisas que não precisa. (P3, 32 anos, eletricista automotivo)

O pré-natal é conhecimento e achei bastante interessante o tratamento com ela e a criança. Coisas que não foi visto na primeira gestação. O conhecimento dos profissionais com relação à gestação, a confiança e a certeza do que estão fazendo. Questões sobre sexualidade e desenvolvimento do bebê (P4, 36 anos, técnico em mecânica)

O pré-natal é bom, porque foi explicada a posição que o bebê está, o peso, o tamanho e os exercícios para a mãe realizar, quando for ganhar o bebê. Ouvir o coraçãozinho dele é muito bom! E também os exames que são feitos durante o pré-natal. Eu gostaria que falasse sobre o álcool, as drogas que fazem muito mal na gestação. (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

O momento do pré-natal é uma etapa importante que permite ao enfermeiro conhecer e valorizar o saber vivido dos pais e gestantes, o que favorece a um dinamismo

nas relações entre esses atores, favorecendo ao seu envolvimento no cuidado de enfermagem (ALVES et al., 2015). Por outro lado, a consulta de enfermagem no pré-natal, além de ser um instrumento que é utilizado para melhorar a qualidade pré-natal por meio de ações preventivas e de promoção à saúde, também é reconhecida como um ambiente de acolhimento, diálogo, livre expressão de dúvidas, sentimentos e experiências.

Esse espaço deve possibilitar a realização do exame físico obstétrico, o levantamento de informações anteriores à gestação atual e a solicitação de exames laboratoriais, como citado por um dos participantes (P1), o que facilitará o acesso a serviços de referência acompanhamento adequado às necessidades de saúde da gestante e também do pai.

Uma dificuldade apontada por um dos depoentes (P9) relaciona-se ao tempo gasto para a realização da consulta de enfermagem de pré-natal, entendido como uma expectativa negativa, pois a demora pode contribuir para ele não continuar comparecendo junto com a companheira/esposa. Ao mesmo tempo, ele próprio afirma que o atendimento é ótimo, o que denota confiança com o trabalho realizado pelo enfermeiro.

O atendimento no pré-natal está ótimo, tirando um pouco a demora no atendimento. (P9, 22 anos, soldado do exército brasileiro)

Para Leininger (2006), desenvolver o cuidado na perspectiva cultural deve considerar a prática do cuidado à saúde como uma ação com início no ambiente familiar. Da mesma forma, cabe ao enfermeiro levar em consideração os diferentes ambientes e contextos de cuidado em saúde para possibilitar uma prática mais próxima da realidade e da necessidade apresentada pela clientela.

Uma das necessidades apontadas diz respeito às mudanças institucionais, principalmente em relação às questões trabalhistas que, na maioria das vezes, impossibilita a presença de pais no cuidado pré-natal devido à incompatibilidade de horários.

No entanto, há uma tendência de aumento gradual da presença de pais nos serviços de saúde, em especial no parto e pós-parto. Esses pais geralmente são mais jovens, com maior nível de escolaridade e com trabalho flexível, de modo que podem pedir autorização para sair ou estão desempregados (PROMUNDO, 2015). Os achados

do presente estudo diferem desses dados, o que pode dificultar a liberação pelo empregador para acompanhar a companheira/esposa.

Nas falas de alguns depoentes, é possível identificar as dificuldades em explicar a importância de sua presença como elemento de cuidado e apoio durante todo o processo gestacional.

Seria fundamental o pai vir ao pré-natal! Mas tinha que ter uma lei para as empresas apoiarem os pais para acompanharem o pré-natal. E sobre as declarações que a gente leva para o trabalho, nem todas as empresas aceitam a declaração para acompanhamento no serviço de saúde para pré-natal. (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

Ah! Acho que muitos pais não participam não é nem porque não querem. Têm medo de perder um dia de serviço e ser punido por isso, ou não tem algo na lei que proteja o pai de estar acompanhando a esposa/mulher no pré-natal. Então fica difícil a pessoa perder um dia de serviço para estar acompanhando; quer seja mensalmente, semanalmente. Isso impede muito. Acho que o documento [de comparecimento], alguma coisa desse tipo que protegesse dentro da legalidade o pai, iria ajudar o pai a ser mais participativo no pré-natal. (P4, 36 anos, técnico em mecânica)

Agora, precisa ver uma forma de garantir o direito do trabalhador de acompanhar a gravidez de sua esposa, o direito de estar sempre presente nas consultas, que é muito difícil! Podia existir uma lei que obrigue os nossos chefes a liberarem a gente! (P10, 30 anos, auxiliar de expedição)

Uma das questões é incentivar que o serviço fale para o pai ter liberdade para vir. No meu caso, mesmo com a declaração de comparecimento, o meu serviço não tira minhas horas, pois tenho que fazer banco de horas depois. Se demorar mais, só explico o motivo. Eu acho que o trabalho deve incentivar ao pai utilizar essas horas para vir às consultas. Tentar falar com o RH das empresas, falar com o companheiro, pai da criança e falar que é positivo ele vir. É muito positivo! Todo o processo da gravidez dela é muito tranquilo. (P12, 33 anos, analista de sistemas)

Na perspectiva trabalhista, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) instituiu diversas formas de proteção ao trabalhador, reconhecendo seu valor como seres humanos e como peças fundamentais de todo o crescimento econômico. Mesmo com esses avanços, a atual disciplina jurídica ainda mantém a assimetria nas relações trabalhistas e no interior da família, o que pode levar a dificuldades na interação entre o setor saúde e os setores que empregam (SPELLMANN, 2016).

A expressão de um dos depoentes (P1) dispõe sobre a declaração ou atestado de comparecimento que é o documento solicitado pela CLT para apresentação ao empregador, após o atendimento, a fim de abonar o período em que esteve fora da função laboral. Já para outro participante (P4), o documento emitido pelo serviço de saúde não respalda o período em que esteve ausente, o que gera uma insegurança e até

medo em ser demitido. Entretanto, para outro depoente (P12), a declaração de comparecimento é aceita e suas horas são abonadas, o que lhe dá tranquilidade em permanecer durante toda a consulta sem medo de desconto salarial ou outro tipo de punição.

Esse achado confirma os resultados das pesquisas de Knauth, Couto, Figueiredo (2012) e Oliveira et al (2015), nas quais os homens relatam dificuldade de frequentar os serviços de saúde principalmente por sua inserção no mercado formal de trabalho, sendo preciso manter o vínculo empregatício para garantir o sustento da família.

Uma estratégia para reduzir essa dificuldade seria formalizar uma parceria entre os serviços de saúde e os setores empregadores desses pais para que seus locais de trabalho possam ser lugares de promoção e prevenção ao discutirem-se temas relacionados ao cuidado à saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Sabe-se que a presença de alguém de confiança da gestante aumenta a sensação de bem-estar tanto dela como do bebê. Mediante esse fato, alguns depoimentos dos participantes apresentam sugestões que podem possibilitar seu engajamento mais ativo, promovendo a paternidade e o cuidado paterno iniciando no pré-natal.

