UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

LÍVIA PIMENTA BONIFÁCIO

Pré-natal do parceiro: uso da estratégia PRENACEL para melhorar o envolvimento masculino no pré-natal

Ribeirão Preto
2018

LÍVIA PIMENTA BONIFÁCIO

Pré-natal do parceiro: uso da estratégia PRENACEL para melhorar o envolvimento masculino no pré-natal

Tese apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Linha de Pesquisa: Estudos em Atenção Primária e Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira.

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Catalogação da Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Bonifácio, Lívia Pimenta

Pré-natal do parceiro: uso da estratégia PRENACEL para melhorar o envolvimento masculino no pré-natal. Ribeirão Preto, 2018.

130 f. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na comunidade.

Orientadora: Vieira, Elisabeth Meloni.

1. Envolvimento paterno. 2. Pré-natal. 3. Mensagens de texto

Versão corrigida

Bonifácio LP. Pré-natal do parceiro: uso da estratégia PRENACEL para melhorar o envolvimento masculino no pré-natal [doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2018.

Tese apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: 21/09/2018

Banca examinadora

Prof(a). Dr(a).: Elisabeth Meloni Vieira – Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – Universidade de São Paulo - USP
Assinatura: _____

Prof(a). Dr.: Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca
Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Assinatura: _____

Prof(a). Dr.: Geraldo Duarte
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – Universidade de São Paulo - USP
Assinatura: _____

Prof(a). Dr.: Fernando Bellissimo Rodrigues
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – Universidade de São Paulo - USP
Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus por cada dia de vida, pela benção de ter uma família maravilhosa, pela linda e desafiante jornada de vida, pela força para enfrentar os momentos complicados e superar as adversidades, pelas oportunidades concedidas e pela alegria de conviver com pessoas especiais.

Especialmente ao meu marido Rodolfo que é um grande companheiro, que sabe muito bem como é árduo esse trabalho na área acadêmica, mas sempre me apoiou nas minhas decisões mesmo que mudasse toda a nossa vida e os nossos planos. Mas que sabe que tudo isso tem um propósito maior que irá contribuir no meu crescimento profissional e que impactará na nossa vida pessoal.

À minha família linda e maravilhosa por acreditar no meu trabalho, me apoiando sempre e entendendo as dificuldades pela qual passamos. Que me deu muito suporte e amor incondicional para conseguir enfrentar todo esse processo me fazendo entender que nunca estaria sozinha. Em especial minha mãe Luzia, meu padrasto Pedro, meu avô “seu Juca”, meus tios e tias, meus primos e primas, sogros e afilhados. E aos meus queridos amigos que são a família que escolhi na vida.

À minha querida orientadora Professora Drª. Elisabeth Meloni Vieira por ter me escolhido pela segunda vez, por ter acreditado no meu trabalho e sonhado junto comigo o projeto com os parceiros, por ter confiado em mim e compartilhado sua vasta experiência e conhecimento para a minha ascensão profissional, por ter me dado força nas minhas difíceis decisões.

Em especial às queridas amigas que o doutorado me trouxe: Magna e Andrea. Foram tantos períodos juntas gargalhando, chorando, conversando, discutindo enfim dividimos muitos momentos importantes juntas e nos apoiamos sempre.

Ao Professor João Paulo que me apresentou o PRENACEL e acreditou na minha experiência de trabalho com os homens no pré-natal do parceiro e quis pesquisar este outro cenário. Que dividiu todo seu conhecimento comigo, apoiou a equipe PRENACEL e me ajudou em várias etapas do trabalho e nas minhas escolhas.

À minha grande amiga que também foi entrevistadora na minha pesquisa Fernanda Bergamini Vicentine por ter me auxiliado nas entrevistas, por ter me

escutado quando eu precisava, me orientado nas minhas dúvidas e contribuído muito no meu trabalho e sendo uma boa e grande amiga.

Às gestantes e hoje mães e seus parceiros, hoje pais, por terem dividido as suas experiências de pré-natal, parto e pós-parto e contribuído imensamente com nossa pesquisa, por dividirem seus medos, suas crenças e suas alegrias com nossa equipe de trabalho e ter resultado num projeto tão lindo e sensibilizado com os aspectos da saúde materna, especialmente sensível ao olhar do homem neste processo.

Ao professor Dr. Geraldo Duarte, a Drª. Suzi Volpato Fábio e a equipe do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que me acolheram e contribuíram muito com informações fundamentais para o trabalho e para o PRENACEL.

À equipe do Projeto PRENACEL: Ana Carolina, Andrea, Fabiana, Francisco, Drª Giordana, Lívia, Magna, Mariana, Vicky e Professora Carol Sales que foi um grupo muito bom de trabalhar que fez com que nosso trabalho fosse realizado com todo o cuidado possível.

Às maternidades da Unaerp, do Hospital das Clínicas - FMRP, da Mater e em especial da Santa Casa que nos abriram as portas para que pudéssemos realizar nosso trabalho, todas as equipes presentes nestes locais que contribuíram no que podiam para fornecer as informações que precisávamos e dividiram a suas rotinas conosco.

Ao Departamento de Medicina Social pelo espaço oferecido para que pudesse realizar o meu trabalho de doutorado, pelo corpo docente qualificado que pôde compartilhar o conhecimento para o meu crescimento profissional e pessoal e por dividir experiências enriquecedoras com pessoas de diferentes visões de trabalho.

À Instituição de ensino Universidade de São Paulo e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pela oportunidade de utilizar os espaços, a infraestrutura e por desfrutar de um ambiente de constante aprendizado.

RESUMO

BONIFÁCIO, Lívia Pimenta. **Pré-natal do parceiro: uso da estratégia PRENACEL para melhorar o envolvimento masculino no pré-natal.** 2018. 130 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introdução: O acompanhamento do parceiro no pré-natal, parto e pós-parto de sua companheira mostram resultados positivos em relação à saúde materna, infantil e também relacionados à saúde do homem. É uma importante estratégia de aproximar os futuros pais dos serviços de saúde e melhorar o vínculo destes com a paternidade. **Objetivo**: Avaliar se a implementação da tecnologia SMS através do programa PRENACEL para o parceiro como um programa de educação em saúde é um suplemento útil ao acompanhamento pré-natal padrão. **Método**: Ensaio aleatorizado controlado por conglomerados representados por unidades de saúde. Selecionamos 20 unidades de saúde que foram aleatoriamente alocadas segundo critérios pré estabelecidos, 10 sendo controle e 10 como intervenção. Os parceiros das gestantes que iniciaram o pré-natal antes da 20ª semana de gestação foram a população do estudo. Os parceiros inscritos no PRENACEL receberam periodicamente mensagens curtas de texto via celular com informações sobre gestação e parto. Nas unidades do grupo controle os parceiros receberam, junto com suas companheiras, o pré-natal padrão. **Resultados:** 186 parceiros foram entrevistados, 62 do grupo PRENACEL, 73 do grupo intervenção, mas que não optaram pelo PRENACEL e 51 do grupo controle. Encontramos um perfil com idade média de 30 anos e a maioria dos entrevistados (51%) se declarou como raça/cor parda. Grande parte dos entrevistados (39,7%) relatou ter em média de 9,3 anos de estudo. A maioria dos homens (57,5%) coabita com a companheira e foi classificada como classe C (63,7%). A adesão ao programa PRENACEL foi de 53,4%. Houve uma maior participação dos parceiros do grupo PRENACEL nas consultas de pré-natal, assim como foi observada uma maior presença destes no momento do parto como acompanhante quando comparado aos demais grupos. **Conclusão**: O estudo mostrou que uma estratégia de educação em saúde utilizando as tecnologias de comunicação parece ter boa aceitabilidade e um papel promissor no engajamento de homens aos cuidados pré-natal, parto e pós-parto de suas companheiras.

Palravas-chave: envolvimento paterno, pré-natal, *mHealth,* mensagens de texto, SMS

ABSTRACT

BONIFÁCIO, L. P. **Prenatal care of partner: use the PRENACEL strategy to improve the male involvement in prenatal care** 2018. 130 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introduction: The partner accompanying the prenatal care, birth and postpartum care of the woman has presented positive results in relation to mother and child health and also in relation to the health of the man. This is an important strategy to bring future fathers closer to health services and to improve their link with paternity. **Aim:** To evaluate whether the implementation of SMS technology, through the PRENACEL program for the partner as a health education program, is a useful supplement to standard prenatal monitoring. **Method:** A parallel cluster randomized trial, with the clusters representing health units. The partners of the pregnant women who started prenatal care prior to the 20th week of gestation were the study population of the intervention group. The participants received periodic short text messages via mobile phone with information about the pregnancy and birth. In the control group units the partners, together with the women, received the standard prenatal care. **Results:** 186 partners were interviewed, 62 from the PRENACEL group, 73 from the intervention group that did not opt for PRENACEL and 51 from the control group. A profile with a mean age of 30 years was found and the majority of respondents (51%) declared themselves as brown race/color. The interviewees presented a mean of 9.3 years of study. The majority of the men (57.5%) cohabited with their partner and 63.7% were classified as socioeconomic class C. The adherence to the PRENACEL program was 53.4%. There was a greater participation of the PRENACEL partners in the prenatal consultations, as well as a greater presence of them accompanying the woman at the moment of the birth when compared to the other groups. **Conclusion:** The study showed that a health education strategy using communication technology seems to have good acceptability and a promising role in engaging men in the prenatal care, birth and postpartum care of their partners.

Keywords: paternal involvement, prenatal, mHealth, text messaging, SMS text

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMIGO	Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas em Obstetrícia
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
BH	Belo Horizonte
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ITT	Análise estatística por intenção de tratar
MAMA	*Mobile Alliance for Maternal Action*
mDAD	*Mobile Advice Assisted Dad*
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN	Pré-natal
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PP	Análise estatística por protocol
PRENACEL	Pré-natal no cellular
REDcap	Research Eletronic Data Capture
RR	Risco Relativo
SMS	Short Message Service
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	12
2	INTRODUÇÃO	13
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo geral	36
3.2	Objetivos específicos	36
4	ARTIGOS CIENTÍFICOS	37
4.1	Artigo 1	38
4.1.1	Resumo	38
4.1.2	Introdução	39
4.1.3	Material e método	41
4.1.4	Resultados	44
4.1.5	Discussão	48
4.1.6	Conclusão	50
4.1.7	Referências	51
4.2	Artigo 2	55
4.2.1	Resumo	55
4.2.2	Introdução	57
4.2.3	Métodos	60
4.2.4	Resultados	64
4.2.5	Discussão	68
4.2.6	Conclusões	71
4.2.7	Referências Bibliográficas	73
5	DISCUSSÃO	80
6	CONCLUSÕES	86
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
	APÊNDICES	102
	Apêndice A – Mensagens PRENACEL Parceiro	102
	Apêndice B – Formulário 4 parceiros	107
	ANEXOS	120
	Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética	120
	Anexo B – Submissão do artigo 1 à Revista Interface	121

Anexo C – Submissão do artigo 2 à Revista Reproductive Health..... 122

Anexo D – CONSORT 2010 Artigo Reproductive Health..... 124

1. APRESENTAÇÃO

Sou fisioterapeuta e a área de saúde da mulher e saúde materna sempre me encantaram. Desde a graduação tive uma afinidade com estas áreas e após a minha formação tive a oportunidade de aplicar meus conhecimentos de forma profissional durante os dois anos que cursei a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. E assim pude participar e trabalhar com este público.

Contudo, um importante impulsionador para mudar um pouco meu olhar e ver de outra perspectiva foi o tempo em que trabalhei com o Professor Geraldo Duarte atendendo as gestantes e/ou casais no ambulatório AMIGO de moléstias infecciosas. Em se tratando especificamente desse ambulatório, o professor sempre dizia que não adiantava nada tratar as mulheres se não tratássemos os parceiros, pois ele via como importante estreitar os laços com os homens e trazer estes para os serviços de saúde.

Este período foi de muito trabalho e também muito inspirador. O professor Geraldo Duarte me incentivava a conversar com os casais e tirar as dúvidas deles, além de influenciar positivamente e motivar os demais profissionais de saúde a olhar para o homem também, considerá-lo como parte de igual importância no tratamento. Assim, fui introduzida ao pré-natal do parceiro, tudo isso foi fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal.

Finalizei minha residência, mas o projeto do pré-natal do parceiro ainda estava na minha cabeça. No mestrado, continuei os estudos sobre a saúde materna, mas no contexto da atenção primária à saúde. Foi apenas no doutorado que pude retomar o trabalho com as gestantes e seus parceiros que havia me inspirado tanto. Através do convite da professora Elisabeth e do professor João Paulo Souza, pude pensar junto com eles numa estratégia de aproximar os parceiros do contexto de saúde materna com a implementação do PRENACEL. Com este programa fiquei responsável por toda parte relacionada à participação dos homens tanto no pré-natal, parto e pós-parto.

Este estudo é resultado de um trabalho desafiador, mas também muito interessante e prazeroso sobre a presença dos homens no pré-natal. Para mim é um grande prazer poder apresentar os resultados advindos da nossa estratégia.

2. INTRODUÇÃO

Este estudo é sobre a presença dos homens no pré-natal. Estudamos de que forma isto se configura na realidade no contexto do projeto PRENACEL, como a intervenção proposta foi aplicada e quais consequências foram observadas em relação à participação dos parceiros nos cuidados maternos, inclusive os possíveis fatores associados a maior ou menor presença dos parceiros.

Para fundamentar os conceitos presentes no estudo é necessário iniciar com algumas definições. Em primeiro lugar vamos apresentar algumas definições do termo gênero, depois discuto sobre a relação de gênero e saúde mais especificamente sobre gênero e saúde do homem. A seguir, apresento alguns conceitos sobre a paternidade e finalizo com informações sobre a assistência pré-natal e o uso de tecnologias de informação em saúde.

2.1 Gênero e a saúde do homem

2.1.1 Construção do gênero

Existem diversas compreensões e sentidos em torno do termo gênero, pois para cada definição há uma interpretação que se baseia em uma história prévia. Este termo tem sido utilizado para transmitir a ideia de traços ou características sexuais. As feministas começaram a usar o termo com um sentido que mostrasse os aspectos sociais da relação entre os sexos. As regras formais e gramaticais sobre o sentido de gênero apresentam e se relacionam com as características ou atitudes ditas femininas ou masculinas, uma em exclusão a outra. O que caracteriza fatos, acontecimentos, ou seja, são fundamentados no senso comum do que seriam traços de cada gênero em cada época.