Fazer campanhas públicas para indicar aos pais o pré-natal ou informando a eles como é bom. Seria uma ótima opção! (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

Para mim vocês têm que falar que é importante mesmo a presença dos pais nas consultas e que eles têm que acompanhar. Quando a mãe tiver aí [na consulta], tem que falar com ela para chamar e avisar o pai do bebê que é para ele vir às consultas, porque é importante. (P5, 22 anos, auxiliar de serviços gerais)

Criar algo diferente. De alguma forma tem que criar alguma coisa para chamar a atenção do pai. Minha esposa falaria assim: filho hoje vai lá, pois terá uma palestra sobre a sexualidade no pré-natal, atenção emocional para a gestante. Conversa franca e aberta com os pais. (P8, 36 anos, padeiro)

Fazer um convite para ele. Colocar no receituário do próximo pré-natal para o pai vir, pois muitos não acham que é necessário e as esposas falam que não precisa. Acho que se fizer o convite, eles vêm. Precisa também adequar as datas com o serviço. (P11, 35 anos, vigilante)

As propostas dos depoentes baseiam-se na estratégia de comunicação por meio de campanhas públicas direcionadas aos pais e utilizando a companheira/esposa como o meio de convidá-los a participar do cuidado pré-natal, desenvolvido a partir de conversas abertas e francas, as quais discutam também temas de seus interesses.

Na maioria dos serviços de saúde, as atividades existentes e direcionadas aos pais são pontuais, voltadas para ações clínico-assistenciais e pouco articuladas com as diretrizes da PNAISH, conforme destaca Knauth, Couto, Figueiredo (2012). A sugestão

é desenvolver ações continuadas voltadas para os pais, com o objetivo de incentivar mudanças culturais que visem à maior presença dos pais no cuidado aos filhos e a ações de corresponsabilidade com a mãe. Para tanto, devem-se utilizar estratégias como orientações e protocolos mais claros sobre como trabalhar com famílias e com homens que sejam pais. Ademais, é importante promover e divulgar campanhas e materiais educativos e desenvolver atividades educativas de grupo com os pais para discutir temas relacionados ao cuidado, contracepção, sexualidade, entre outros (PROMUNDO, 2015).

As atividades desenvolvidas no cuidado pré-natal com os participantes desse estudo são apenas no ambiente da consulta de enfermagem, abordando temáticas variadas. O serviço ainda tem a limitação de não desenvolver nenhuma ação em âmbito coletivo, como rodas de conversa ou oficinas educativas, devido ao número insuficiente de enfermeiros e ao espaço físico indisponível para essa atividade.

Por outro lado, mesmo que as ações sejam realizadas somente no âmbito da consulta de enfermagem, o enfermeiro precisa conhecer a realidade familiar e cultural do casal, observando atentamente variações e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentro ou entre os coletivos, relacionados às expressões assistenciais, apoiadoras ou capacitadoras do cuidado humano (LEININGER, 1991, p. 47).

Nesse sentido, o cuidado pré-natal ocorre num contexto ambiental em que cada situação ou experiência particular dá significado às interações sociais nos diversos ambientes (LEININGER, 2006). Isso ocorre, mais especificamente, nos serviços de saúde, que normalmente não estão preparados para receber os pais, devido, em parte, à precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento, dificultando seu acesso e colocando os pais numa situação de invisibilidade (MOURA et al., 2014; GOMES et al., 2016; CORTEZ, et al., 2016).

Alguns depoimentos dos participantes descreveram o ambiente de atendimento não levando em consideração a estrutura física deficiente, mas a forma como foram recepcionados e acolhidos.

Acho que o atendimento, a receptividade, atrai. Eu só voltei outras vezes, porque eu achei que fui bem recebido, bem tratado, tive boa atenção. No meu primeiro filho, não tive essa oportunidade ou não fui convidado e eu acho que faltou alguma coisa. A partir do momento em que você é bem tratado, bem acolhido, aí cria um atrativo de você querer saber mais, se interessar. Agora, a partir do momento em que você já não tem o tratamento legal, não é bem recebido, não faz questão mais de nada. Então eu quis participar agora

quando tive esta oportunidade do meu segundo filho que fui convidado. (P4, 36 anos, técnico em mecânica)

O que chamou mais a atenção é o acompanhamento, o atendimento. Você atende a gente bem, tem aquela preocupação. Liga pra você, manda mensagem, tem retorno. (P11, 35 anos, vigilante)

A atenção dispensada por vocês é muito diferente, que não tivemos no particular. Vir à consulta é muito importante, muito positivo. Sair daqui sem dúvida nenhuma é o ideal. (P12, 33 anos, analista de sistemas)

O destaque dado para o acolhimento refere-se tanto à forma como são recebidos, cumprimentados, chamados pelos nomes que desejam, como também a uma escuta ativa e atenta para perceber suas necessidades, sem deixar de desenvolver o cuidado à gestante também. Esse processo é muito gratificante, já que possibilita o estreitamento de laços de confiança e segurança e uma troca constante de informações entre o pai, a gestante e o enfermeiro, fazendo com que ocorra um novo aprendizado para todos a cada encontro.

O estudo realizado por Gomes, Moura (2012) aponta a necessidade da criação de ambientes favoráveis às negociações das relações entre profissionais de saúde e usuários, para explorar a potência do enfermeiro em elaborar estratégias que promovam transformações de práticas baseadas em evidências. Nessa mesma ideia, a fala de um dos participantes (P4) demonstra que o acolhimento favorece a construção de vínculo de confiança e compromisso nas relações de cuidado em saúde, devendo ser realizado de forma solidária por todos, prestando um atendimento com resolutividade e coresponsabilidade (BRASIL, 2006).

Na fala de outro participante (P12), existe uma comparação entre o atendimento prestado pelo setor público e o setor privado. Essa é feita em nível de acolhimento também, pois ele percebeu que houve uma dificuldade em ser ouvido, conversar ou tirar dúvidas no hospital particular. Esse fato pode estar relacionado à forma de organização do processo de trabalho entre esses serviços, sendo que no SUS a prioridade sempre é desenvolver as ações conforme os princípios da universalidade, integralidade e equidade, visando à saúde como um direito e um dever do Estado.

Esse achado no presente estudo pode ser um fato isolado, já que, em pesquisa realizada por Santos et al. (2015, p. 25), para analisar a assistência ao pré-natal e ao parto, entre adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e do SUS, verificou-se que a realização do pré-natal, o início precoce e a realização de no mínimo seis consultas foram significativamente maiores entre as usuárias da saúde suplementar,

quando comparadas às usuárias do SUS. Os autores justificam essa diferença pelo pouco investimento na qualificação da equipe multiprofissional, por meio da educação permanente, no serviço estatal além de a rede privada proporcionar boas condições de trabalho e recursos adequados para o atendimento de qualidade à gestante.

Vale ressaltar ainda que o cuidado pré-natal desenvolvido pela enfermeira no ambulatório é regulado por normas de responsabilidade e compromisso, em conformidade com o que Leininger (2006) descreve como ações e atividades direcionadas para o cuidado, apoio e capacitação da clientela com necessidades de ajuda à saúde, considerando a singularidade de cada pai e gestante, de maneira a buscar a interface da cultura no cuidado prestado.

4.5 DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DURANTE A GESTAÇÃO

Segundo Leininger (2006), para a construção do cuidado ao pai durante a gestação é necessário descobrir o significado e as práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais e sociais podem influenciar no cuidado tanto para ele como para a gestante e o bebê. Nessa categoria, ressalta-se o processo de mudança nos pais provocada pela gestação, o que possibilitou identificar as várias formas de participação, bem como as possibilidades de cuidado ao pai, voltadas para o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

A importância de conhecer o contexto sociocultural pode possibilitar o desenvolvimento de estratégias voltadas para inserir os pais nos serviços de saúde, utilizando o cuidado pré-natal como uma porta de entrada para o atendimento inicial, a fim de oferecer ações em saúde que vão ao encontro das especificidades masculinas. Gomes et al. (2011) destacam essas medidas ao recomendar que sejam realizadas campanhas, reuniões de esclarecimento, separação entre dos setores para atendimento às mulheres e crianças e que se propicie acesso a especialidades médicas, como a urologia.

Esse é apenas um ponto de partida para provocar um processo de mudança a fim de colocar em discussão as diferenças existentes entre homens e mulheres nos serviços de saúde, concepções em que o enfermeiro e os pais atuam e comportam-se revelando posicionamentos que opõem o masculino ao feminino, muitas vezes, colocando o ente paterno como ausente, não participativo, impaciente e desejoso de práticas curativas (MACHIN et al., 2011; CARDELLI, TANAKA, 2012).

No presente estudo, observou-se um movimento contrário a esse relatado acima, já que os pais envolvidos mostraram-se participativos e atuantes durante todo o processo gestacional. Foi possível identificar mudanças significativas ao longo do período, as quais informavam sobre a vida social do casal, estabilidade no relacionamento, seus horários, os planos para o futuro com a chegada do bebê, entre outros, conforme indicam os relatos abaixo.

Eu estava com uns pensamentos que não tinham nada a ver com o que eu estava vivendo! Com a gravidez meus pensamentos mudaram e com certeza eu vou ser diferente. Isso [a gravidez] fez uma mudança muito grande. Em casa eu cuido com todo carinho e amor. Faço tudo o que ela me pede. Não tinha o hábito de limpar a casa, lavar louça, arrumar. Hoje em dia faço tudo. Todo dia tem que fazer isso. Já acordo com o pensamento que tenho que ajudar ela. Está sendo bom, pois está mudando a minha vida. Eu não era assim. (P5, 22 anos, auxiliar de serviços gerais)

Ah me sinto mais companheiro com ela! Acho que é um momento de união. Sente mais unido diferente, cuidando um do outro. Eu me sinto assim responsável por ela e pelo bebê. Tudo o que eu posso que esteja ao meu alcance eu faço. (P3, 32 anos, eletricista automotivo)

Eu me sinto bem. Estou mais amoroso com a criança e com ela também. Saber que vai ter uma vida que tá vindo de mim, não só de mim, também dela. Posso dar carinho e amor, criar a criança. (P9, 22 anos, soldado do exército brasileiro)

O depoimento de um dos participantes (P5) expressa uma mudança de perspectiva relacionada ao valor que ele passou a dar à sua vida e transformações no relacionamento conjugal, fato que corrobora os achados na literatura sobre a mudança de valores desencadeada pelo processo gestacional (PICCININI et al., 2004; BORNHOLDT, WAGNER, STAUDT, 2007; KROB, PICCININI, SILVA, 2009; ZAMPIERI, e al., 2012). Essas modificações também levam a alterações significativas no cotidiano da família, de modo que o pai é introduzido em funções que antes eram realizadas apenas pela companheira/esposa, oferecendo apoio material como limpar a casa e lavar louças.

No caso específico desse participante (P5), a gestação promoveu uma mudança significativa também em seu estilo de vida, pois, com a notícia da gravidez, ele buscou se afastar do convívio de pessoas usuárias de drogas ilícitas, lugar frequentado por ele e pela companheira/esposa. Seu depoimento expressou uma decisão e vontade de se cuidar para não colocar em risco sua vida, devido ao meio que frequentava anteriormente. Foi possível introduzir ambos para acompanhamento especializado na recuperação de usuários, utilizando a rede municipal de saúde.

Para decidir sobre esse cuidado, foi preciso que o enfermeiro compreendesse a situação e apresentasse informações baseadas em evidências clínicas, utilizando uma linguagem adequada a fim de que não houvesse imposição cultural, ou seja, impor as práticas de atendimento de saúde desvinculadas dos seus valores, crenças e práticas culturais (LEININGER, 2006). Durante o processo gestacional, ocorreram ações intersetoriais conjuntas, o que possibilitou desenvolver o cuidado compatível com a realidade e a necessidade da clientela.

Outro destaque refere-se à mudança na relação conjugal mencionada por outros participantes (P3 e P9), como eles se sentem bem e como ficaram mais amorosos com a companheira/esposa e com o bebê, o que demonstra uma maior aproximação do casal, melhora no relacionamento e fortalecimento desse vínculo, estando disponíveis, pacientes e compreensivos, fato esse observado também no estudo de Cardelli e Tanaka (2012). Esse maior envolvimento revela um interesse, cuidado e envolvimento com os filhos, podendo variar muito do caráter de pai para pai, mas que possibilita contatos da gestação ao nascimento do filho, dando um novo destaque ao papel do pai na família.

Nesse sentido, percebe-se a intenção dos pais em participar mais ativamente da gestação tanto por meio do apoio emocional como do apoio material oferecido à gestante.

O Giliardi eu não acompanhei não! Mas desse aqui eu estou acompanhando, vindo com ela agora, para aprender como acontece a gravidez. (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

O marido serve de apoio para mãe [gestante], pois às vezes ela pode estar assim muito avoada, aí o marido tá lá pra isso, para poder ajudar e orientar mais. (P6, 30 anos, estagiário)

Minha participação é dentro de casa! Ajudava ela fazer as coisas dentro de casa, lavando a louça, limpar a casa, com raiva, mas limpava. Chegava cansado do trabalho e tinha que limpar a casa, passar pano, lavar as louças. Não é muito bom não, mas, para ajudar a ela, tinha que fazer. Cuidava das meninas, levava para a escola e buscava e deixava-a descansar mais. (P10, 30 anos, auxiliar de expedição)

Olha, do que eu ouvi e observei, ter muito cuidado com a alimentação, não deixar a gestante pegar peso, beber bastante líquido. A alimentação é o meu destaque, pois tinham certos tipos de alimentos que a gente não sabia que eram prejudiciais e comíamos. Agora, não usamos mais. (P5, 22 anos, auxiliar de serviços gerais)

Na fala de um dos depoentes (P1), a sua participação ocorreu pela ação de acompanhar a companheira/esposa nas consultas e exames no pré-natal. O apoio emocional e material foi expresso nas falas dos participantes (P6 e P10), pela maneira

escolhida para expressar a sua participação. Para outro participante (P5), a forma de participar provocou mudança no estilo de alimentação do casal e levou-os a retirarem alimentos prejudiciais à saúde da tríade pai-mãe-gestante.

Esses resultados confirmam as proposições de vários autores (PICCININI et al., 2004; BORNHOLDT, WAGNER, STAUDT, 2007; KROB, PICCININI, SILVA, 2009; OLIVEIRA et al., 2009; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011; ZAMPIERI, e al., 2012) que investigaram as experiências de participação do pai na gestação. Segundo esses estudos, a presença do progenitor contribui para um maior envolvimento paterno, fortalecendo a união do casal além de tornar-se uma oportunidade para o aprendizado e obtenção de informações que podem minimizar a insegurança e ansiedade decorrentes das dúvidas, expectativas e cuidados com a gestante e o bebê.

O fato de virem às consultas de enfermagem pré-natal, atendendo ao convite feito pela enfermeira e intermediado pelas companheiras/esposas, sinaliza também uma mudança de comportamento, já que tradicionalmente os homens/pais não frequentam serviços de saúde e, em especial, no ambulatório cenário desta pesquisa, houve grande resistência por parte dos profissionais em aceitar a presença deles em um espaço criado majoritariamente para atender mulheres.

Algumas vezes, eles se sentiam incomodados, resistiam a entrar no consultório como se não fosse um espaço legítimo para a sua presença, fato observado também no estudo de Knauth, Couto, Figueiredo (2012), em que a visão dos profissionais identificava os homens como apressados, com pouca paciência na espera por atendimento e assumindo comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, tabagismo e a violência. Os participantes do estudo mostraram-se sempre cordiais, pacientes e, quando se encontravam, trocavam informações, relatavam suas experiências como uma forma de descontrair até chegar o momento de adentrar ao consultório.