Essas e outras ideias são desenvolvidas por Joan Scott (1995) no capítulo “Gênero: uma categoria útil da análise histórica”, onde a autora discorre sobre a busca por entendimento acerca da terminologia de gênero. Ali ela o define, de maneira sumária, na forma como as diferenças entre os sexos são construídas socialmente, baseadas principalmente nas relações de poder. Nesse sentido, o uso do termo transcende ao aspecto físico dos sexos e abrange os aspectos relacionais e culturais que moldam a forma de viver o sexo de cada um de maneira aceitável para sociedade. Segundo a autora houve um caminho teórico para a definição do termo. Foi um processo contínuo para a construção do entendimento. Num

determinado momento na história gênero foi colocado como sinônimo de mulher; e pelo contexto cultural desfavorável em relação às mulheres este foi considerado como uma categoria inferior, de segundo plano. A autora se mostra contra o entendimento de gênero com o sentido de oposição, o homem em oposição à mulher.

Além de discutir ali a fundamentação das definições do gênero por diversos outros estudiosos, a autora mostra que para ela o centro da definição de gênero se fundamenta em duas partes principais: a forma como cada sociedade vive e percebe as diferenças entre os sexos e suas consequentes afirmações em relação aos padrões aceitos dentro daquele contexto cultural e as relações de poder estabelecidas entre os sexos. Ela utiliza quatro elementos importantes na discussão de gênero que são: os símbolos culturais que podem trazer diversas interpretações, as normas que são identificadas na política, na religião, na educação, consequência de um consenso social e que geralmente são expressas de forma binária e opostas, as políticas representadas pelas instituições e organização social e a identidade subjetiva que é a construção da identidade baseada no gênero. Cada um destes elementos reverbera na vida social das pessoas e estão conectados. No entanto, esta discussão teórica sobre as relações baseadas no gênero pode ser ampliada para as discussões de raça, etnia, classe social, tudo que permeia o processo social (SCOTT, 1995).

Outra autora importante que trata do tema é Judith Butler, que questiona o fato de sexo ser naturalmente adquirido e gênero ser construído, o que torna a cultura um destino. Assim como Scott, ela tenta anular a dicotomia entre sexo e gênero e problematizar os aspectos puramente biológicos ligados ao entendimento de gênero. Além disso, ela também problematiza as relações de poder ao tentar romper com as regras e padrões impostos pelo contexto cultural e social, em relação à heterossexualidade normativa. Todavia, enquanto Scott tem seu entendimento baseado na diferença entre feminino e masculino, Butler considera a performance sexual, as diversas formas de viver sua sexualidade e as diferentes orientações sexuais (gays, lésbicas, bissexuais, transsexuais e transgênero), o que é dual para uma é múltiplo para outra (BUTLER, 1990; SCOTT, 1995).

Raewyn Connell (1995, 1997, 2000) sugere que o gênero ocasiona certo ordenamento das ações sociais e isto está presente em todas as atitudes e ações da vida cotidiana como, por exemplo, as relações de trabalho, na comparação de

salários entre homens e mulheres sendo que os maiores salários ainda são da população masculina, na configuração das atividades domésticas como ação feminina, entre outros.

Gênero ainda é abordado de modo impreciso na literatura nacional. Alguns autores usam muitas vezes a palavra gênero como sinônima de sexo, o que demonstra um conhecimento pouco aprofundado nas questões relativas ao tema (ARAÚJO, M.F.; SCHRAIBER, L.B.; COHEN, D.D., 2011).

De modo geral, o termo é tomado de equívocos e desacertos: Krieger (2003), por exemplo, discute como o termo tem sido erroneamente usado na literatura por conta da discussão do seu entendimento ser algo recente. Assim, para as pesquisas futuras e para o entendimento dos aspectos históricos e culturais, gênero é uma categoria importante para análise de determinadas condições e representações culturais. Trata-se de um termo que indica as construções sociais das atribuições de homens e mulheres ao longo do tempo, que exclui as explicações pautadas apenas no biológico e que contribui para o entendimento da subordinação feminina (SCOTT, 1995).

O entendimento sobre o gênero se fundamenta principalmente nas relações de poder existentes entre homens e mulheres. Essas relações e os impactos que elas podem trazer são de desigualdades tanto sociais, profissionais, econômicas e que também afetam a saúde.

2.1.2 Gênero, saúde do homem e da mulher

Saúde é um direito de todos, mas todos são diferentes e as políticas de saúde devem responder às necessidades das populações de acordo com suas demandas específicas, inclusive relacionado ao gênero respeitando a individualidade e promovendo maior equidade entre os indivíduos, independente do gênero (BRASIL, 1988; 1990; OPAS, 2014).

A literatura internacional reforça a relação entre os determinantes sociais e a saúde. Fatores como emprego/desemprego, *status* socioeconômico, escolaridade, habitação, estado marital, além do gênero, são alguns dos dados que constituem o perfil social e influenciam as condições de saúde da população (WHITE et al., 2018).

Nancy Krieger (2003) estuda a influência dos determinantes sociais na saúde. A autora mostra como o gênero, sendo um determinante social, pode definir normas e padrões de como as pessoas vivem a sua saúde. A diferença entre os sexos e/ou

entre os gêneros influenciam diretamente a saúde e estão associados às doenças puramente genéticas, aos riscos ambientais e no ambiente de trabalho, riscos ocupacionais, traumas e o acesso aos serviços de saúde. Ela afirma que existem condições de saúde que são atreladas especificamente ao sexo biológico como, por exemplo, a hemofilia, enquanto outras condições sociais e de saúde se baseiam particularmente ao gênero como nos casos de violência doméstica e/ou o feminicídio. Estes fatores exemplificam a forma como podemos entender e interpretar o impacto do gênero na saúde e mostram que características biologicamente ligadas ao sexo podem se tornar potencialmente mais graves ou não quando consideramos os efeitos da diferença do gênero na saúde, como por exemplo, os homens procurarem com menor frequência os serviços de saúde, especialmente os de atenção primária.

O entendimento de gênero na saúde pode estar relacionado tanto às características biológicas femininas ou masculinas ou aos aspectos sociais e comportamentais que repercutem em ações benéficas ou maléficas sobre a saúde de homens e mulheres e que podem acarretar as desigualdades em saúde (BARATA, 2009).

Na sociedade, assumimos a existência de estereótipos bem definidos para homens e mulheres. As mulheres seriam naturalmente prontas para o cuidar, uma característica supostamente inerente à constituição do ser mulher, já que elas se encontrariam mais próximas do cuidado e estariam atreladas a capacidade de ter atitudes mais benéficas em relação à saúde. Assim, apenas pelo fato de ser mulher já se evidencia uma maior propensão a ter um estilo de vida mais saudável. Por outro lado, os homens seriam vistos como incapazes de fornecer este cuidado, não foram habituados a assumirem esta situação. Sua ação principal seria o de prover financeiramente, sendo um apoio social para a família (COURTENAY, 2000; GOMES et al., 2007).

Os fatores sociais e ambientais que afetam a saúde também ajudam a definir políticas de saúde e tentam reduzir as desigualdades presentes nestes cenários de forma a tornar os serviços de saúde mais igualitários e sensíveis nas questões relacionadas ao gênero (WHITE et al., 2018).

Portanto, consideramos que os determinantes sociais, os fatores ambientais, os dados epidemiológicos e o entendimento das relações de gênero são essenciais para pensar no processo saúde e doença da população, assim como delinear

estratégias e políticas de saúde eficientes para a população, neste caso em especial, a população masculina.

2.1.3 Saúde do Homem

Wagner Figueiredo (2008), em seu trabalho sobre masculinidade e saúde, mostra que os dados epidemiológicos são importantes, mas não são suficientes para entender o processo saúde e doença da população masculina e que o contexto cultural e o gênero também precisam ser considerados. Conforme Scott declara sobre as relações de poder as instituições e políticas são excludentes em relação ao gênero e isto condiz com que Figueiredo mostra em seu trabalho. Nos espaços de saúde, em que as normas sociais estão presentes, os homens não são "normalmente" (grifo próprio) ou facilmente aceitos e quando adentram este espaço estão sujeitos a demonstrarem a sua fragilidade o que não condiz com a norma social (SCOTT, 1995; FIGUEIREDO, 2008).

A saúde do homem é fortemente afetada pelos determinantes sociais. Um estudo feito numa cidade da Inglaterra mostra que existe um número maior de homens desempregados e com um nível de escolaridade mais baixo em relação às mulheres. Os homens também apresentam um alto grau de suicídio. A relação entre pobreza e saúde traz implicações sérias atreladas ao baixo nível socioeconômico e à exposição maior ao risco para a saúde (WHITE, et al. 2018).

Além dos determinantes sociais, os estudos epidemiológicos mostram diferenças importantes entre homens e mulheres no que se refere à distribuição de doenças (FALCÃO, 2016). As pesquisas sobre mortalidade no mundo mostram que os números são maiores na população masculina em todas as idades e em quase todas as possíveis causas de mortalidade (WHITE; CASH, 2004; LAURENTI et al., 2005; FALCÃO, 2016).

Mulheres e homens apresentam diferenças em relação à causa de óbitos. Em primeiro lugar, os homens têm maior chance de morrerem por causas externas do que as mulheres, como mostra o estudo feito no Brasil pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz em 2012. Os homens estão comumente mais envolvidos nos acidentes e em situações de violência e a faixa etária mais acometida são jovens adultos que morrem prematuramente, particularmente em acidentes de trânsito. Também foi evidenciado o risco aumentado de morte relacionada aos transtornos mentais e comportamentais e sobre o aparelho digestivo

que estão diretamente associados com os comportamentos de risco, como o consumo de drogas e/ou álcool e uma alimentação pouco saudável (MOURA, 2012).

Vários trabalhos científicos indicam que os homens apresentam maior vulnerabilidade em relação às doenças graves e crônicas do que as mulheres. Assim, sua expectativa de vida é menor, ou seja, os homens morrem mais cedo quando comparados às mulheres (BRASIL, 2009; NARDI et al, 2007; COURTENAY, 2000; LAURENTI et al., 2005; LUCK et al., 2000). Segundo dados do IBGE a expectativa de vida em 2016 dos homens era de 72,2 anos enquanto a das mulheres era de 79,4 (BRASIL, 2016a; IBGE, 2017).

Apesar de estudos mostrarem que as taxas de mortalidade vêm se postergando ao longo do tempo tanto em homens como em mulheres no Brasil, essa redução ainda é menor nos homens (FIGUEIREDO, 2008; LAURENTI, 1998; LAURENTI et. al., 2005; SIMÕES, 2002).

Além disso, cerca de 31% da população masculina não procura os serviços de saúde. E entre os homens que não vão aos estabelecimentos de saúde 55% deles responderam que não precisam de atendimento (AGÊNCIA DE SAÚDE, 2016; BRASIL, 2016a). Esses dados comprovam a força da desigualdade de gênero em saúde, afirma que os homens se colocam em situações, pelo exemplo, imune às doenças, resistentes aos perigos, ou seja, não precisam de cuidados em saúde porque não ficarão doentes (MOURA, 2012). Estas informações mostram que aspectos relacionados à masculinidade socialmente construída interferem de maneira drástica na saúde do homem.

O trabalho como forma de confirmar a identidade masculina, a desvalorização do cuidado e as ações em saúde voltada para este público são pontos que precisam ser ressignificados para que culturalmente possam ser valorizados e que favoreçam o bem-estar dos homens (DOS-SANTOS et al., 2017).

Melhorar o engajamento dos homens nos serviços de saúde é uma forma de prevenção em saúde, já que a baixa escolaridade está associada ao pior autocuidado e a um estilo de vida menos saudável. Os homens, particularmente, merecem atenção especial quanto a problemas de saúde como depressão, ansiedade, baixa autoestima e ao isolamento social (WHITE, et al. 2018).

Alguns estudos (FIGUEIREDO, 2008; COUTO et al., 2010) mostram que a ausência de entendimento em como assistir aos homens no serviço de saúde é outro ponto que afeta a saúde masculina. Como vimos, trata-se de uma população

que não procura os serviços de saúde, é difícil de aderir a tratamentos e de se trabalhar por conta daquelas questões de gênero mencionadas anteriormente. As ações de saúde voltadas para os homens são limitadas tanto na descrição de quais atividades devem ser feitas quanto ao preparo da equipe de saúde. Tomando a atenção primária em saúde como referência de atendimento e porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos analisar o que acontece em relação ao atendimento dos homens no serviço. A partir desse referencial podemos apontar questionamentos quanto a pouca participação e presença deles nos serviços de saúde e identificar as barreiras que o serviço impõe.

Primeiro refere-se à ausência de homens no serviço de saúde, sua invisibilidade, eles não se reconhecem neste ambiente e por isso procuram os serviços primordialmente em situações extremas. As barreiras que as instituições apresentam quanto ao ambiente físico, pela estrutura e organização acabam privilegiando o acesso de mulheres, crianças e idosos e que geram obstáculos e contextos desfavoráveis ao acesso dos homens a estes locais, os tornando "feminilizados" (destaque próprio). Assim como a barreira verbal, a dificuldade que existe para que os homens verbalizem suas necessidades de saúde (FIGUEIREDO, 2008; BRASIL 2009; COUTO et al., 2010).

Esta invisibilidade do homem nos serviços de saúde precisa ser melhor entendida já que justificar essa situação apenas pelo fato que eles não se interessam pode demonstrar uma visão de caráter machista e sexista, o que poderia se tornar um impeditivo para que os homens exerçam seus direitos a uma assistência a saúde integral (BARBIERI, 1992; MEDRADO et al., 2011).

Outro ponto relacionado aos serviços de saúde é como os profissionais recebem esta população. Figueiredo (2008) mostra que existe um despreparo dos profissionais de saúde em como acolher e entender as demandas trazidas pelos homens. Falta clareza e habilidade por parte dos profissionais de como são expressas as necessidades, como eles interagem e os conceitos de gênero incutidos nos discursos desta população.

As barreiras em torno da procura do serviço de saúde pelos homens, somadas muitas vezes à falta de preparo, vínculo e acolhimento adequado da equipe de profissionais para assistir às necessidades deles, além de os ambientes e a infraestrutura local serem pouco apropriados para o maior engajamento masculino no seu cuidado são alguns dos aspectos que mostram a fragilidade das ações

voltadas para a saúde dos homens, que também produz o afastamento deles dos serviços de saúde. Há um carecimento de atividades de planejamento e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que consigam atingir e sensibilizar os homens para o cuidado com sua própria saúde (FIGUEIREDO, 2006; BRASIL, 2009).

Por isso a importância de utilizar o referencial de gênero para fundamentar os estudos sobre as masculinidades e suas necessidades em saúde e como elas se reproduzem na sociedade, e para isto, é preciso abordar essas dimensões e as desigualdades sociais acerca do gênero para poder entender os comportamentos de risco adotados pelos homens (COURTENAY, 2000; GOMES et al., 2007).