Esse comportamento foi elogiado pelos profissionais do ambulatório que, aos poucos, identificavam os pais e os recebiam com menos estranhamento, direcionando todos para a sala de espera, local que se tornou uma extensão do consultório. Foi interessante observar que alguns estabeleceram uma comunicação mais próxima e passaram a elogiar o pai pelo ato de vir junto com a companheira/esposa, participando do processo junto com ela.

O apoio emocional e material oferecido pelos pais reflete um amadurecimento percebido ao longo da gestação, dado que eles passaram a assumir algumas atividades

para si e também começaram a identificar a importância da parceria com a companheira/esposa para ajudá-la, na divisão de tarefas domésticas e no cumprimento de orientações definidas na consulta de enfermagem.

A partir das falas, percebe-se uma preocupação voltada para a busca pela saúde e mudança no estilo de alimentação, temáticas discutidas ao longo do processo gestacional em conjunto com o enfermeiro. O conhecimento da visão de mundo e da estrutura social da clientela possibilitou tomar decisões e desenvolver ações de enfermagem baseadas em suas necessidades, proporcionando um atendimento congruente com a sua cultura.

Foi preciso utilizar os três modos de decisões e ações de atendimento de enfermagem recomendados por Leininger (2006), os quais exigem a coparticipação da enfermeira para colaborar com o pai e a gestante, tornando sua atuação mais ativa, efetiva e dinâmica.

Nessa mesma direção, criou-se um espaço para incluir ações de prevenção e promoção à saúde dos pais relacionada, principalmente, à mudança no estilo de vida, à aquisição de hábitos saudáveis relativos à alimentação e à prática de atividade física. É importante destacar que os pais relataram uma mudança da atitude em relação à sua própria saúde, fazendo-os pensar na possibilidade de cuidar do próprio corpo.

Uma das coisas que eu aprendi foi sobre alimentação para futuramente não ter problema de pressão alta e outras coisas mais. Alimentar-me bem, de 3 em 3 horas, comer verduras, frutas, tomar muita água e menos sal na comida. (P1, 31 anos, auxiliar de mecânica)

Eu tenho a alimentação que eu dei uma melhorada considerável nos últimos meses. Eu cortei algumas coisas que estava comendo muito como linguiça, salgado, pão. Aí estou comendo mais salada, verdura. Compro agrião e como todo dia. (P11, 35 anos, vigilante)

Aprendi sobre o exercício. A gente trabalha tanto, às vezes a gente ignora um pouco o exercício e isso é fundamental para fazermos. (P8, 36 anos, padeiro)

A ampliação do acesso e o acolhimento desses pais no ambulatório funcionaram como uma porta de entrada positiva para eles no serviço de saúde e a sua presença nas consultas de enfermagem foi um passo inicial para ofertar exames de rotina ou vacinação e para orientar sobre hábitos saudáveis (atividade física regular, alimentação balanceada e saudável).

Para um dos participantes (P4), o cuidado com sua própria saúde é baseado na prevenção, demonstrando a preocupação de não ficar doente e também não transmitir

nenhuma doença para a companheira. Com essa atitude, ele esperava influenciar outras pessoas repassando informações aprendidas e vivenciadas durante o período gestacional.

Ah! O cuidado com a sua própria saúde. Se prevenir, para não passar nada para a companheira, ter mais paciência, ser mais participativo, que isso influencia positivamente lá na frente. Isso influencia também outras pessoas. (P4, 36 anos, técnico em mecânica)

Por outro lado, essa visão também pode representar uma forte influência do saber científico, hegemônico nos serviços de saúde, presente na vida das pessoas e em seu contexto ambiental. Mesmo utilizando uma abordagem que remeta menos ao ensinamento e mais às trocas e aprendizados, ainda é difícil colocar em prática outras possibilidades sobre o cuidado ao pai, pois, em termos de política de saúde, o modelo proposto se confronta com as mudanças sociais e culturais ocorridas na sociedade nos últimos anos. A visão do atendimento ainda tem como foco principal os altos índices de morbi-mortalidade masculina com ações voltadas para a diminuição desses indicadores (COUTO, GOMES, 2012).

A vivência do cuidado não foi percebida por todos os participantes, tendo em vista que alguns (P3 e P12) relataram não ter preocupação e nem intenção de cuidar de sua saúde ou de si mesmo, ficando sua atenção voltada apenas para o bebê e a gestante.

Para ser honesto, não cuidei nada de mim, só cuidei dela. Não, durante o pré-natal não. Porque não apliquei nada para meu benefício. Só para o bebê e a mãe. Acho que focamos só neles. Pelo menos eu foquei. (P3, 32 anos, eletricitista automotivo)

Na minha vida? Acho que foi mais para ela e o bebê. Seria positivo sobre a alimentação, mas que eu já faço. O conhecimento sobre a gravidez melhorou muito sim, para ter conhecimento sobre meu filho. (P12, 33 anos, analista de sistemas)

Nessa situação, é necessário que o enfermeiro priorize a discussão de assuntos durante a consulta, adaptando as dúvidas trazidas pelos pais às informações pertinentes ao trimestre gestacional (BRASIL, 2013a). O desafio do enfermeiro é conhecer criativamente, combinar as práticas de enfermagem profissional com o conhecimento popular, para desenvolver ações de enfermagem criativas e adequadas à realidade da clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa surgiu de uma prática assistencial realizada ao longo dos anos de experiência profissional docente e que buscou e busca desenvolver um cuidado pré-natal sustentado em um processo de interação entre enfermeiro, pais e gestantes. Para tanto, promove-se um diálogo ativo, sempre valorizando a visão e o saber dessas pessoas no contexto da gestação.

O momento de escrever esta conclusão talvez seja o mais esperado neste percurso de doutoramento, após longos meses realizando leituras, reflexões e análises conduzidas frente ao objeto de estudo, ligado ao contexto sociocultural diversificado de sua família e em uma comunidade. Essa visão só pôde ser alcançada também por meio dos conceitos e ensinamentos de Leininger, mostrando que é admissível aplicar uma teoria na prática assistencial em diferentes cenários.

A utilização da Teoria de Leininger (1991) como recurso teórico e metodológico possibilitou alcançar os objetivos propostos, ressaltando a importância de conhecer a cultura, os valores, as crenças e os modos de vida dos pais participantes desta pesquisa. Esse referencial sustentou a análise e discussão do estudo, permitindo transitar em caminhos da cultura, possibilitando um aprofundamento na análise dos valores, saberes e práticas. Essas concepções podem afirmar que o evento da gestação não é eminentemente feminino, permitindo uma aproximação e um envolvimento ativo do pai durante todo o processo.

Assim sendo, a teoria de Leininger trouxe subsídios para o alcance dos objetivos propostos respondendo às questões norteadoras, o que fundamentou a análise e seus discursos.

Em relação à caracterização dos participantes, a maioria está na fase adulta, com idades variadas, demonstrando maior grau de maturidade, o que predispôs a uma participação mais ativa, vivenciando a gestação com mais alegria e chamando a atenção para dificuldades e preocupações que antes não eram percebidas por eles. Com a criação de mecanismos de aproximação e inserção dos pais no processo gestacional, foi possível responder às dúvidas, diminuindo o estresse e a ansiedade que podem ser gerados se não houver uma escuta ativa e atenta a essa necessidade.

É importante ressaltar que a variação de idade trouxe o desafio de identificar a diversidade sociocultural, o que poderia provocar um choque de culturas, fato que não ocorreu, pois se levou em consideração o conhecimento prévio de cada participante e a

influência que isso provocava em sua vida. Só depois se desenvolvia o cuidado pré-natal compatível com a realidade de cada um, atitude importante visto que o pai é a pessoa que deve fazer parte da rede de apoio social à gestante e ao bebê. Isso ocorre principalmente em questões relacionadas à mudança no estilo de vida de ambos os parentais, já que a chegada de um novo membro da família modificará a dinâmica do casal.

Um problema apresentado no estudo, ainda neste contexto, confirmou que os pais não demonstraram preocupação com o seu estado de saúde e afirmaram não buscar o bem-estar físico como desejariam, principalmente devido aos compromissos profissionais e de trabalho. Mesmo com a utilização de algumas informações trocadas durante as consultas de enfermagem, essa não foi uma ação suficiente para provocar uma mudança significativa com relação à busca pela saúde do pai/companheiro. Tal iniciativa não pode ser uma ação pessoal, focada em um único profissional; precisa ser institucionalizada no ambulatório, cenário deste estudo, de forma a melhor organizar o atendimento buscando o encontro das especificidades masculinas, frente às suas necessidades e expectativas.

Esse panorama parecia não ser favorável à presença dos pais, mesmo assim optaram por buscar o serviço, pois a maioria vivenciava uma situação de precariedade no sistema de saúde do município de residência, que não consegue oferecer serviços essenciais na promoção à saúde, como pré-natal, distribuição de alguns produtos na farmácia básica, disponibilização de exames laboratoriais e/ou de imagem para atender à demanda. Nem a distância percorrida fez com que esses pais desistissem de manter o acompanhamento no serviço, justificando essa escolha pelo atendimento de qualidade oferecido pela enfermeira-docente, bem como por ser um serviço inserido em um hospital universitário de renomada tradição.

Por meio da utilização do modelo de *Sunrise*, foi possível conhecer os componentes da visão de mundo e da estrutura social dos pais, informações vitais para oferecer o cuidado pré-natal integralmente, respeitando sua cultura diversa ou semelhante. O desafio para a pesquisadora foi procurar identificar essas influências sociais e culturais apreendidas pelos atores sociais ao longo da vida e de que forma influenciam e são influenciados no contexto da gestação.

A maioria dos pais expressou uma vontade muito grande de manter um vínculo mais próximo com a companheira/esposa e o bebê, mas às vezes suas atitudes eram antagônicas. Essas ações refletiam muito as influências culturais de suas famílias

tradicionais e do ensinamento passado de que os homens precisam assumir seu papel de provedor, de forte, sendo que não pode demonstrar sentimentos e vivenciar experiências que pertencem ao mundo feminino.

Ao longo do processo gestacional, muitos conseguiram rever alguns posicionamentos, principalmente relacionados à nova forma de organização na família no cumprimento de tarefas domésticas e no cuidado com os filhos. Entretanto, não foi uma postura unânime entre eles, pois aqueles com menos tempo de convivência com a companheira/esposa demonstraram uma maior dificuldade em estabelecer um vínculo mais ativo e desenvolver as ações propostas, parecendo que estavam com elas somente para agradá-las, mas sem interesse em participar e se preparar para um novo ciclo de vida desencadeado pela gestação.

O momento da consulta de enfermagem pré-natal possibilitou aprendizado e entendimento entre a enfermeira, os pais e as gestantes. O cuidado pré-natal foi desenvolvido de forma cooperativa e os pais estabeleceram um processo dialógico, trazendo perguntas, curiosidades, dúvidas, preocupações e ansiedades sobre a gestação e também sobre sua saúde. Foram momentos ricos de discussão e de troca de informações e, ao retorno dos assistidos, a maioria deles fazia questão de mostrar o que aprenderam e como estavam colocando em prática o aprendizado de forma conjunta.

A interação era tão grande que foi possível conhecer a sua realidade econômica, pois em alguns momentos mostravam-se preocupados e dispersos e, quando questionados, informavam sobre a dificuldade em pagar as contas, manter a família sem passar necessidades, principalmente para aqueles pais que estavam desempregados. Mesmo que pudessem contar com o apoio financeiro da companheira/esposa para compor a renda familiar, ainda se sentiam na obrigação de contribuir com a maior parte do salário de modo a compor o orçamento familiar. De encontro a essa situação, alguns pais não apresentavam tal preocupação, pois estavam empregados ou contavam com a ajuda de outros familiares.

Esse convívio ainda permitiu observar as expressões de fé durante o atendimento, por meio da manifestação gestual, como fazer o sinal da cruz e olhar para o céu, e da verbal, ao dizer uma palavra de evocação a Deus. Foi interessante observar essas reações, pois não é comum ver os homens expressando esse tipo de sentimentos, mesmo que neste estudo manifestassem uma crença acerca da vulnerabilidade da mãe e do feto.

Em relação ao meio social em que os pais vivem, o estudo possibilitou comprovar uma observação empírica relacionada ao município de residência dos usuários do ambulatório, visto que a procura é maior pelos moradores de Cariacica, que parece não conseguir organizar o sistema de saúde para manter a população vinculada às ações e aos serviços de saúde, levando à peregrinação pela busca de serviços de melhor qualidade. A maioria dos pais reside nesse município e queixam-se também da infraestrutura relacionada ao tratamento da água e do esgoto, convivendo com situações que podem expor ao risco de doenças.

Por outro lado, essas condições não inviabilizaram a aquisição de bens como geladeira, televisão, máquina de lavar roupas, aparelhos celulares com acesso à internet, mesmo que a maioria dos pais estivesse classificada na Classe C. Em relação ao uso do celular, a sua utilização é frequente, principalmente para acessar redes sociais que possibilitam uma comunicação mais rápida, as quais, muitas vezes, foram utilizadas para fazer perguntas, tirar dúvidas ou relatar alguma situação que gerava preocupação em relação à saúde da gestante e do bebê. O acesso ao número de celular, oferecido pela enfermeira, gerou surpresa e felicidade, e pareceu trazer mais confiança e aproximação, fato relatado por eles como positivo, já que o intervalo entre as consultas era considerado grande e poder conversar utilizando o celular tornou-se uma maneira fácil e rápida de trocar informações.

Relativamente aos valores e às crenças do pai diante da gestação de sua companheira/esposa, foi interessante observar que, para os pais, aquela é um evento social e singular em suas vidas, expressando características do cotidiano que, de alguma forma, modificaram seu modo de viver, trazendo surpresa, alegria, mudanças na forma de organização familiar e em si mesmo.

Por outro lado, a forte influência cultural da família na construção do papel do pai apontou que a maioria dos pais ainda está impregnada de uma cultura que pode levá-los a assumir um papel restrito de poder e de provimento, mesmo que queiram e possam desenvolver novos comportamentos, aprendizados e preparação para novas funções. Sendo assim, a inclusão desses pais deve ser mediada pelo diálogo e pela reflexão a fim de desconstruir mitos que se relacionam com a gestação, como sendo “coisa de mulher” ou o pensamento de que perderá uma posição relevante na família com o nascimento do bebê.

Uma condição comum, encontrada em outros estudos, foi a da percepção da gestação apenas com a existência concreta do bebê, condição essa relacionada também

aos processos fisiológicos que mudam o corpo da mulher, pois a mudança para eles só ocorrerá após o nascimento do bebê. De outra forma, quando começam a enxergar o crescimento da barriga, parece que se envolvem mais e aumenta seu interesse pela gestação, ocasião oportuna para que eles se sintam parte do processo e possam viver a experiência de ser pai, rompendo com estereótipos do passado.