Para implementar e pensar políticas resolutivas é necessário considerar as especificidades e peculiaridades existentes mostradas nos dados apresentados sobre a situação de saúde dos homens.

Esta população constitui parte integrante de uma assistência com objetivos específicos, pois demanda um cuidado direcionado, principalmente a população jovem adulta que necessita de assistência adequada e por se ver, culturalmente, afastada dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009 pelo Ministério da Saúde, trouxe maior visibilidade às necessidades do homem. A PNAISH prioriza os cuidados de saúde como forma de evidenciar a importância e as singularidades do trabalho com esta população. Também pretende romper com estilo de acesso da população masculina aos serviços, em que este procura o serviço, geralmente, quando o quadro já é mais grave, então adentram por um serviço de saúde de maior complexidade e relevam as atitudes em torno da promoção de saúde e prevenção de agravos, ações que devem estar inseridas em todos os níveis de complexidade, mas devem ser priorizadas na atenção primária à saúde, principalmente. A política tenta preparar os profissionais e organizar os serviços de saúde de forma a acessar mais precocemente os homens, acionar a atenção primária com medidas de promoção, medidas preventivas em saúde e para evitar a complicação dos agravos. É uma forma de diminuir a sobrecarga econômica, mas, sobretudo evita o sofrimento físico e emocional maior do homem e de sua família por uma qualidade de vida melhor (BRASIL, 2009).

Em agosto de 2016 o Ministério da Saúde publicou três outros documentos relacionados à saúde do homem: a Coletiva de Saúde do Homem que mostra um

compilado de informações epidemiológicas, o Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde e o Guia de Saúde do Homem para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos com enfoque no cuidado com o homem e sobre a paternidade priorizando o momento do pré-natal como forma de aproximar os homens dos serviços de saúde (BRASIL, 2016a, 2016b, 2016c).

E esta iniciativa apresentada na PNAISH e no Guia do pré-natal do parceiro é uma medida adotada no sentido de estimular a participação do homem a acompanhar o pré-natal de sua companheira gestante como forma de acessá-lo por outro motivo que não seja a própria saúde, mas sim de sua companheira e seu futuro filho (BRASIL, 2009; 2016b).

O sistema de saúde precisa evoluir e se adaptar às novas formulações e ao que o contexto cultural tem apresentado. Dar visibilidade e atender as demandas da população masculina. Para atingir níveis positivos nos indicadores de saúde é preciso pensar em medidas cabíveis para a população masculina e alcançar padrões de qualidade de vida melhores. Propiciar serviços que realmente atendam às necessidades dos homens e suas especificidades quanto ao local e período de atendimento, por exemplo, que são medidas que facilitam o acesso dessa população (BRASIL, 2009).

Existem esforços no intuito de se fazer políticas voltadas para atender as especificidades desta população, mas os desafios para organizar e concretizar políticas mais inclusivas e igualitárias são inúmeros. É necessário encontrar o diálogo num modelo que toque os homens no que realmente os move indo contra as imposições que afetam a vida das pessoas como, por exemplo, a paternidade.

2.2. Paternidade

2.2.1 Conceito de paternidade

A Paternidade é definida pela qualidade ou condição de ser pai, (Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, 2004). Keijzer (2003), em seu trabalho, conceitua como “as paternidade“s”” (grifo próprio autor) mostrando como são plurais e diferentes as formas de interpretá-la. Viver a paternidade inclui o aspecto biológico da reprodução, mas também inclui questões ligadas ao papel do pai socialmente aceito, as culturas, o aspecto temporal e tudo isto se diferencia dependendo do local onde se vive essa paternidade (Keijzer, 2003).

Ribeiro et al. (2015) também manifesta que nos moldes culturais e de gênero a paternidade pode consistir em atributos para aos homens tanto físico, como conseguir “fazer um filho” (grifo próprio), assim como atributos de moral ao poder sustentá-lo.

Ao falar de paternidade refere-se às muitas responsabilidades de um pai como provedor, educador, autoridade, modelo de referência do seu futuro filho. No entanto, a rigidez dos atributos postos em relação ao gênero sobre a paternidade e também sobre a masculinidade não admitem que os homens se permitam passar por experiências de envolvimento maior com seus filhos, o que gera frustração, sentimento de culpa e os afasta ainda mais de uma experiência rica com seu filho e de uma paternidade prazerosa (PEREA, 2011a; HILDINGSSON et al. 2011; BRUGGEMANN et al., 2013).

O fato de o homem não passar pelo processo de engravidar, pelas mudanças físicas e psicológicas ocasionadas pela gestação e por sofrer com pressão das representações sociais de gênero acabam, por muitas vezes, por excluí-lo dos cuidados assistenciais de saúde, no contexto materno, sendo que este momento é especialmente importante e desejado por ambos, na maior parte das vezes (HILDINGSSON et al. 2011; PEREA, 2011b).

A precarização do trabalho, a demanda por ascensão econômica e reforço do pensamento do papel do homem como provedor da família também são outros fatores que podem gerar o sentimento de frustração nos homens. Este sentimento é extremamente danoso, já que suas consequências são ruins para homens e também para mulheres como a exposição à violência e situações de violência familiar. O que a sociedade impõe é um imaginário de uma paternidade ideal quase nunca alcançada pelos homens que conhecem seu erro, mas muitas vezes não sabem por que erraram (FULLER, 2000).

Como podemos esperar que pessoas que nunca foram expostas ao cuidado tenham facilidade, disponibilidade e/ou desejo de cuidar. Esta é a realidade de muitos homens que, desde a infância, além de não serem estimulados a exercerem o cuidado foram, por vezes, castigados ao fazê-lo (AGUAYO; KIMELMAN, 2012).

Os movimentos sociais como o feminismo ajudaram e ajudam para que as pessoas tomem consciência e se sintam pessoas com direito aos direitos, “entitlement” (grifo próprio do autor) e o exercício da paternidade ativa como um desses direitos requeridos. Existem alguns gatilhos durante a vida de uma pessoa,

especialmente os homens, que os fazem mudar, verem as coisas de outra perspectiva e quererem fazer diferente. Alguns desses gatilhos são o afeto, momentos de ruptura e crise, espiritualidade e a paternidade (FULLER, 2000; PEREA, 2011b).

Fuller (2000) e Perea (2011b) consideram que a paternidade é um gatilho, um momento capaz de mudar a visão de um homem, em que eles tomam consciência não só dos seus direitos, mas também dos seus deveres.

A paternidade pode contribuir decisivamente para uma revolução na forma como os homens expressam e vivenciam as suas masculinidades. A paternidade plena, que implica desde a decisão conjunta de ter filhos até as consultas de pré-natal, o acompanhamento do parto e todos os afazeres e prazeres posteriores relacionados à criação das crianças, pode ser o ponto necessário para uma profunda reflexão e consequente mudança em relação às formas que os homens expressam a masculinidade (AGUAYO; KIMELMAN, 2012).

Para entender como o homem vai viver sua paternidade é importante saber o que ele entende sobre esse papel. Como foi sua construção de paternidade, as experiências de vida que teve anteriormente, como foi sua relação com seu pai e sua mãe e sua relação posterior com sua companheira e seus filhos e o seu relacionamento com outros homens, assim como aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, como idade, situação econômica, escolaridade, estado marital, entre outros. Estes aspectos podem influenciar na divisão social e sexual do trabalho e trazer uma compreensão maior do que é ser pai nas diferentes esferas e contextos sociais (FULLER, 2000; RIBEIRO et al., 2015).

O intuito não é vitimizar os homens, mas sim colocar em reflexão sobre quais são os papeis que estão ditos e reproduzidos na sociedade em relação à saúde reprodutiva e tentar propor medidas que possam provocar mudanças profundas na maneira de incluir, envolver e incentivar a participação dos homens (PEREA, 2011b).

2.2.2 Paternidade no Brasil

As novas conformações familiares no país é um tema atual e complexo que requer uma análise profunda dos papeis implicados nestes novos cenários (BRASIL, 2009). Com a entrada da mulher no mercado de trabalho os papeis de homens e mulheres sofreram mudanças tanto conjugais, familiares quanto em relação ao

cuidado com os filhos, com isso, segundo Falcão (2016), a maternidade e a paternidade passam por reconfigurações.

A ideia de que o corpo feminino é apenas um corpo reprodutivo traz consigo a responsabilização apenas da mulher em relação à concepção e contracepção (VIEIRA, 2002). A feminilização de toda atmosfera que envolve a reprodução, assim como a saúde, é um fato que persiste, aprisiona e responsabiliza unicamente as mulheres pelo cuidado e educação dos filhos e as consequências deste cenário são de desigualdades em relação à atribuição de homens e mulheres (PEREA, 2011b).

As barreiras pessoais do contato do homem com o cuidado em saúde e/ou o acesso aos serviços também impedem o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Como referido, existe uma naturalização de um modelo social em que o cuidado da criança está associado à mulher que gera determinadas abordagens e práticas nos serviços de assistência à saúde que perpetuam valores e modelos que reforçam a ausência paterna (LYRA; MEDRADO, 2000; FONSECA 2005; PERUCCHI, 2008).

No contexto cultural atual, em especial no Brasil, ainda não se espera que um futuro pai assuma seu papel de pai, mas espera-se com certeza, que uma futura mãe cumpra o seu papel de mãe (RIBEIRO et al., 2015). Ou seja, a invisibilização do homem no papel de pai é realidade em muitas famílias (PEREA, 2011a).

As novas configurações de família e mudanças que ocorrem na sociedade trazem consigo uma visão diferente de ser pai, que vai além das atribuições já tradicionalmente presentes. Mostra que o compartilhamento dos cuidados com o filho junto com sua companheira de uma forma mais igualitária é uma atribuição nova para esse pai e também para essa parceria que repercute na saúde da mãe, do filho e na saúde do homem (RIBEIRO et al., 2015).

Mas este novo papel enfrenta barreiras nascidas nas relações de gênero, na negação do cuidado com a própria saúde, o poder, que são traços da masculinidade hegemônica frente à feminilidade e a expressão da emoção como traços puramente femininos (GANLE, DERY, 2015; RIBEIRO et al., 2015).

Atitudes deste tipo geram consequências ruins como o fato de não haver uma assistência adequada para a população masculina e a existência de profissionais de saúde pouco sensíveis às questões relacionadas à saúde do homem, desqualificando a presença e o papel do pai no pré-natal e no parto, por exemplo, o

que afasta ainda mais os homens dos serviços e dos cuidados voltados à saúde (RIBEIRO et al., 2015).

O que existe na sociedade é uma forte resistência heteronormativa e patriarcal no entendimento de família. Neste caso o homem possui alguns privilégios e mudar este cenário é um obstáculo. Um desses privilégios é o cuidado ser um atributo tradicionalmente e estritamente feminino que repercute na vida social e ajuda a criar e manter a cultura machista. A sociedade impõe que o homem não sabe cuidar e na verdade ele não aprendeu a cuidar (COUTO, SCHRAIBER, 2013).

É preciso avaliar com cuidado e clareza as relações de poder baseadas no gênero entre as pessoas e como elas afetam determinadas atitudes e situações como na saúde reprodutiva e a intervenção não deve se pautar apenas nas mulheres, já que o conceito de gênero é abrangente. Necessitamos de refletir sobre o entendimento das masculinidades e feminilidades além do que se refere à culpabilização dos homens e a vitimização das mulheres no geral (BARBIERI, 1992).

Existem ações que tentam melhorar o cenário e envolver mais os pais no contexto da saúde materna como as iniciativas do Ministério da Saúde e da própria legislação. A lei 13257/16 apresenta políticas públicas para os cuidados na primeira infância (até 6 anos ou 72 meses) e o artigo 38 faz menção ao aumento dos dias concedidos de licença para mães e pais. Mas sobre a licença dos pais o aumento dos dias apenas se dará mediante uma comprovação de realização de um curso sobre paternidade e/ou pais responsáveis (FULLER, 2000; BRASIL, 2016a, 2016d; MOREIRA et al., 2016).

O fato é que não existe nenhum curso oficial ou um cronograma de temas a serem abordados que siga recomendações de órgãos reconhecidos, como o Ministério da Saúde e/ou um local confiável para oferecer tal curso. E mesmo que houvesse, a licença oferecida é extremamente curta, principalmente ao nascimento do filho, o que não faria diferença na mudança na forma de envolver o homem no cuidado (FULLER, 2000; BRASIL, 2016a, 2016d, MOREIRA et al., 2016).

Isso mostra que não só o serviço de saúde, mas também outros sistemas como, por exemplo, o trabalhista, ainda não está preparado para atender esse modelo. O próprio sistema dá e tira o direito: o próprio sistema contribui para que os homens não se sintam responsáveis pelo cuidado dos seus filhos (FULLER, 2000; BRASIL, 2016a, 2016d; MOREIRA et al., 2016).

Para enfrentar estas dificuldades, é importante levar em consideração que numa sociedade machista em que o cuidado e a afeição provenientes dos homens são desestimulados, devemos, enquanto profissionais de saúde e formadores de opinião, difundir a ideia de que homens cuidadosos têm não somente o compromisso, como também o direito de se envolver em todas as etapas do planejamento reprodutivo, da gestação, do parto, do pós-parto e do desenvolvimento de seus filhos e filhas, o que reforça o pensamento de que o cuidado faz o cuidador (CARVALHO, 2007).

Mudanças de alguns paradigmas ancorados no gênero podem mudar e melhorar a situação de homens e mulheres, assim como a complexidade da dinâmica social. O entendimento de pertencimento dos homens em relação ao cuidado paterno pode influenciar de maneira positiva nos resultados de políticas e programas voltados à saúde materna inclusive nos programas de saúde infantil e de saúde reprodutiva e doenças sexualmente transmissíveis (FULLER, 2000).

O pensamento machista está passando por questionamentos e os homens estão em processo de transição participando mais das questões relacionada à gravidez. Isso muda o olhar sobre a paternidade e é uma oportunidade de utilizar o serviço de saúde não só pela mulher e filho, mas pela própria saúde.

Compartilhar os cuidados e as responsabilidades com o desenvolvimento das crianças é algo que precisa estar presente nos discursos de profissionais de saúde e na população e se tornar uma forma de desconstrução do pensamento machista. Revelar e destacar o papel e o desejo dos homens em relação à sua saúde reprodutiva e à sexualidade (FULLER, 2000).

Por isso utilizar os espaços de cuidado da mulher grávida podem ser oportunos para que os futuros pais tomem consciência e queiram cuidar da sua saúde, além de serem figuras de suporte para suas companheiras. Assim temas como a saúde sexual e paternidade podem ser úteis na promoção da saúde do homem (MOREIRA et al., 2016).