Nesse sentido, as expressões do saber popular (cuidado êmico) dos pais em relação ao cuidado pré-natal indicaram a sua relevância como atividade primordial para cuidar e zelar da vida da mãe e do bebê e também como espaço que permita sua inclusão na consulta de pré-natal, acompanhando os exames, sentindo-se felizes e mais próximos. Em relação ao saber profissional (cuidado ético), os depoimentos mostraram que ele pode tanto facilitar como dificultar sua participação, já que dependerá da forma como o enfermeiro fará a articulação entre os saberes, propiciando a construção do cuidado à saúde com início no ambiente familiar.

No presente estudo, o espaço da consulta de enfermagem constituiu-se em um ambiente de acolhimento, diálogo, com liberdade para expressar dúvidas, sentimentos e experiências, além de possibilitar ações de cuidado em saúde também para os pais, inclusive proporcionando mudanças em seus estilos de vida, já que passaram a buscar comportamentos mais saudáveis para si.

Vale ressaltar que a mudança provocada na atuação profissional ao introduzir os pressupostos de Leininger (1991) na consulta de enfermagem pré-natal possibilitou auxiliar aos pais e também às gestantes nesse processo, compartilhando metas viáveis de cuidado a fim de construir um ambiente solidário e fortalecedor das relações.

O contexto do cuidado pré-natal ofereceu a oportunidade para o surgimento de novas questões para estudos e pesquisas, implicou no compromisso de beneficiar o pai durante o processo gestacional, ao mesmo tempo em que apontou a necessidade de buscar um novo olhar para a prática profissional do enfermeiro e também para o processo de formação deste.

Todo o conhecimento produzido nesta pesquisa contribuiu para os processos de ensino-aprendizagem, já que colocou em evidência uma forma de articular a assistência, o ensino e a pesquisa, tornando fácil o entendimento da aplicação da teoria de Leininger no cenário do cuidado pré-natal e fortalecendo o conjunto de ferramentas utilizadas pelo enfermeiro em seu cotidiano.

Tem-se o desejo e intenção de ressignificar o ensino dessa temática na disciplina de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, do curso de graduação em

Enfermagem da UFES, contribuindo para a formação de enfermeiros que desenvolvam o cuidado integral, levando em consideração a cultura da clientela.

Este estudo coopera com o a ciência da Enfermagem, mais especificamente com o Núcleo de Pesquisa de Saúde da Mulher (NUPESM), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, introduzindo uma nova possibilidade de pesquisa a fim de ampliar o conhecimento do corpo de pesquisas desenvolvidas por esse núcleo.

Também contribuirá com os estudos que são desenvolvidos pelo grupo de professores pesquisadores do Grupo CUIDAR: Ensino e Pesquisa e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, ao ampliar o desenvolvimento teórico, metodológico e técnico da profissão no estado do Espírito Santo.

Essa temática do estudo está em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, e a utilização da teoria de Leininger no cuidado pré-natal abre possibilidades de reflexão e discussão sobre a inclusão do pai nesse processo, tendo em vista que a sua participação de forma mais ativa beneficia a saúde da gestante e do bebê. Além disso, melhora os vínculos afetivos e conjugais e proporciona uma oportunidade ao progenitor de acessar o serviço de saúde, buscando introduzir mudanças em seu estilo de vida e formas de pensar e viver essa fase única e singular na vida das pessoas.

Esta pesquisa teve a possibilidade de ampliar horizontes e oportunizar novo enfoque para o cuidado pré-natal com a participação do homem nos serviços de saúde, favorecendo a compreensão de uma realidade particular masculina, nas diversas conjunturas sociais, culturais, econômicas e políticas.

Espera-se que este estudo possa incentivar e estimular o enfermeiro a realizar o cuidado pré-natal, buscando refletir sobre as crenças, valores e práticas de homens e mulheres que vivenciam a gestação como um momento exclusivo e especial de suas vidas, conforme sugere Leininger.

REFERÊNCIAS

ABECHE, A. M. et al. Aspectos sócio-econômicos do parceiro adolescente. **Revista HCPA**. v. 27, n. 1, 2007.

ALIO, A.P. et al. A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.13, n. 60, p. 1471-2393, 2013.

ALVES, C.N. Cuidado pré-pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 19, n. 2. abr/jun. 2015.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis: UFSC, 2006.

BELTRAME, I. L. Questões sobre o conceito de família na sociedade contemporânea e a saúde coletiva. **Saúde Coletiva on line**. v. 4, abril-maio. 2007. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201401>. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

BENAZZI, A. S. T., LIMA, A. B. S., SOUSA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.** v. 15, n. 2, p. 327-333. 2011.

BIROLI, F. **Família: novos conceitos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

BOEHS, A. E. et al. Conceitos da teoria do cuidado cultural em dissertações de mestrado. **Rev RENE**. v. 11, n. 4, p. 182-189. 2010.

BORNHOLDT, E. A., WAGNER, A., STAUDT, A. C. P. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. **Psi. Clin.** v. 19, p. 75-92. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

_____. Presidência da República. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 44 p.

_____. Subchefia de Assuntos Federativos da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. **Agenda de compromissos – governo federal e municípios 2009-2012.** Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 82 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011b.html>. Acesso em: 04 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 134 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012c. Brasília, 2012c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010 – características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 19 p

_____. Subchefia de Assuntos Federativos. Secretaria Nacional de Relações Político-Sociais. **Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Governo Federal e Municípios 2013-2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Informática. **Constituição da república federativa do Brasil** – texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2013c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013d.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013e.

BRITO, R. S. et al. Quatro fases do homem no contexto da reprodução. Rio Grande do Norte: editora Observatório RH NESC UFRN, 2011.

_____. Dificuldades vivenciadas pelo homem durante a gravidez da companheira. **Revista Rene**. v. 14, n. 2, p. 272-279. 2013.

CAMARNEIRO, A. P. F. **Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos segundo e terceiro trimestres de gestação**. Lisboa, Tese

(Doutorado em Psicologia). Universidade de Lisboa, 2011.

CARDELLI, A.A. M.; TANAKA, A.C.A. Ser/estar pai: uma figura de identidade. **Cienc Cuid Saúde**. v. 11(suplem.), p. 251-258, 2012.

CARDOSO, A. M. R., SANTOS, S. M., MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?. **Diálogos Possíveis**. jan/jun, p. 141-159. 2007. Disponível: www.fsba.edu.br/dialogospossiveis. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

CARIACICA. **Agenda Cariacica: planejamento sustentável da cidade 2010-2030**. Cariacica: Saúde, 2012.

CARVALHO, J. B. L., BRITO, R. S., SANTOS, D. L. A. Percepção do homem sobre a atenção recebida dos profissionais que assistem a companheira com síndromes hipertensivas. **Cien Cuid Saúde**. v. 10, n. 2, p. 322-329, abr/jun. 2011.

CASTRO, C. O. **Ação do enfermeiro no atendimento a necessidades de saúde do homem na estratégia saúde da família**. Rio de Janeiro, 2012. 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

CASTRO, M. E., MOURA, M. A. V., SILVA, L. M. S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista Rene**.v. 11, p.72-81. 2010.

CÉSAR, F. F. **O novo modelo de família moderna e seus reflexos no direito**. 2014. Disponível: www.poisze.com.br. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CORTEZ, M.B. et al. Profissionais de saúde e o (não) atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Psicologia em Estado**. v. 21, n. 1, p. 53-63. 2016.

COUTO, M.T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, p. 2569-2578. 2012.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n. 1, p. 145-53. 2009.

DRAGO, A. B.; MENANDRO, M.C.S. A paternidade e a maternidade sob o olhar de jovens de classe média e baixa: um estudo em representações sociais. **Revista Colombiana de Psicologia**. v. 23, n. 2, p. 311-324. 2014.

DRAPER, H.; IVES, J. Men's involvement in antenatal care and labour: rethinking a medical model. **Midwifery**. v. 29, n. 7, p. 723-729, july. 2013.

DUARTE, S. J. H., MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermeria**. v. 19, n. 1. p. 117-129. 2013.

ESPÍRITO SANTO. Companhia de Transportes Urbanos da Grande Vitória. Uma viagem no tempo. **Revista CETURB-GV**. Maio. 2001. Disponível: www.ceturb.es.gov.br. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

EVANGELISTA, A. P. Atenção à saúde do homem implica quebra de paradigmas. **Revista RET-SUS**. ano VII, n. 58, 2013.

FELICIANO, N. B., PRADEBON, V. M., LIMA, S. S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família. **Aquichan**. v. 13, n. 2, p. 261-269. 2013.

FERRAZ, D., KRAICZYK, J. Gênero e políticas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 10, n. 1, p. 70-82. 2010.

FERRAZ, L., BORDIGNON, A. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, abr/jun, p. 527-538. 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1. 2005.

FIGUEIREDO, M. G. A. V.; MARQUES, A. C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 4, p.708-713, out.-dez. 2011.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**., v. 23, n. 1, p. 137-145. 2007.

GUADAGNO, M.; MACKERT, M.; ROCHLEN, A. Improving Prenatal Health Setting the Agenda for Increased Male Involvement. **Am J Mens Health**. v. 30, n. 7, p. 523-526, november. 2013.

GEORGE, JB (org.) Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, A. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M.L.; MOURA, M.A.V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. *Ver. enferm. UERJ*. v. 20, n. 2, p. 248-53. 2012.

GOMES, R.. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4513-4521. 2011.

_____. Fortalecimento da política nacional de atenção integral à saúde do homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira, 2013.

_____. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1545-1552. 2016.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.** v. 16, n. 3, p. 315-323. 2012.

HERMANN, A. et al. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Competências para o exercício básico da obstetrícia** [on-line] 2002. Disponível: www.internationalmidwives.org. Acesso em março de 2015.

JUNCKES, J. M. et al. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/pai no processo de nascimento. **EXTENSIO: Revista Eletrônica de Extensão**. ano 6, n.7. 2009.

KNAUTH, D. R., COUTO, M. T., FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, p. 2617-2626. 2012.

KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. A transição para a paternidade da gestação ao segundo mês de vida do bebê. **Psicologia USP**. v. 20, n. 2, p. 269-291. 2009.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 173-181. mai-jun 2010.

LEININGER, M. M.. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LEININGER, M. M., FARLAND, M. R. **The theory of culture and the etnonursing research method**. In. M. Leininger & McFarland (eds). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 3rd ed. pp. 71-116. New York: McGraw-Hill, 2002.

_____. **Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory.** 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006

LIRA, et al. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS.** v. 14, n. 1, agosto. 2012.

LOW, G. Reflexão sobre o cuidado cultural. **Acta paul. enferm.** v. 28, n. 5, p. 3. 2015.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, n. 11, p. 4503-4512. 2011.

MAMAN, S.; MOODLEY, D.; GROVES, A. Defining Male Support During and After Pregnancy from the Perspective of HIV-positive and HIV-negative Women in Durban, South Africa. **J Midwifery Womens Health.** v. 56, n. 4, p. 325-331, July. 2011.

MARTINELLI, M et al. Consulta de enfermagem no programa de saúde da família, na visão do enfermeiro. **Rev Téc-cient Enfermagem.** v. 2 , n. 11, p. 209-16. 2004

MAY, C.; FLETCHER, R. Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. **Midwifery.** v. 29, n. 5, p. 474–478, May. 2013.

MINAYO, M.C.S. (org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MELO, R.M. et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Revista Rene.** v.12, n. 4, p. 750-757. out/dez 2011

MELO, L. P. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde.** v. 14, n. 2, p. 21-32. 2010.

_____. The sunrise model: a contribution to the teaching of nursing consultation in collective health. **American journal of nursing research.** v.1, n. 1, p. 20-23, 2013. Disponível em: <<http://pubs.sciepub.com/ajnr/1/1/3/>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2016.

MOURA, E. et al. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. 128p.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n. 2, p. 429-438. 2014.

MOURA, M. A. V., CHAMILCO, R. A. S. I., SILVA, L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc. Anna Nery Ver Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 434-440. 2005.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BARKER, G. **Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero**. Rio de Janeiro: PROMUNDO, 2009.

NAZARETH, I. V.; SANTOS, I. M. M. Dimensão sociocultural de pais prematuros egressos de unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene**. v. 15, n. 4, p. 621-30. jul-ago. 2014.

OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R.; ESPIRITO SANTO, F. R. Percepções e experiências de homens relativas o pré-natal e parto de suas parceiras. **Rev. enferm. UERJ**. v. 18, n. 3, p. 435-40. 2010.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. v. 13, n. 3, p. 595-601. jul/set. 2009.

OLIVEIRA, S. C. et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 73-78. jan/mar. 2009.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 1, p. 273-78. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores**. EUA: OMS, 2005.

PESAMOSCA, L. G., FONSECA, A. D., GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **Rev. Min. Enferm**. v. 12, n. 1, p. 182-188. jan./mar. 2008.

PICCININI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol. Reflex. Crit**. v. 17 n. 3. 2004.

_____. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 28, n. 1, p. 27-33. jan/mar. 2012.

POLIT, D.F., BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROMUNDO. **Programa P – manual para o exercício da paternidade e do cuidado**. 2 ed. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2015.

REBERTE, L.M., HOGA, L.A.K. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. **Ciencia y Enfermeria**. v. 16. n. 1, p. 105-114. 2010.

REDSHAW, M.; HENDERSON, J. Fathers'engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 13, n. 70, p. 1471-2393, 2013.

RIOS, C. T. F., VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 477-486. 2007.

RODRIGUES, E. M., NASCIMENTO, R. G., ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 45, n. 5. 2011.

SANTOS, A. G. et al. Pré-natal e parto: diferenças entre as adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e as do sistema único de saúde. **Adolesc. Saúde**. v. 12, n. 4, p. 19-28. 2015.

SANTOS, B. S., ANTUNES, D. D. Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. **Educação**. v. 61, n. 1, p. 149-164. jan/abr. 2007.

SILVA, M. M. J. et al. O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Rev Enferm UFPE on line**. v. 7, n. 5, p. 1376-81. 2013.

SINGH, D.; LAMPLE, M.; EARNEST, J. The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibibi, Uganda. **Reproductive Health**. v. 11, n. 60, 2014.

SPELLMANN, S. Licença paternidade à brasileira: uma análise crítica do marco legal da primeira infância. **Revista Constituição e Garantia de Direitos**. v. 9, n. 1, p. 232-251. 2016.

SOARES, R.L.S. F., et al. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 3, p. 409-416, 2015.

UFES. **UFES, 60 anos**. Vitória: EDUFES, 2014

ULLRICH, D. R. et al. Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. **Análise – Revista de Administração da PUC RS**. v. 23, n. 1, p. 19-30. jan/abr. 2012.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. v. 30 (sup.), 2014.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 3, p. 483-93. jul/set. 2012.