É necessário fazer com que os homens se sintam pertencentes, e não donos, destes espaços e tomarem para si o cuidado em saúde de maneira global. Que eles também têm a possibilidade de escolha e decisão sobre as temáticas relacionadas à saúde para haver equilíbrio e igualdade (FULLER, 2000).

E os profissionais de saúde precisam se preparar e propagar mais esse pensamento de corresponsabilidade e sobre o discurso da paternidade prazerosa. É

necessário enfrentar as grandes resistências, o medo e ter mais sensibilidade na escuta desses futuros pais. Aprender a cuidar e conhecer a paternidade corresponsável como uma forma de evitar o machismo e a violência de gênero (RIBEIRO et al., 2015).

2.3. Pré-natal

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde por meio do qual inferimos a situação e condição de saúde da população de um país. No Brasil houve uma importante redução deste indicador, mas ainda precisamos melhorar para conseguir atingir as novas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030. Os ODS apresentam 17 objetivos sendo o número três dedicado à saúde. Neste objetivo foi ressaltada a importância da redução na mortalidade materna, o que compreende a melhora da qualidade do atendimento e dos serviços de saúde (SOUZA, 2015; UNITED NATIONS, 2015).

Alguns autores mostram que grande parte da mortalidade materna e também da mortalidade infantil está intimamente relacionada com a falta de assistência adequada no pré-natal e no parto (MONTEIRO; BENÍCIO; FREITAS, 1997), o que reforça a necessidade de se comprometer com a saúde materna e melhorar a qualidade dos serviços prestados, um grande desafio em saúde (BRASIL, 2012).

O pré-natal tem como objetivo acolher nos serviços de saúde a mulher desde o início da gestação para garantir uma gravidez segura e o nascimento de uma criança saudável. Pretende assegurar o bem estar materno e neonatal e minimizar o risco à saúde da mulher e da criança (KILSZTAJN, 2003; MINSTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O início do pré-natal decorreu da importância dada ao cuidado com o bebê na primeira infância e do binômio mãe-filho o que criou o conceito de saúde materno infantil (VIEIRA, 2002). É uma estratégia chave para que a mulher possa ter maior conhecimento sobre a gestação e se beneficiar dos cuidados que os serviços de saúde proporcionam às gestantes como forma de protegê-la de possíveis riscos e prepará-la para o nascimento do seu filho (MINSTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A qualidade dos serviços oferecidos, das instituições que prestam a assistência, assim como o preparo e conhecimento dos profissionais que atendem

estas mulheres são questões importantes no que se refere à melhora dos indicadores de saúde (MINSTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Alguns estudos afirmam que a adequação do pré-natal para a gestante está relacionada também à presença de um parceiro e que a estabilidade do casal é um componente importante no período gravídico-puerperal (COIMBRA et al., 2003; LEAL et al., 2004). Kumar et al. (2008) mostraram em seu trabalho que intervenções educativas com o casal apresentaram resultados mais satisfatórios no comportamento alvo relacionados à saúde materna quando comparado ao trabalho educativo voltado apenas à mulher.

Contrário à ideia de que os homens não desejam participar ativamente do pré-natal de suas companheiras, um estudo conduzido em um município do estado de São Paulo mostrou que 94% dos homens gostariam de acompanhar as consultas de pré-natal. A participação do parceiro no pré-natal é uma forma de preparar o casal para o momento do parto e puerpério, reforçar o vínculo e compromisso da gestante e seu parceiro, assim como da equipe de saúde, e isso se torna recíproco e impacta de forma positiva na melhoria dos cuidados pré-natal e na saúde da família (DUARTE, 2007).

A participação dos homens nos cuidados de saúde não envolve apenas esses sujeitos, mas faz com que a saúde das mulheres, de crianças e adolescentes seja beneficiada. Isso ocorre principalmente quando os homens são envolvidos nas questões da saúde sexual, na saúde reprodutiva e na paternidade (GOMES, 2003).

É inegável que o suporte social afeta a saúde de maneira direta e indireta. Sendo assim, alguns trabalhos mostram resultados em relação à participação do homem tanto na gestação, pelas consultas de pré-natal, quanto no parto e pós-parto.

Pesquisadores mostraram a importância da presença dos pais para o bem estar da criança e o envolvimento do parceiro como um suporte importante para a criança e sua companheira. O fato de o pai conviver com a mãe no mesmo ambiente familiar está associado e favorece o ganho de peso do bebê (CUNNINGHAM et al., 2010).

Uma revisão feita por um grupo de pesquisadores e pela Cochrane mostra que a presença do companheiro e seu suporte contínuo durante o trabalho de parto reduz o uso de analgesia durante o parto, melhora os resultados para o índice de

Apgar do recém-nascido e reduz o número de partos normais instrumentais e as cesáreas (HODNET et al., 2011).

Na revisão proposta por Aguiar e Jennnings (2015) a intenção foi de avaliar o impacto e a influência do companheiro no pré-natal, no parto e no puerpério. Os autores mostraram que de maneira geral a presença do companheiro no pré-natal é uma importante estratégia e traz como consequências o aumento do conhecimento da mulher, aumenta a qualidade do atendimento e faz com que haja uma procura precoce pelos serviços de saúde para cuidado pós-natal.

Além disso, a presença do parceiro no parto está associada à redução do tempo do trabalho de parto. E as mulheres que contaram com apoio durante o parto por acompanhante escolhido(a) por elas, sentiram-se mais satisfeitas com o cuidado recebido durante o trabalho de parto, com a orientação médica e com a experiência vivida em geral (BRUGGEMANN et al., 2007; RATTNER, 2009; ROHDEN, 2004).

A participação do homem no contexto da saúde materna ainda é limitada e imprecisa e se apresenta de diversas formas nas diferentes culturas e países. Enquanto em alguns locais as mulheres acreditam que a participação do parceiro nada mais é do que o auxílio exclusivamente financeiro para que ela possa acompanhar o pré-natal em outros contextos culturais acredita-se que a participação do homem seja de uma maneira mais amigável, companheira e de suporte não só financeiro, mas social e emocional. No entanto, em grande parte dos contextos culturais ainda a responsabilidade do cuidado do filho é apenas das mulheres (NYONDO-MIPANDO et al., 2018).

E uma participação passiva dos homens quando estes não têm iniciativa de procurar e de se informar nos serviços, neste caso a própria estrutura e conjuntura dos espaços de saúde acabam por contribuir para esta participação passiva dos homens.

Outro papel atribuído a eles são de meros expectadores e que ajudam a apenas a lembrar a sua companheira sobre as medicações, exames, consultas, como “reminders” (grifo próprio autor), ou o suporte financeiro, como já foi referido (NYONDO-MIPANDO et al., 2018).

O estudo de Nyondo-Mipando et al. (2018) mostra que profissionais de saúde, que são pessoas de referências para a população, também têm percepções e expectativas variadas em relação à participação do homem. Por um lado os profissionais esperam uma participação ativa dos homens em todas as etapas,

desde a concepção até depois do parto, já que uma mudança cultural está transcorrendo com os pais assumindo lugares que antes eram das mães das mulheres grávidas ou de uma mulher mais velha. Por outro lado, esperam uma participação passiva e silenciosa e que pode ser perpetuada por conta das questões culturais de cada local sob as normas sociais subliminares.

No contexto brasileiro, a PNAISH estabeleceu, além de princípios e diretrizes para adequar o cuidado em saúde do homem, importantes informações sobre planejamento familiar e o estímulo à paternidade mais ativa e presente. A política afirma que a representação da figura paterna não deve se restringir aos atributos legais, mas também deve ser ressaltado o direito do parceiro em participar e ser ativo em todo processo decisório de planejamento familiar, desde a escolha em ter um filho, até como e quando tê-lo, assim como o direito ao acompanhamento da sua companheira grávida em seu contexto de mudanças corporais e emocionais, no parto, pós-parto e contribuir na educação da criança (BRASIL, 2009).

O pré-natal do parceiro é uma iniciativa recente de aproximar os homens dos serviços de saúde através das consultas de pré-natal da sua companheira é também um importante momento de preparação e responsabilização do casal para a vinda de um bebê. A proposta do Ministério da Saúde para o pré-natal do parceiro pretende contar com a participação mais ampla dos futuros pais, incentivando os parceiros a realizarem exames para avaliar sua saúde aliado ao acompanhamento da gestação da parceira, isto é, motivar os futuros pais a cuidar de si para cuidar da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; PORTAL BRASIL, 2010).

O Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde é uma estratégia para destacar o papel fundamental do futuro pai no envolvimento no pré-natal, parto e pós-parto. Este guia pretende romper com as estratégias pautadas exclusivamente no binômio mãe-filho, estender o cuidado e incluir os futuros pais. Além disso, o guia estimula a paternidade consciente e como esta prática pode afetar positivamente contextos sociais e da saúde dos homens, das mulheres e dos filhos. Para isto, é preciso mudar paradigmas e introduzir novos modos de cuidado treinando e preparando profissionais, equipes e instituições de saúde em formas de enfrentar as barreiras e engajar toda população especialmente a masculina (BRASIL, 2016b).

A lei do acompanhante, LEI Nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, garante que toda parturiente tenha a presença de um acompanhante no trabalho de parto de sua escolha e o parceiro tem sido escolhido na maior parte dos casos (BRASIL, 2005;

DINIZ et al., 2014). E quando escolhido, é importante a presença de um pai preparado para o momento de parto, consciente e ativo como apoio para mulher e essa participação pode estimular no homem o sentimento de vínculo com sua família. No entanto, apesar dos dados mostrarem que a inclusão do parceiro neste contexto está associada a vários resultados positivos, as barreiras sociais e institucionais ainda existem e desestimulam a participação do homem nestes momentos (STEEN et al., 2012; GANLE, DERY, 2015).

Um estudo mostra que existe um forte desejo dos homens participarem do parto e dividirem esta experiência com suas companheiras, mas eles se sentem despreparados para auxiliar, pois não têm conhecimento ou informação (HILDINGSSON et al., 2011). Para tanto é necessário entender as expectativas dos homens em relação ao parto e proporcionar uma orientação direcionada aos pais nas consultas (LAVENDER, 1997).

Um estudo qualitativo sobre os relatos dos pais sobre o envolvimento deles com a gestação, parto e pós-parto mostrou que muitos apresentam sentimentos de incerteza, medos e frustrações, o choque entre o idealizado e o real e a sua exclusão nestes momentos. Então, os pais passam a serem meros expectadores de um dos eventos mais importantes de suas vidas. Outros pontos destacados no estudo foram os problemas no suporte, falta de carisma e empatia dos profissionais de saúde. Neste último caso, os profissionais de saúde podem auxiliar os futuros pais e mães ao ensinar o companheiro a ajudar sua parceira nos momentos mais delicados e a entender o processo do parto e assim evitar o choque (NCT, 2009; STEEN et. al., 2012).

Entretanto, os profissionais e as instituições de saúde ainda não investem na participação do companheiro e desconhecem os resultados positivos deste envolvimento introduzindo barreiras para a aproximação do parceiro (NCT, 2009).

O incentivo advindo do guia para os profissionais de saúde sobre o pré-natal do parceiro é uma forma de fornecer instrumentos e conscientizar os profissionais de saúde sobre o importante papel que o homem tem no cuidado de sua família. Motiva os profissionais a entenderem e a sensibilizarem os parceiros no envolvimento no cuidado pré-natal. E assim, colaborar na ampliação e melhoria do acesso e acolhimento da população masculina nos serviços de saúde especialmente neste momento único, delicado e importante de preparo para o recebimento de mais um

membro na família, além de estimular a ideia de que gravidez também é assunto de homem (BRASIL, 2016b).

No município de Ribeirão Preto – SP o processo de implantação do pré-natal do parceiro foi iniciado em 2011 e finalizado em 2013. Segundo levantamento de Suzi Volpato Fabio (2016) da Secretaria Municipal de Saúde a adesão ao pré-natal do parceiro foi de 37% no ano 2014.

Embora seja uma recomendação do Ministério de Saúde como parte importante no estímulo ao cuidado integral em relação à saúde do homem ainda não são todos os municípios e estados no Brasil que aderiram à iniciativa do pré-natal do parceiro (BRANCO et al., 2009). Por isso, os resultados advindos dessa iniciativa precisam ser divulgados para que esta estratégia seja presente nos serviços de saúde, conhecida pela população e, principalmente, que a assistência qualificada seja demandada pelos parceiros.

Reforçando o contexto de educação em saúde, casais melhor informados estão mais predispostos a ter comportamentos mais saudáveis em saúde, pois homens melhor informados são mais propensos a participar mais das decisões do casal de ter filhos e quando tê-los e se envolverem mais nas questões familiares e de cuidado (FARQUHAR et al. 2004 ; JEFFERYS et al., 2015; GILL et al., 2017).

2.4 Tecnologia de comunicação e informação

O uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) é uma forma de utilizar as tecnologias disponíveis para aprimorar o atendimento, por exemplo, na área da saúde, auxiliar na capacitação da equipe de saúde e oferecer maior conhecimento dos usuários.

As TICs utilizam ferramentas como computadores, softwares, celulares, aplicativos e outros dispositivos para facilitar a propagação de informações em diversas temáticas e agilizar a comunicação de seus usuários (SANTOS et al., 2017).

É um campo em rápida expansão, pois existe uma infinidade de potenciais aplicações e que utilizam todo tipo de instrumento digital, como computador e dispositivos móveis. Por conta disto, o surgimento destes sistemas móveis teve uma

adesão generalizada. Estas novas ações atribuídas aos serviços de tecnologia móvel têm repercutido de maneira otimista na saúde (KATZ et al., 2005).

Agregar os serviços de saúde e os usuários de forma cada vez mais ampla e intensa com o emprego dos serviços de telefonia móvel com a finalidade de ajudar na saúde das pessoas parece ser uma proposta promissora. No Brasil, e em praticamente todos os países do mundo, o uso da telefonia móvel como os aparelhos de celular, smartphones, foi a configuração tecnológica que se propagou mais rapidamente. Hoje ela é usada por mais de 60% dos brasileiros, percentual este que é bem superior ao uso da Internet no país (CGIBR, 2006).

A OMS define a *eHealth* como o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a saúde e é também referida na literatura como telemedicina, SMS e *mHealth* (WHO, 2005). A estratégia da *mHealth* é um campo inovador e promissor em amplo estudo e que desperta curiosidade e além de pode gerar maior adesão dos usuários às informações fornecidas (VITAL WAVE CONSULTING, 2009; MACKERT et al., 2015).

No entanto, revisões de estudos que utilizaram a tecnologia do *mHealth* na área de saúde materna e neonatal mostraram a qualificação dos serviços em saúde em níveis ainda pouco significativos. Mesmo com esses resultados, que se devem mais à metodologia empregada que trouxe implicações na qualidade e robustez dos achados, os trabalhos mostram indicativos positivos na melhoria da qualidade do cuidado com a utilização do *mHealth* (WATTERSON et al., 2015; LEE et al., 2016; SONDAAL et al., 2016).

Entretanto, o uso das SMS (*short message service*) para estabelecer um canal de comunicação com envio de informações para as gestantes apresentou resultados mais promissores. Alguns ensaios randomizados apresentaram desfechos favoráveis ao uso dessa ferramenta com as gestantes, como a confiança e satisfação crescente das mulheres em relação ao parto, diminuição da ansiedade e o aumento do número de mulheres que realizaram quatro consultas (CHENG et al., 2008; JAREETHUM et al., 2008; LUND et al., 2014).

Baseado nas considerações apresentadas sobre os resultados positivos da participação do parceiro no pré-natal, parto e pós-parto e na utilização das tecnologias de comunicação em saúde (*mHealth* e SMS) como um recurso para oferecer maior conhecimento relacionados à saúde e uma alternativa com uma adesão crescente, desenvolvemos uma proposta baseada na propagação de

conhecimento por meio de mensagens (SMS) em relação ao cuidado e motivação do homem para participar ativamente do pré-natal de sua companheira. Este poderá ser um bom recurso em saúde, pois é simples, relativamente barato e pode resultar numa maior adesão dos homens ao pré-natal, parto e pós-parto, assim como desfechos positivos para as mulheres como o aumento da presença do companheiro como acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

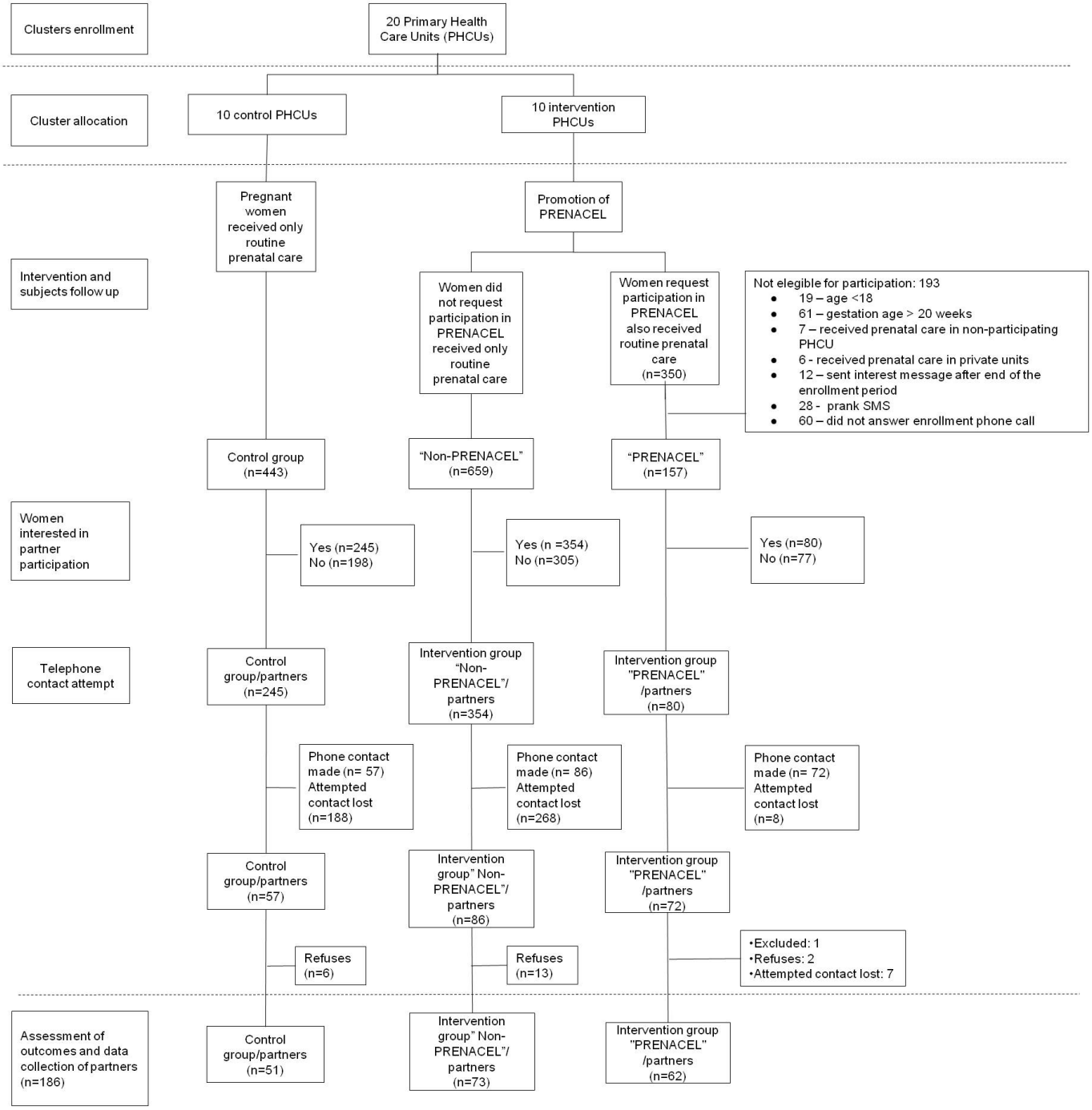
O PRENACEL (Pré-natal no celular) é uma estratégia de comunicação por meio do envio de mensagens curtas de texto no celular (SMS), com conteúdo voltado à realidade brasileira para gestantes e parceiros acompanhados pelo (SUS) em Ribeirão Preto - SP. O programa provê informações, recebe queixas e reclamações, esclarece dúvidas com objetivo de estimular o engajamento e demanda por intervenções efetivas durante o pré-natal, parto e puerpério. O PRENACEL do parceiro é uma linha dessa estratégia focada nos parceiros das gestantes (OLIVEIRA-CIABATI et al., 2017).

Para o estudo da aplicação do programa PRENACEL, estabelecemos um ensaio aleatorizado controlado por conglomerados. Estes conglomerados foram formados pelas 20 unidades de saúde que apresentaram os maiores números de gestantes em 2013, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. As unidades de saúde foram selecionadas em 2 (dois) grupos: controle e intervenção.

Nas unidades de saúde selecionadas como controle, o pré-natal seguiu a rotina padrão do SUS no município. Já nas unidades selecionadas como intervenção, a equipe de saúde recebeu orientações sobre o programa e estímulo à propagação da intervenção, assim como material de divulgação para os pacientes. Ao nível individual a intervenção do PRENACEL parceiro consistiu no envio de mensagens com o objetivo de encorajar os parceiros em relação aos cuidados com a gravidez da sua companheira, na orientação para a tomada de decisões saudáveis e no incentivo para que o parceiro fosse uma pessoa de suporte e ativa durante a gestação, parto e pós-parto de sua companheira.

Tendo em vista a relevância e originalidade do tema, o presente projeto tem a finalidade de avaliar se a implantação do programa PRENACEL (Pré-natal no celular) do parceiro foi uma estratégia adequada para melhorar a adesão e o envolvimento dos parceiros no pré-natal e parto.

Figura 1. Fluxograma do estudo


Clusters enrollment
20 Primary Health Care Units (PHCUs)
Cluster allocation
10 control PHCUs
10 intervention PHCUs
Intervention and subjects follow up
Pregnant women received only routine prenatal care
Promotion of PRENACEL
Women did not request participation in PRENACEL received only routine prenatal care
Women request participation in PRENACEL also received routine prenatal care (n=350)
Not elegible for participation: 193
19 – age <18
61 – gestation age > 20 weeks
7 – received prenatal care in non-participating PHCU
6 - received prenatal care in private units
12 – sent interest message after end of the enrollment period
28 - prank SMS
60 – did not answer enrollment phone call
Control group (n=443)
"Non-PRENACEL" (n=659)
"PRENACEL" (n=157)
Women interested in partner participation
Yes (n=245) No (n=198)
Yes (n =354) No (n=305)
Yes (n=80) No (n=77)
Telephone contact attempt
Control group/partners (n=245)
Intervention group "Non-PRENACEL"/ partners (n=354)
Intervention group "PRENACEL" /partners (n=80)
Phone contact made (n= 57) Attempted contact lost (n=188)
Phone contact made (n= 86) Attempted contact lost (n=268)
Phone contact made (n= 72) Attempted contact lost (n=8)
Control group/partners (n=57)
Intervention group" Non-PRENACEL"/ partners (n=86)
Intervention group "PRENACEL" /partners (n=72)
Refuses (n=6)
Refuses (n=13)
•Excluded: 1
•Refuses: 2
•Attempted contact lost: 7
Assessment of outcomes and data collection of partners (n=186)
Control group/partners (n=51)
Intervention group" Non-PRENACEL"/ partners (n=73)
Intervention group "PRENACEL" /partners (n=62)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar se a implementação do PRENACEL do parceiro como programa de educação em saúde adaptado a realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro e às especificidades da plataforma de telefonia celular (PRENACEL – Pré-Natal no Celular) é um suplemento útil ao acompanhamento pré-natal padrão.

3.2 Objetivos específicos

- Preparar e organizar o conteúdo a ser propagado nas mensagens do PRENACEL para os parceiros.
- Avaliar a adesão dos participantes ao programa PRENACEL.
- Avaliar a participação do parceiro no pré-natal e desfechos relacionados ao pré-natal.
- Avaliar a participação do parceiro no parto e os desfechos do parto.

4. ARTIGOS CIENTÍFICOS

A presente sessão de publicações corresponde aos resultados da pesquisa desenvolvida durante o doutorado.

O artigo 1 (um) intitulado “Adaptação de mensagens educativas para parceiros de gestantes para uso em tecnologias móveis em saúde (mHealth)” foi submetido à Revista Interface e está em processo de avaliação. Este estudo mostra como o material utilizado como fonte de informação no PRENACEL por meio das mensagens (SMS) foi preparado. É um artigo advindo de uma pesquisa qualitativa que apresenta os passos e o uso dos métodos participativos para organização e preparo do conteúdo a ser enviado.

O artigo 2 (dois) intitulado “PRENACEL – Uso de Mensagens de Texto para encorajar o envolvimento masculino no pré-natal: um estudo aleatorizado por conglomerado” (PRENACEL - Use of Short Message Service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized Trial) foi submetido à Revista Reproductive Health, foi avaliado e as sugestões de revisão foram enviadas e encontram-se em análise e correção pelos autores. Neste artigo foram apresentados os principais resultados dos desfechos relacionados ao uso do programa PRENACEL: a adesão do programa e seu impacto na participação dos parceiros no pré-natal e no parto.

4.1 Artigo 1

Adaptação de mensagens educativas para parceiros de gestantes para uso em tecnologias móveis em saúde (mHealth)

Adaptación de mensajes educativos para compañeros de gestantes para uso en tecnologías móviles en salud (mHealth)

Adapting educational messages to partners of pregnant women for use in mobile health technologies (mHealth)

4.1.1 Resumo:

Neste artigo, apresentamos e discutimos os aspectos relacionados ao desenvolvimento e à avaliação de um serviço de SMS (*Short Message Service*) – PRENACEL (Pré-natal no Celular) voltados para parceiros de gestantes. Trata-se de um estudo qualitativo com métodos participativos desenvolvido em três etapas. Primeiro, foram traduzidas e adaptadas as mensagens do programa global MAMA (*Mobile Alliance for Maternal Action*). Em seguida, um painel de especialistas avaliou aquelas mensagens, dando notas e sugerindo alterações ou exclusões de algumas. As mensagens consolidadas na etapa anterior foram submetidas a um grupo focal, formado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do sexo masculino, que analisou a linguagem e o entendimento das mensagens e, quando necessário, sugeriram modificações. Com a inclusão dos métodos participativos de avaliação foi possível estabelecer mensagens viáveis e acessíveis ao público-alvo.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa. Mensagem de texto. Paternidade.

Resumen:

En este artículo, presentamos y discutimos los aspectos relacionados al desarrollo y la evaluación de un servicio de SMS (*Short Message Service*) - PRENACEL (Pre-natal en el Celular) dirigidos a compañeros de gestantes. Se trata de un estudio cualitativo con métodos participativos desarrollado en tres etapas. Primer, se han traducido y adaptado los mensajes del programa global MAMA (*Mobile Alliance for Maternal Action*) para el portugués. A continuación, un panel de expertos evaluó aquellos mensajes, dando notas y sugiriendo cambios o exclusiones. Los mensajes consolidados fueron sometidos a un grupo focal, formado por Agentes Comunitarios

de Salud (ACS) del sexo masculino, que analizó el lenguaje y el entendimiento de los mensajes y, cuando necesario, sugirieron modificaciones. Con la inclusión de métodos participativos de evaluación fue posible establecer mensajes viables y accesibles al público objetivo.

Palabras clave: Pesquisa cualitativa. Mensajes de texto. Paternidad.

Abstract:
In this paper, we present and discuss aspects related to development and evaluation of a Short Message Service (SMS) – PRENACEL (Prenatal in the Mobile) aimed at partners of pregnant women. This is a qualitative study with participatory methods developed in three stages. First, the messages of MAMA (Mobile Alliance for Maternal Action) global program were translated and adapted to Portuguese. Then a group of experts evaluated those messages, giving notes and suggesting changes or exclusions of some. The consolidated messages in the previous stage were submitted to a focus group, formed by male Community Health Agents (ACS), who analyzed the language and the understanding of theirs and when necessary suggested modifications. With the inclusion of participatory methods of evaluation it was possible to establish viable and accessible messages to the target public.

Keywords. Qualitative research. Text messaging. Fathering.

4.1.2 Introdução

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) utilizam ferramentas como computadores, softwares, celulares, aplicativos e outros dispositivos para facilitar a propagação de informações em diversas temáticas e agilizar a comunicação de seus usuários (SANTOS, et al.,2017).

A OMS define a *eHealth* como o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a saúde e é também referida na literatura como telemedicina, SMS e *mHealth* (WHO, 2005; 2012). A estratégia da *mHealth* é um campo inovador e promissor em amplo estudo que desperta curiosidade e pode gerar maior adesão dos usuários às informações fornecidas (VITAL WAVE CONSULTING, 2009; MACKERT et al. 2015).

De acordo com dados do *Pew Center Research*, Centro de Pesquisa Americano, 91% dos americanos adultos e 97% dos jovens (18-29 anos) tem o seu próprio celular (ANDERSON et al., 2012). No Brasil, assim como em praticamente todos os países do mundo, o uso da telefonia móvel como os aparelhos de celular, smartphones, é a configuração tecnológica que se propagou mais rapidamente. Segundo dados da Anatel o mês de junho de 2017 encerrou com 242,1 milhões de linhas móveis em operação. O país apresenta uma alta densidade no número de celulares de 117,47 por 100 habitantes (AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES – ANATEL, 2017). Aproximar os serviços de saúde dos usuários com o emprego dos serviços de telefonia móvel parece ser uma proposta promissora no intuito de ajudar na saúde das pessoas.

A inclusão das TICs tem se propagado no país, mas ainda é incipiente e está presente em uma parcela muito pequena das equipes de atenção básica. Mas as orientações e cuidados descentralizados e interativos parecem alcançar um desempenho cada vez mais relevante em relação à saúde dos seus usuários e é possível observar avanços importantes no que se refere à utilização de informação (KATZ et al., 2005; SANTOS et al., 2017).

A educação em saúde é uma prática pautada nas relações sociais entre profissionais de saúde e usuários e é uma atividade fundamental no que se refere à promoção, prevenção e recuperação da saúde (L´ABATTE, 1994; MACHADO et al., 2007). Aliar o uso das tecnologias para propagar a educação em saúde é uma forma mais interativa para atrair uma população que historicamente está afastada dos serviços de saúde que é a população de homens, especialmente os adultos jovens (COURTENAY, 2000).

Esta tecnologia pode ser utilizada em vários programas de saúde, em especial aqueles que possam atrair os “novos usuários” (grifo próprio). É o caso do pré-natal do parceiro, programa lançado recentemente pelo Ministério da Saúde (MS) que pretende contar com a participação mais ampla dos futuros pais e estimular também para que se realizem exames para avaliar a sua saúde aliado ao acompanhamento da gestação da parceira. Além de incentivar a participação dos parceiros nas consultas pré-natais há o intuito de fortalecer nos futuros pais o pensamento de cuidar de si para cuidar da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2016).

O uso desta estratégia pode motivar e impactar positivamente em relação à inclusão dos parceiros de gestantes com o propósito de engajar os homens no contexto de saúde materna para aproximá-los dos serviços de saúde durante as consultas de pré-natal da sua companheira, um importante momento de preparação e responsabilização do casal pela vinda de um bebê (DUARTE, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A gestante é vulnerável e necessita de apoio e um ambiente familiar favorável durante a gestação, o que também ajuda no desenvolvimento saudável da criança. Cunningham et al. (2010) sugerem que as mães são beneficiadas ao ter um parceiro como uma pessoa de suporte neste período.

Os recursos de TIC têm sido recomendados como forma de melhorar o acesso dos usuários às informações em saúde. É uma estratégia com boa relação custo-benefício e que consegue atingir maior número de pessoas, inclusive é uma forma de responder as metas da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030, como a saúde materna (MERRELL, DOARN, 2016). Mas para que o recurso seja bem aproveitado estudos com desenho metodológico adequado devem ser realizados com o rigor necessário para que a finalidade da intervenção seja alcançada.

Nosso estudo tem como objetivo discutir o processo de desenvolvimento e avaliação das mensagens (SMS) veiculadas para os parceiros de gestantes para produzir maior engajamento dos parceiros no período gravídico-puerperal e incentivar a aceitabilidade desse conteúdo. Essas mensagens foram elaboradas no contexto do PRENACEL (Pré-natal no celular) que desenvolveu um canal de comunicação bidirecional por meio do envio de mensagens curtas de texto no celular (SMS) voltadas à realidade brasileira para gestantes e parceiros acompanhados pelo Sistema Único de Saúde SUS num município do estado de São Paulo, provendo informações, recebendo queixas e reclamações, esclarecendo dúvidas e estimulando o engajamento e demanda por intervenções efetivas durante o pré-natal, parto e puerpério (OLIVEIRA-CIABATI et al., 2017).

4.1.3 Material e Método

O presente estudo descreve as três etapas do processo de desenvolvimento do conteúdo de mensagens via SMS para os pais.

Etapa 1

As mensagens elencadas como material educativo para os parceiros das gestantes foram selecionadas do programa global MAMA (*Mobile Alliance for Maternal Action*). Um programa organizado pelo Escritório da Casa Branca para Políticas de Ciência e Tecnologia e o Departamento de Estado dos Estados Unidos da América (EUA), em parceria com a Agência para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development* - USAID), e desenvolvida pela *mHealth Alliance* (MAMA, s/d). Essas mensagens são baseadas em diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e servem como apoio estratégico para as organizações ao redor do mundo que usam a tecnologia móvel para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil desde a quinta semana de gestação até o terceiro ano de vida da criança (MAMA, s/d).

Existe um conteúdo inserido no programa MAMA voltado para os parceiros das gestantes com o objetivo de engajá-los no contexto gravídico puerperal e melhorar alguns aspectos da saúde materna, assim como o cuidado com a saúde do futuro pai.

A adaptação das mensagens realizou-se de acordo com as recomendações do próprio grupo de desenvolvimento do conteúdo do MAMA para que o programa seja facilmente difundido em outros países e em diferentes línguas.

A adaptação transcultural foi utilizada como base para o desenvolvimento desta primeira etapa. Este método tem como finalidade manter a equivalência em relação ao conceito e semântica do material a ser avaliado levando em conta as singularidades do contexto cultural no qual será inserido (GUILLEMIN et al., 1993; HERDMAN et al., 1998; PACAGNELLA et al., 2008).

Para adaptar as mensagens do programa MAMA considerou-se as especificidades do SUS. Estas foram fundamentadas em documentos relacionados aos critérios do SUS local, com destaque para o protocolo municipal para assistência ao pré-natal, o Caderno de Atenção Básica, n° 32 - Atenção ao pré-natal de baixo risco (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2012) e a Caderneta de pré-natal do Movimento BH pelo Parto Normal (BELO HORIZONTE, s/d).

No processo de elaboração das mensagens primeiramente foi realizada uma leitura exaustiva do conjunto de mensagens para selecionar os temas e conteúdos

que poderiam ser traduzidos, adaptados ou excluídos da proposta estipulada para a realidade local.

A tradução foi realizada por um pesquisador fluente na língua inglesa e especialista em saúde materna.

Etapa 2

Após a tradução e adaptação do conteúdo as mensagens foram avaliadas, criticadas e discutidas com especialistas na área de saúde materna e da saúde do homem formando um painel de especialistas. Para tanto, um formulário estruturado com as mensagens foi preparado e enviado via e-mail.

Neste painel os especialistas atribuíram notas entre um, dois e três para cada mensagem e cada nota representava uma avaliação. Nota um representava 'conteúdo irrelevante e inadequado. Recomenda-se exclusão'. A nota dois representava 'conteúdo relevante, mas pouco adequado. Recomenda-se revisão parcial'. E a nota três como 'conteúdo muito relevante e/ou muito adequado. Não há sugestões'. As mensagens estavam dispostas no formulário enviado aos especialistas e na frente de cada uma delas havia quatro colunas, três com as respectivas notas e uma coluna para comentários adicionais. Além disso, no final do painel os especialistas deveriam apresentar o tempo gasto para avaliar as mensagens e sugestões adicionais ao conteúdo.

Etapa 3

Para garantir que as mensagens tivessem uma linguagem apropriada ao público alvo e para sua maior aceitabilidade foi realizado um grupo focal com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) do sexo masculino que trabalhavam em seis unidades de saúde da família. Por seu vínculo e conhecimento da comunidade esses profissionais são pessoas chave para avaliar a linguagem e o conteúdo das mensagens e para oferecerem subsídios na readequação das mensagens veiculadas no PRENACEL do parceiro.

O grupo focal é um procedimento único dentro do contexto da pesquisa qualitativa e muito frequente em pesquisas de mercado. Acolhe e estuda a interação entre os membros do grupo com intuito de buscar, discutir e incitar um entendimento e as considerações expostas entre os participantes. Este método permite o

planejamento e desenvolvimento de programas agregando significado e avaliando a estratégia a ser utilizada (KRUEGER, 1994; 2000).

O grupo focal

O grupo focal foi organizado após o entendimento e concordância das gerências de seis unidades de saúde da família do município e vinculadas a uma universidade local. O grupo foi formado por oito ACSs do sexo masculino, além da presença de uma coordenadora e uma observadora do grupo. Todos os ACSs assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) relacionado à sua participação no grupo. O objetivo principal era discutir o conteúdo, segundo o entendimento, a linguagem e o vocabulário de cada mensagem focando no usuário do SUS.

Para coletar as informações obtidas no grupo contamos com dois gravadores de áudio cujo uso foi consentido pelo grupo. A coordenadora forneceu informações sobre o projeto e sobre os objetivos do grupo, usando as perguntas disparadoras da discussão, apresentação das mensagens e sumarização da avaliação feita pelos ACSs em relação às mensagens e finalização do grupo. A outra responsável pelo grupo ficou encarregada de observar os participantes e suas reações, a avaliação das mensagens e registrou as discussões.

No processo de avaliação a coordenadora apresentava a mensagem com a utilização de recurso visual composto de *notebook* e *data show*. Cada mensagem foi lida pela coordenadora com acompanhamento dos participantes. Cada uma delas foi avaliada de acordo com sua a importância, bem como pela forma da escrita e linguagem utilizada, por meio de uma discussão feita pelos participantes e as várias sugestões foram elencadas. Ao final, a coordenadora resumia a avaliação dos participantes, as sugestões fornecidas e se houvesse consenso era atribuída um nota, igual à utilizada no painel de especialistas.

4.1.4 Resultados

Resultados - Etapa 1

Tradução para português e adaptação das mensagens do MAMA

O programa MAMA contava com um total de 38 mensagens dirigidas aos parceiros. Dessas, 23 mensagens foram traduzidas e o conteúdo original foi

mantido. Quatro mensagens foram alteradas do original e embora o conteúdo fosse o mesmo, as alterações foram feitas para adaptá-las à realidade dos serviços de saúde locais.

Onze mensagens foram excluídas, pois o original tratava de questões relacionadas a contextos culturais específicos com temas que envolviam a malária, tuberculose, a vacina de tétano e preparo para o nascimento em casa, o que não condiz com o contexto municipal local, ou porque o conteúdo já havia sido contemplado.

Além disso, 36 mensagens foram incluídas baseadas nos referidos documentos para contemplar temas importantes no contexto de saúde materna, especialmente com informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, o incentivo ao parto normal e à participação do acompanhante.

Após a tradução, o conteúdo das mensagens na língua portuguesa foi revisado pela equipe da pesquisa. No total obtivemos 63 mensagens voltadas aos futuros pais.

Resultados - Etapa 2

Avaliação Painel de especialistas

De forma colaborativa e voluntária os três profissionais de saúde que participaram do painel de especialistas analisaram individualmente as mensagens segundo a qualidade e importância do conteúdo para o público-alvo, frequência e a sequência estipulada inicialmente. Para isto, responderam ao formulário para obtenção da avaliação sobre a relevância e adequação de cada uma das mensagens propostas.

Os três especialistas levaram, em média, 66 minutos para avaliar as mensagens. Dois especialistas da área de saúde materna responderam o formulário estruturado atribuindo as notas e fazendo sugestões ao conteúdo. Em relação às 63 mensagens os resultados da avaliação estão descritos na Tabela 1. Segundo os dois primeiros especialistas a maioria das mensagens foi considerada com conteúdo relevante e poderiam ser utilizadas na intervenção educativa para os parceiros. O terceiro especialista em saúde do homem e masculinidades fez sua contribuição ao final do formulário com comentários em relação às mensagens de maneira geral. Colocou seu ponto de vista sobre a importância e a pertinência do conteúdo abordado ressaltando que o uso da SMS é válido e as mensagens são adequadas,

apenas apontou que algumas delas estavam repetitivas e isto poderia ser um empecilho à aceitabilidade do parceiro (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação dos especialistas em relação às 63 mensagens PRENACEL parceiro

Painel de especialistas	Notas				
Avaliadores	1	2	3	Total de mensagens	Comentários
Especialista 1	10(15%)	12(19%)	41(65%)	63(100%)	Excluir mensagens repetidas. Introduzir o lembrete sobre pré-natal do parceiro do município. E dúvida de como será medida a efetividade da intervenção.
Especialista 2	1 (1,5%)	16(25%)	46(73%)	63(100%)	Não conseguiu excluir mensagens, pois todas são muito interessantes. Observou algumas repetições.
Especialista 3	-	-	-	63(100%)	Mensagens bastante pertinentes e importantes. Cuidado com o excesso de mensagens e a repetição destas para não pressionar e desmotivar o parceiro

As respostas advindas do painel de especialistas com comentários e sugestões passaram por uma nova avaliação dos pesquisadores responsáveis pelo projeto PRENACEL que após discussão e consenso editaram uma nova versão do pacote de mensagens. Nenhuma mensagem foi excluída, mas foram feitas mudanças em 28 mensagens de acordo com as sugestões dos especialistas, especialmente em relação às mensagens repetidas e respeitando o limite de 160 caracteres previstos para cada mensagem.

Resultados - Etapa 3

Grupo focal dos ACS

O grupo focal com os ACSs teve duração de 1 hora e 30 minutos. Os termos de caráter técnico foram identificados e revistos para que não dificultasse a compreensão dos parceiros em relação ao significado das mensagens. Dentre as 63 mensagens, os ACSs atribuíram nota um apenas para uma mensagem (1,5%), nota dois para 25 mensagens (39,6%) e nota três para 37 mensagens (58,7%).

A mensagem que os ACSs sugeriram excluir (nota um) apontava a importância do pré-natal, mas estava programada para o envio na 32ª semana de gestação, ou seja, próxima ao final da gravidez. Foi argumentado que ela seria desnecessária, já que o tema havia sido abordado anteriormente.

Entre as mensagens avaliadas com nota dois, para revisão parcial, os ACSs sugeriram mudanças em seis mensagens apenas na troca da ordem da frase ou pela substituição de alguma palavra. E entre as 19 mensagens restantes os critérios a serem revisados foram categorizados em: ênfase na linguagem, cuidado com alguns aspectos socioeconômicos do público alvo, melhora do sentido da frase para evitar confusão no entendimento, diminuição do tamanho da mensagem, revisão de conteúdo repetitivo e incentivo à participação do companheiro no período gestacional.

Assim como a avaliação do conteúdo das mensagens os ACSs também revisaram a sequência estipulada para o envio.

Como comentários adicionais dos ACSs podemos destacar a dificuldade no entendimento na utilização de termo técnico em uma das mensagens (episiotomia) e falta de esclarecimento sobre as possibilidades das gestantes de beber água, comer e escolher a posição mais confortável durante o trabalho de parto. Houve sugestão do grupo para incluir mais mensagens sobre risco do uso e abuso de bebidas

alcoólicas e cigarro e de retirar o excesso de mensagens com conteúdo relacionado às massagens na hora do parto. Além disso, os ACSs pediram para que este material fosse disponibilizado e utilizado como apoio para as suas atividades profissionais.

Finalização

Ao final de cada etapa as mensagens passaram pela verificação e avaliação dos responsáveis pelo projeto para garantir que o material enviado fosse relevante, de qualidade, respeitando as recomendações do SUS, as sugestões dos especialistas e do grupo focal, sem perder o foco do objetivo principal do engajamento do parceiro.

A sequência das mensagens foi revisada pelos responsáveis e 48 mensagens foram realocadas segundo a sequência para se adequarem às etapas da gestação. E uma mensagem avaliada com nota um pelo grupo focal foi excluída.

Ao final do processo o programa PRENACEL do parceiro contou com 62 mensagens de texto. Estipulou-se o envio de uma a duas mensagens por semana, durante o período de 5 a 42 semanas de gravidez e pós-parto. O conteúdo das mensagens acompanhou a idade gestacional da companheira.

O conteúdo final das mensagens abordou temas diversos: incentivo ao parceiro para acompanhamento das consultas de pré-natal de sua companheira, realização dos exames necessários, informações sobre a sífilis, informação sobre a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico da mulher, estímulo ao parceiro para sensibilizar a gestante para não fumar ou ingerir bebida alcoólica, planejamento financeiro para a chegada do bebê, estímulo à alimentação saudável e hidratação da mulher, cuidado com a higiene, orientações sobre sinais comuns na gravidez como enjoo e possíveis maneiras de evitá-los, alertas sobre sinais de risco, preparação do casal para o parto, conhecer a maternidade que possivelmente iriam utilizar, incentivo ao parto normal, conhecimento da lei do acompanhante e incentivo a participação do parceiro no parto.

4.1.5 Discussão

A utilização dos métodos participativos para planejamento e avaliação de uma intervenção é importante para que esta atinja o público-alvo e culmine nos objetivos

desejados. Toda intervenção necessita de um planejamento cuidadoso, revisões sistemáticas e frequentes sobre o material a ser utilizado e deve ser um item principal do estudo (FLETCHER et al., 2016).

O nosso estudo contou com três etapas para elaboração e planejamento do material a ser propagado nas mensagens: tradução e adaptação transcultural do conteúdo das mensagens do MAMA, avaliação por um painel de especialistas e um grupo focal. Todos estes procedimentos foram fundamentais para que as mensagens atingissem o objetivo do estudo. Finalizamos a preparação do material da intervenção educativa com 62 mensagens importantes e viáveis para os pais. Estas etapas para preparação do material a ser desenvolvimento também estão presentes em outros estudos como discutido abaixo.

Pensando em técnicas de suporte para os pais Fletcher et al. (2016) planejaram e testaram a qualidade e aceitabilidade das SMS. Os autores utilizaram quatro fases para desenvolver as setenta mensagens que seriam distribuídas pelo celular para os pais, primeiro avaliação de um painel de especialistas, uma avaliação da amostra do público-alvo em relação às mensagens desenvolvidas, um teste piloto e uma entrevista final com os participantes do teste. O conteúdo final foi revisado pelos autores e distribuído para os pais e mães do estudo. Em relação aos pais os autores concluíram que as mensagens foram facilmente entendidas e para eles receber o conteúdo proposto foi importante para o exercício de uma paternidade ativa.

No estudo que discutiu o processo de desenvolvimento de um aplicativo para celular denominado *mDad* (*Mobile Advice Assisted Dad*) os autores realizaram etapas e uma sequência de avaliação diferentes. Primeiro levantaram possíveis barreiras no uso das tecnologias e recorreram a grupos focais com os pais. Depois foram feitas entrevistas semiestruturadas e entrevistas pelo telefone, assim como breves avaliações por pesquisa online com o público-alvo no intuito de avaliar usabilidade e aceitabilidade do material disposto (LEE, WALSH, 2015).

Laidlaw et al. (2017) utilizaram dois estágios de grupos focais para testar a potencialidade dos recursos tecnológicos para planejar uma intervenção mHealth com informações de saúde que seriam relevantes para os pais.

Recorremos às mensagens via SMS pensando em atingir um maior número de pessoas, já que praticamente todos os aparelhos celulares são capazes de receber o material o que difere dos aplicativos e outros recursos utilizados, como no

estudo do *mDad* para o qual é necessário que o celular tenha acesso à internet o que limita a propagação deste recursos para algumas pessoas (LAIDLAW et al., 2017).

Como limitações do estudo elencamos que o retorno do painel de especialistas não foi como esperado, já que o conteúdo poderia ter sido avaliado por um maior número de especialistas para fornecer novas e outras sugestões, mas a avaliação era voluntária e dependente da disponibilidade dos profissionais. Um teste piloto no envio das mensagens também poderia ter sido um recurso a ser utilizado na avaliação das mensagens como mostram outros estudos, mas devido ao curto prazo de tempo para iniciar a intervenção seria inviável introduzir o teste piloto e avaliar os resultados.

Mas o rigor metodológico que empenhamos em planejar cada uma das etapas já mencionadas e incluir os métodos participativos de avaliação do conteúdo da intervenção educativa trouxe resultados objetivos e aplicáveis. Conseguimos obter um retorno e orientação sobre o material em cada etapa do processo de desenvolvimento das mensagens o que possibilitou subsidiar nosso propósito. Este estudo ajuda a definir na prática como outros tipos de intervenção podem ser avaliados antes de serem propagados e para que atinjam os objetivos desejados.

4.1.6 Conclusões

Com a introdução dos referidos métodos participativos foi possível obter informações, fundamentação e orientações para o planejamento de TIC em saúde como ferramenta para oferecer acesso e subsídios para parceiros de gestantes. As etapas de tradução e adaptação transcultural, avaliação pelo painel de especialistas e pelo grupo focal auxiliou no processo de desenvolvimento de mensagens voltadas para os futuros pais.

Um pacote de 62 mensagens com conteúdo voltado aos aspectos da gestação, prevenção de DSTs, orientações sobre alimentação e cuidados em saúde para gestantes, sinais de risco da gravidez e aspectos relacionados ao maior engajamento dos parceiros neste contexto foram desenvolvidas, avaliadas e

estipuladas temporalmente para o envio com uma linguagem acessível para a população do estudo.

Estes recursos metodológicos possibilitaram que as SMS fossem desenvolvidas e organizadas para orientar nosso público-alvo e assim repercutir na maior participação dos parceiros no contexto gravídico-puerperal permitindo uma maternidade mais segura.

4.1.7 Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES (Brasil). Brasil encerra junho com 242,1 milhões de linhas móveis em operação. Disponível em: <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/283-movel-acessos-maio>. Acesso em: 16 mai. 2018.

ANDERSON, J.; RAINIE L. Millennials will benefit and suffer due to their hyperconnected lives. The Pew Research Center's Internet and American life project. 2016. Disponível em: <http://www.pewinternet.org/Reports/2012/_Hyperconnected-lives/Overview.aspx>. Acesso em: 16 mai. 2018.

BELO HORIZONTE (município). Secretaria de Municipal de Saúde. Caderneta de pré-natal do Movimento BH pelo Parto Normal. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/redes_apoio/index.html>. Acesso em: 17 mai. 2018.

COURTENAY W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine,** Oxford, Elmsford, N.Y.. v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

CUNNINGHAM S. A.; ELO I.T.; HERBST K.; HOSEGOOD V. Prenatal development in rural South Africa: relationship between birth weight and access to fathers and grandparents. **Population Studies**, New York, n. 64, v. 3, p. 229-246, 2010.

DUARTE G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 171-174, 2007. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000400001

FLETCHER R, et al. Development of a set of mobile phone text messages designed for new fathers. **Journal of Reproductive Infant Psychology**, England, v. 34, n. 5, p. 525-534, 2016. doi: 10.1186/s12889-017-4978-0

GUILLEMIN F.; BOMBARDIER C.; BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HERDMAN M.; FOX-RUSHBY J.; BADIA X.; A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

KATZ J. E.; RICE R. E.; ACORD S. Utilizações da internet e da tecnologia móvel nos sistemas de saúde: temas organizacionais e sócio-culturais num contexto comparativo. In CASTELLS M.; CARDOSO G. (Org.). **A Sociedade em rede**: do conhecimento à acção política. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda; 2005. p. 175-195.

KRUEGER R. A. **Focus group**: a practical guide for applied research. Thousand Oaks: Sage Publication; 1994.

KRUEGER R. A.; CASEY A. C. **Focus group**: a practical guide for applied research. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage Publication; 2000.

L'ABBATE S. Health education: a new approach. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. -481-490, 1994.

LAIDLAW R. et al. Using participatory methods to design an mHealth intervention for a low income country, a case study in Chikwawa, Malawi. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 17, n. 98, 2017. doi: 10.1186/s12911-017-0485-6.

LEE S. J.; WALSH T. B. Using technology in social work practice: the mDad (Mobile Device Assisted Dad) case study. **Advances in Social Work**, v. 16, n. 1, p. 107-124, 2015.

MACHADO M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACKERT M. et. al. Including men in prenatal health: the potential of e-health to improve birth outcomes. **Telemedicine and e-Health**, v. 21, n. 3, p. 207-212, 2015. doi:10.1089/tmj.2014.0048.

MAMA. MAMA: mobile alliance for maternal action. Disponível em: <http://www.mobilemamaalliance.org/>. Acesso em 17 mai. 2018.

MERRELL R. C.; DOARN C. R. Sustainable development goals and telemedicine. **Telemedicine e-Health**, v. 22, n. 10, p. 787-788, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Blog da Saúde. Pré-natal do parceiro incentiva homens a cuidarem da saúde. 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34746-pre-natal-do-parceiro-incentiva-homens-a-cuidarem-da-saude.html>. Acesso em: 17 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2018.

OLIVEIRA-CIABATI L. et al. PRENACEL: a mHealth messaging system to complement antenatal care: a cluster randomized trial. **Reproductive Health**, England, v. 14, n. 1, 146, 2017. doi: 10.1186/s12978-017-0407-1 15.

PACAGNELLA R. C. et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 416-426, 2008.

SANTOS A. F. et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00172815, 2017. doi: 10.1590/0102-311X00172815.

VITAL WAVE CONSULTING. **mHealth for Development**: the opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world. Washington, D.C., Berkshire, UK: UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership, 2009.

WHO. Health topic. Resolutions and decisions WHA58.28 eHealth. The Fifty-eighth World Health Assembly. 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/e/e_wha58.html>. Acesso em 16 mai. 2018.

WHO. National eHealth Strategy Toolkit. World Health Organization and International Telecommunication Union. 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75211>. Acesso em 16 mai. 2018.

4.2 Artigo 2

PRENACEL – Uso de Mensagens de Texto para encorajar o envolvimento masculino no pré-natal: um estudo aleatorizado por conglomerado

Lívia Pimenta Bonifácio[1], Ana Carolina Arruda Franzon[1]; Fernanda Bergamini Vicentine[1]; Jazmin Andrea Cifuentes Sanchez[2]; Lívia Oliveira-Ciabati[1]; Magna Santos Andrade[1]; Suzi Volpato Fabio[3]; Geraldo Duarte[2]; João Paulo Souza[1]; Elisabeth Meloni Vieira[1]

1 Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

2 Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

3 Programa de Saúde da Mulher, Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Detalhes autor correspondente

Lívia Pimenta Bonifácio é fisioterapeuta e estudante de doutorado de Saúde da Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo FMRP/USP. Professora substituta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais – UFU

PRENACEL – Uso de Mensagens de Texto para encorajar o envolvimento masculino no pré-natal: um estudo randomizado por conglomerado

4.2.1 Resumo

Introdução: O acompanhamento do parceiro no pré-natal, parto e pós-parto de sua companheira mostram resultados positivos em relação à saúde materna, infantil e também relacionados à saúde do homem. É uma importante estratégia de aproximar os futuros pais dos serviços de saúde e melhorar o vínculo destes com a paternidade. **Objetivo**: Avaliar se a implementação da tecnologia SMS através do programa PRENACEL para o parceiro como um programa de educação em saúde é um suplemento útil ao acompanhamento pré-natal padrão. **Método**: Ensaio clínico controlado e aleatorizado por conglomerados representados por unidades de saúde.

Selecionamos 20 unidades de saúde que foram aleatoriamente alocadas segundo critérios pré-estabelecidos, 10 receberam a intervenção e 10 foram controle. Os parceiros das gestantes que iniciaram o pré-natal antes da 20ª semana de gestação foram a população do estudo inscritos no PRENACEL e receberam periodicamente mensagens curtas de texto via celular com informações sobre gestação e parto. Nas unidades do grupo controle os parceiros receberam, junto com suas companheiras, o pré-natal padrão. **Resultados:** 186 parceiros foram entrevistados, 62 do grupo PRENACEL, 73 do grupo intervenção, mas que não optaram pelo PRENACEL e 51 do grupo controle. Encontramos um perfil com idade média de 30 anos e a maioria dos entrevistados (51%) se declarou como raça/cor parda. Grande parte dos entrevistados (39,7%) relatou ter em média de 9,3 anos de estudo. A maioria dos homens (57,5%) coabita com a companheira e foi classificada como classe C (63,7%). A adesão ao programa PRENACEL foi de 53,4%. Houve uma maior participação dos parceiros do grupo PRENACEL nas consultas de pré-natal, assim como foi observada uma maior presença destes no momento do parto como acompanhante quando comparado aos demais grupos. **Conclusão**: O estudo mostrou que uma estratégia de educação em saúde utilizando as tecnologias de comunicação parece ter boa aceitabilidade e um papel promissor no engajamento de homens aos cuidados pré-natal, parto e pós-parto de suas companheiras.

Palravas-chave: envolvimento paterno, pré-natal, *mHealth,* mensagens de texto, SMS, educação em saúde, pesquisa de implementação

Sumário Explicativo

Estudos mostram que existem resultados positivos relacionados ao envolvimento dos parceiros na saúde materna, que isso pode melhorar a qualidade do cuidado em saúde da gestante e ajudar a reduzir os índices de mortalidade materna, que é um importante desafio em alguns países como o Brasil. O uso das tecnologias de comunicação móveis chamadas *mHealth* é uma intervenção nova e atrativa que provê informações segura em saúde para seus usuários utilizando o telefone celular. Com o uso desta tecnologia poderíamos aumentar o envolvimento dos homens nos aspectos relacionados à saúde materna, portanto melhorar os desfechos maternos, fortalecer a responsabilidade do casal com o futuro filho e aproximar os homens da paternidade. Este estudo avaliou se a implementação de um programa chamado PRENACEL, que transmite informações usando mensagens

(*SMS*), seria um complemento útil para o pré-natal. Foram comparados três grupos, homens que receberam as mensagens de incentivo (grupo intervenção - PRENACEL), homens que eram das mesmas unidades de saúde, mas optaram por não participar do PRENACEL (grupo Não-PRENACEL) e grupo Controle composto por homens que não receberam as mensagens e eram das unidades de saúde definidas como controle. O estudo mostrou que os homens que receberam as mensagens participaram de um maior número de consultas de pré-natal com suas parceiras e os homens do grupo PRENACEL estavam mais presentes no parto em comparação com os outros dois grupos. A intervenção do programa PRENACEL pareceu ser uma boa estratégia para motivar os parceiros a participarem do contexto materno.

4.2.2 Introdução

As Nações Unidas e 191 países propuseram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2000 como forma de incentivar a luta global contra a pobreza extrema, a fome, as doenças, o analfabetismo, a degradação ambiental e a discriminação contra as mulheres. Estes Objetivos têm um papel motivacional para que os países signatários trabalhassem e atingissem seus objetivos até o ano de 2015 (WHO, 2010).

Entre esses objetivos estava a diminuição da mortalidade materna, que é um indicador de desenvolvimento social e da saúde. Como forma de melhorar a saúde materna global a meta era reduzir os índices de mortalidade materna em ¾ dos índices de 1990 (WHO, 2000). Entre 1990 e 2015, o índice de mortalidade materna global caiu de 385 mortes por 100 mil nascidos vivos para 216 mortes por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 44%. No Brasil, o índice de mortalidade materna foi reduzido de 104 mortes por 100 mil nascidos vivos para 44 mortes por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2013; WHO, 2015).

Em 2015, a comunidade internacional adotou uma nova lista de objetivos para continuar incentivando os governos e a sociedade para consolidar e expandir as recentes conquistas. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são uma nova proposta composta por uma nova lista de metas acordada por 193 países e que inclui o objetivo de reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 mortes

por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030. Como forma de alcançar o objetivo de reduzir a mortalidade materna global cada um dos países signatários precisam fazer sua parte e atingir uma meta nacional pré-especificada. A meta para o Brasil é reduzir para 20 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030 (UNITED NATIONS, 2015; SOUZA, 2015).

Atingir reduções substanciais e sustentáveis na mortalidade materna é um desafio complexo que requer várias abordagens complementares. Uma dessas abordagens é fortalecer o pré-natal (PN). Envolver o parceiro da mulher nas questões relacionadas com saúde sexual e reprodutiva, incluindo o PN é um possível fator que pode contribuir para a melhora do serviço e da saúde materna (MERRELL, DOARN, 2016; MULLANY et al., 2007; WHO, 2007; CARTER, 2002).

O envolvimento ativo do parceiro na gravidez evidencia a estabilidade do casal. E a estabilidade do casal é um importante componente no período gestacional e no pós-parto (COIMBRA et al., 2003; LEAL et al., 2004). A participação do parceiro no PN é uma forma de preparar o casal para o momento do parto e pós-parto, para fortalecer o vínculo e o compromisso entre eles, assim como seu vínculo com a equipe de saúde. Se isto se torna recíproco pode gerar um retorno positivo na melhora da assistência PN e na saúde da família (DUARTE, 2007; BRASIL, 2016a).

Vários autores têm estudado o papel e a presença do marido/parceiro nas consultas de PN, no parto e no pós-parto. Alguns pesquisadores observaram resultados positivos na assistência PN, na saúde materna e perinatal, assim como na saúde do parceiro. O que demonstra que trazer o parceiro mais próximo dos serviços de saúde favorece o autocuidado e a identificação e tratamento de doenças nessa população (BRASIL, 2016a; 2016b). A presença do parceiro também tem incentivado o aumento no conhecimento da mulher em relação aos cuidados neste período, na demanda por um atendimento qualificado e adequado durante o parto e na busca precoce do cuidado pós-natal, resultando em melhores condições do bebê com maior ganho de peso (MULLANY et al., 2007; WHO, 2007; CUNNINGHAM et al., 2010; HODNETT et al., 2011; AGUIAR, JENNINGS, 2015; DAVIS et al., 2016).

Mulheres que tem o apoio de alguém de sua escolha como acompanhante durante o parto se sentem mais satisfeitas com o cuidado que recebem durante o trabalho de parto, com as orientações médicas e com a experiência de maneira geral (BRUGGEMANN et al., 2013). O envolvimento e a presença do parceiro no PN

e especialmente no parto é um fator de proteção para a mulher e para o bebê (DUARTE, 2007; BRASIL, 2016a).

O estudo de Hildingsson et al. (2011) mostrou que muitos homens têm um forte desejo de participar do parto e dividir esta experiência com suas companheiras. Entretanto, muitos se sentem despreparados para assistir o parto, já que eles não têm conhecimento ou informação, como verificado no estudo de Lavender (1997). Além disse, existem barreiras institucionais que desencorajam a participação dos homens (LAVENDER, 1997; FIGUEIREDO, 2008; STEEN et al., 2012).

Uma maneira de estimular o envolvimento dos homens nos cuidados de saúde e abordar algumas dessas barreiras seria fornecer mais informações de forma acessível para que eles se sintam habilitados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *eHealth* como o uso de tecnologias de informação e comunicação para a saúde, também encontrada na literatura como telemedicina, *SMS* e *mHealth* (WHO, 2005). A utilização dos recursos tecnológicos de comunicação em saúde é um campo promissor, inovador e vem sendo amplamente estudado, por serem estratégias que despertam a curiosidade e geram maior adesão em homens (VITAL WAVE CONSULTING, 2009; MACKERT et al., 2015).

Em comparação com o uso de manuais e panfletos, as tecnologias de educação em saúde que utilizam telefones celulares têm sido eficazes em relação ao custo e energia gastos com esse tipo de abordagem (DERBYSHIRE, DANCEY, 2013). Estudos de revisão utilizando a tecnologia *mHealth* para a saúde materna e neonatal mostraram resultados positivos na melhoria da qualidade do atendimento com o aumento da demanda por serviços de saúde, o que significa mais consultas, melhores cuidados, trabalho adequado e cuidados com vacinas (WATTERSON et al., 2015; LEE et al., 2016; SONDAAL et al., 2016). No entanto, independentemente da tecnologia utilizada (web ou telefonia móvel), os cuidados de saúde descentralizados e interativos e as orientações parecem alcançar um desempenho cada vez mais relevante em relação à saúde dos usuários do serviço (KATZ et al., 2005).

Tendo em vista a relevância e originalidade do tema, este artigo tem como objetivo avaliar a implementação do programa PRENACEL para o parceiro como estratégia para melhorar a adesão e envolvimento dos homens na PN, bem como no parto.

4.2.3 Métodos

Desenho e cenário do estudo

Este estudo é um ensaio aleatorizado e controlado por conglomerados que compara a assistência PN de rotina com a rotina de PN complementada pelo programa PRENACEL. O PRENACEL é uma estratégia de comunicação do PN baseado na troca de mensagens curtas de texto (*SMS)*. Neste programa, a gestante e seus parceiros recebem mensagens educativas via SMS relacionadas à gravidez, parto e cuidados pré-natais e intraparto. Eles podem também enviar reclamações, críticas e esclarecer dúvidas. Nós desenvolvemos o estudo no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma cidade de médio porte no estado de São Paulo. Vinte unidades de atenção primária de saúde e quatro maternidades participaram deste estudo. Todas as unidades prestaram atendimento obstétrico de forma gratuita e faziam parte do SUS.

Este estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. E foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC, número de registro RBR-54zf73, disponível em http://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-54zf73/). O componente para mulheres grávidas foi publicado em 2017 (OLIVEIRA-CIABATI et al., 2017).

População do estudo

Critérios de elegibilidade dos Conglomerados:

Ao nível dos conglomerados, selecionamos as 20 unidades de saúde com o maior número de gestantes atendidas no ano de 2013 (um número entre 116 a 569 gestantes por ano, uma média de 205 gestantes por ano por unidade de saúde) segundo dados da Secretaria de Saúde local. Selecionamos todas as maternidades que prestaram atendimento obstétrico gratuitamente no SUS.

Ao nível individual dos parceiros, os critérios de inclusão eram:

- Ter 18 anos ou mais;
- A gestante parceira ter acompanhado o PN numa das 20 unidades de saúde selecionadas;
- A gestante parceira ter uma idade gestacional de até 20 semanas ou menos no momento do registro no programa PRENACEL;

- A gestante parceira concordar com a participação do parceiro no programa e informar seu contato telefônico.

Critérios de exclusão: o parceiro não ter acesso ao telefone celular.

Período do estudo

O estudo foi implementado de abril de 2015 a março de 2016. O recrutamento do parceiro ocorreu durante um período de três meses (Abril a Junho de 2015). Os participantes elegíveis foram recrutados nas unidades de saúde determinadas como intervenção. Durante este período, as gestantes e seus parceiros receberam o PN de rotina nas unidades de saúde intervenção e foram convidados a se registrarem no PRENACEL através de panfletos e pôsters. As gestantes que voluntariamente se registraram no PRENACEL foram convidadas a participarem do estudo e também foram questionadas se gostariam que o parceiro delas participasse. A figura 1 mostra a estratégia de recrutamento dos participantes (Fig. 1).

Intervenção

A intervenção foi realizada em dois níveis, nas unidades de saúde e no nível individual. No nível das unidades de saúde, a intervenção foi implementada nas unidades determinadas como intervenção (unidades intervenção): os profissionais de saúde participaram de um workshop sobre o PRENACEL; foram exibidos cartazes para convidar gestantes e parceiros a participar do PRENACEL e profissionais de saúde distribuíram panfletos para mulheres que frequentavam o PN. E ao nível individual, os parceiros de gestantes cadastradas no PRENACEL receberam um conjunto de mensagens (*SMS*) via celular e também puderam enviar comentários e dúvidas relacionadas ao PN via SMS para os profissionais de saúde da equipe de pesquisa.

Um total de 62 mensagens foi utilizado, com envio de uma a duas mensagens por semana durante o período de cinco a 42 semanas de gestação e pós-parto. O conteúdo das mensagens estava relacionado à idade gestacional e era específico para cada semana da gestação. Os principais objetivos das mensagens do parceiro PRENACEL eram incentivar os parceiros a se envolverem no cuidado da gravidez de sua parceira, fornecendo orientações sobre tomada de decisão saudável e

encorajamento para serem parceiros mais ativos e um apoio durante a gravidez, parto e pós-parto.

Estas mensagens foram baseadas no programa global MAMA (MAMA, s/d). As mensagens passaram por alguns procedimentos e etapas para estarem de acordo com SUS e as normativas vigentes e para estarem apropriadas para o público alvo. Primeiro, traduzimos as mensagens e adaptamos ao contexto brasileiro. Em segundo lugar, as mensagens traduzidas foram avaliadas por três especialistas em saúde, considerando os aspectos de saúde materna e masculinidade. Por fim, as mensagens foram discutidas por um grupo focal composto por agentes comunitários de saúde do sexo masculino (ACS) para adequar a linguagem do foco das mensagens à amostra.

Controle

Nas unidades de saúde determinadas como controle (unidades controle), as gestantes e seus parceiros receberam o PN de rotina. Os parceiros deste grupo só foram abordados para participar do estudo após o parto do bebê (Fig. 1).

Aleatorização

A aleatorização dos conglomerados formado pelas 20 unidades de saúde foi realizada em duas etapas.

Na primeira etapa, foram selecionados aleatoriamente dois grupos, que posteriormente foram balanceados considerando o tamanho da população adscrita e a situação de vulnerabilidade (avaliada pelo número de beneficiários do programa “bolsa família” do governo federal) de cada unidade de saúde, com a diferença entre os parâmetros de tamanho da população e vulnerabilidade inferior a 15% entre os dois grupos. Os sorteios foram realizados através da função de randomização do software Microsoft Excel 2013® (Microsoft, Redmond, WA, EUA).

A segunda etapa consistiu na alocação dos dois grupos de conglomerado de acordo com intervenção e controle, cada um com dez unidades de saúde. Esta etapa também foi realizada por sorteio aleatório usando a função de randomização.

Cegamento, mascaramentos dos dados

Os participantes do PRENACEL, bem como os profissionais de saúde das unidades de saúde não foram cegos para a intervenção. Como os participantes

eram livres para informar ou não os profissionais de saúde sobre sua participação, estes nem sempre sabiam do seu registro no PRENACEL. O estatístico, que conduziu a análise dos dados dos grupos de estudo, também não foi cego.

Coleta de dados

Entrevistas por telefone com os parceiros foram realizadas após o parto de suas companheiras no período de setembro de 2015 a março de 2016 e foram realizadas usando o programa Skype® e gravadas usando o programa Callnote® versão 3.0.43 (Kanda Software). Após obter o consentimento informado falado e registrado, dois entrevistadores utilizaram um questionário estruturado on-line que fazia parte do programa de Captura de Dados de Pesquisa Eletrônico (Research Electronic Data Capture -REDCap), que consiste em um sistema on-line para o gerenciamento e construção do banco de dados (HARRIS et al., 2009).

Qualidade dos dados

O formulário utilizado para a coleta de dados continha filtros para evitar a falta de informações ou inconsistências. Os dados foram coletados diretamente neste formulário eletrônico, usando o sistema REDCap, que avalia anomalias ou inconsistências nos dados. Os entrevistadores preenchiam os dados no sistema ao mesmo tempo em que faziam as entrevistas. As entrevistas também foram gravadas, o que possibilitou verificar outros possíveis erros que os filtros não seriam capazes de mostrar.

Tamanho amostral

O tamanho da amostra foi baseado no cálculo amostral das gestantes participantes do programa PRENACEL, considerando a adesão de 37% dos parceiros ao PN de rotina, obtido a partir dos dados da Secretaria de Saúde local em 2014 (FABIO, 2016). Estimou-se que o grupo de intervenção PRENACEL teria 53 indivíduos, com 106 parceiros pertencentes ao grupo controle, totalizando 159 sujeitos, com base na amostra estimada de 145 mulheres elegíveis para o programa PRENACEL. Os parceiros foram divididos em três grupos. Um grupo chamado PRENACEL: parceiros usuários das unidades de saúde intervenção e que receberam as mensagens via celular; outro grupo denominado Não-PRENACEL: parceiros que utilizaram as mesmas unidades de saúde, no entanto, optaram por

não participar do PRENACEL; e o terceiro grupo, denominado Controle, composto por parceiros usuários das unidades de saúde definidas como unidades de controle.