ZIMMER, R. As relações entre educação, geração de renda e ocupações no estado do Rio Grande do Sul. 2011. 89 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

APÊNDICE A

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

AO:

Diretor da **Gerência de Ensino e Pesquisa: Profª Drª** Carolina Anhoque

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES

Autorização para Pesquisa

Venho, por meio desta, emitir permissão e apoio por parte desta chefia, na execução do projeto intitulado: A Participação do Pai no Cuidado Pré-Natal: uma perspectiva da enfermagem

Responsável pelo Projeto: Profª. Doutoranda Márcia Valéria de Souza Almeida – Enfermeira e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher da EEAN/UFRJ

Setor de execução : Ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia – Casa 2

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES/ES- Vitória

Orientadora do Projeto: Profª Drª Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pesquisadora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Departamento : _____

Divisão : _____

Serviço ou Setor : _____

Vitória (ES), _____ de _____ de _____

Chefe do Serviço de HUCAM-UFES

De acordo: _____

Gerente de Ensino e Pesquisa EBSEH/HUCAM/UFES

APÊNDICE B
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa: “**A participação do pai no cuidado pré-natal: uma perspectiva da enfermagem**”, que tem como objetivos: analisar os determinantes sociais e culturais que configuram a participação do pai no cuidado pré-natal; identificar as informações/orientações apreendidas pelo pai no cuidado pré-natal e discutir, na visão do pai, a sua participação no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa. Esse é um estudo de abordagem qualitativa e exploratório, ancorado no referencial teórico de Leininger, utilizando como método para análise a análise de conteúdo de Bardin . A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para dezembro de 2016. Suas respostas serão tratadas **em sigilo e confidencialidade**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua **participação** é voluntária e consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista individual e semiestruturada que será gravada em mídia digital (MP3) e transcrita na íntegra; será guardada por **cinco (05)** anos e incinerada após esse período. A qualquer momento, o Sr. poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou a instituição que forneceu os seus dados. O Sr. não terá **custos ou quaisquer compensações financeiras**. A pesquisa poderá apresentar riscos mínimos, através de constrangimentos ou desconfortos durante a participação nas entrevistas, podendo parar, recuar e prosseguir se houver essa situação, conforme aquiescência dos participantes sem prejuízos no atendimento na instituição. Os benefícios serão maiores, em melhorar a qualidade do cuidado pré-natal, promovendo o envolvimento dos pais no processo gestacional. O Sr receberá uma via deste termo na qual consta o celular/e-mail do pesquisadores responsáveis, podendo minimizar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Márcia Valéria de Souza Almeida
Doutoranda
e-mail: souzamarcia30@yahoo.com.br

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Professora Orientadora
e-mail: maparecidavas@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel.: (21) 2293 8148 – Ramal: 228.
E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 20__.

Participante da Pesquisa: _____
(Assinatura)

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Curso de Doutorado em Enfermagem

Formulário de entrevista n°:

Data:

I - Perfil sociocultural do pai:

a) Idade:

b) Raça/Cor (autorreferida): ()Branca ()Parda ()Preta ()Amarela ()Indígena
 ()Ignorado

c) Estado civil: ()Casado ()Solteiro ()Viúvo ()Divorciado () União estável

d) Qual o tempo de convivência com a sua companheira/esposa?

e) Você estuda? () Sim () Não. Caso positivo, que série frequenta? Caso negativo, até que série frequentou?

f) Você trabalha? () Sim () Não. Caso positivo, qual sua ocupação e/ou profissão?

g) Qual a ocupação e/ou profissão de sua companheira/esposa?

h) Qual é a renda familiar em salários mínimos (R\$788,00 valor referente a 2015)?

i) Qual o número de pessoas no domicílio?

j) Vocês têm filhos? Quantos? Qual idade?

k) Em qual cidade moram?

l) Pratica alguma religião? Qual?

m) Planejou está gravidez? () Sim () Não. Caso negativo, como recebeu a notícia:

() Aceitou com facilidade.

() Aceitou com dificuldade.

() Ainda não aceitou.

() Não sei dizer.

n) Tem alguma razão que faça com essa gravidez não tenha vindo em boa hora?

() Sim () Não . Se positivo, as razões são:

() Problemas de saúde;

() Financeiros;

() Conjugais;

() Profissionais;

() Com outros filhos;

() Com os pais;

() Com falta de espaço;

() Interferência com outros projetos;

() Outros .

II) Perguntas ao pai sobre a gestação atual da sua companheira/esposa:

- a) Qual o significado dessa gestação para você?
- b) Como você se sente vivenciando a experiência do cuidado pré-natal de sua companheira/esposa?
- c) Descreva sobre a sua participação no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa.
- d) Fale dos cuidados observados que mais lhe impressionaram durante o pré-natal.
- e) O que você considera que faltou no cuidado pré-natal?
- f) Você utilizou alguma coisa que aprendeu no pré-natal para cuidar de você mesmo?
- g) O que você acha importante explicar/ensinar no pré-natal para os pais?
- h) Em sua opinião, o que devemos fazer para favorecer a vinda do pai ao pré-natal?
- i) Que tipo de assuntos/questões gostaria que abordássemos?
- j) Descreva o que é ser pai para você.

APÊNDICE D - Unidades temáticas após codificação inicial, segundo os objetivos do estudo.

<p>Descrever valores e crenças do pai diante da gestação de sua companheira esposa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estratégia para liberar seu comparecimento 2. Estratégias para liberar o pai do serviço 3. Estratégias para trazer o pai 4. Gestação como alegria 5. Gestação como caminho para ser pai 6. Gestação como despertar para a vida 7. Gestação como divino 8. Gestação como felicidade 9. Gestação como forma de organizar família 10. Gestação como forma de perpetuar a espécie 11. Gestação como momento familiar 12. Gestação como momento único 13. Gestação como motivação para novos projetos 14. Gestação para compensar a perda de um membro da família 15. Gestação para promover mudança 16. Importância do pai no pré-natal 17. Intercorrências clínicas da gestação 18. Modificações da gestação 19. Movimentação fetal e BCF 20. Orientações no pré-natal 21. Pai como apoio à gestante 22. Pai como parceiro 23. Planejamento familiar 24. Pré-natal como acolhimento 25. Pré-natal como aprendizado 26. Pré-natal como conhecimento 27. Pré-natal como forma de expressão 28. Pré-natal como forma de participar 29. Pré-natal como informação de familiares 30. Pré-natal como novidade 31. Pré-natal como preparação 32. Pré-natal como satisfação 33. Pré-natal como surpresa 34. Sentido de ser pai 35. Sentidos de paternidade
--	--

<p>Analisar os modos de vida de pais na perspectiva de sua participação no processo gestacional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acolhimento da equipe favorece à participação 2. Estratégias para participar 3. Motivos para não participar 4. Mudança de atitude para participar do pré-natal 5. Participação como apoio 6. Participação como exercício da paternidade 7. Participação de acordo com a orientação dos profissionais 8. Participação desenvolvendo cuidados na gestante 9. Participação gerando tranquilidade 10. Participação no imaginário e depois no real 11. Participação para acompanhar o filho 12. Participação para aprender os cuidados com a gestante e o bebê 13. Participação para cobrar da gestante as recomendações do pré-natal 14. Participação para cuidar do bebê 15. Participação para não ficar inseguro 16. Participação para retirar dúvidas 17. Participação que gera vivência e segurança 18. Participação real 19. Participando como companheiro 20. Participando como provedor 21. Participando como responsável 22. Participando para aprender sobre a gestação 23. Participando para saber sobre a saúde do bebê 24. Realizando tarefas domésticas;
<p>Discutir as possibilidades de cuidado ao pai durante o processo gestacional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentação saudável 2. Discussão sobre temas importantes relacionados à bebida, drogas na gestação 3. Conhecimento dos exames do pré-natal 4. Atividade física 5. Cuidado com a sua saúde 6. Praticar o cuidado junto com a gestante 7. Não desenvolver nenhum cuidado aprendido
<p>TOTAL: 66 unidades temáticas</p>	

ANEXO A – CARTA DE ANUENCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEPE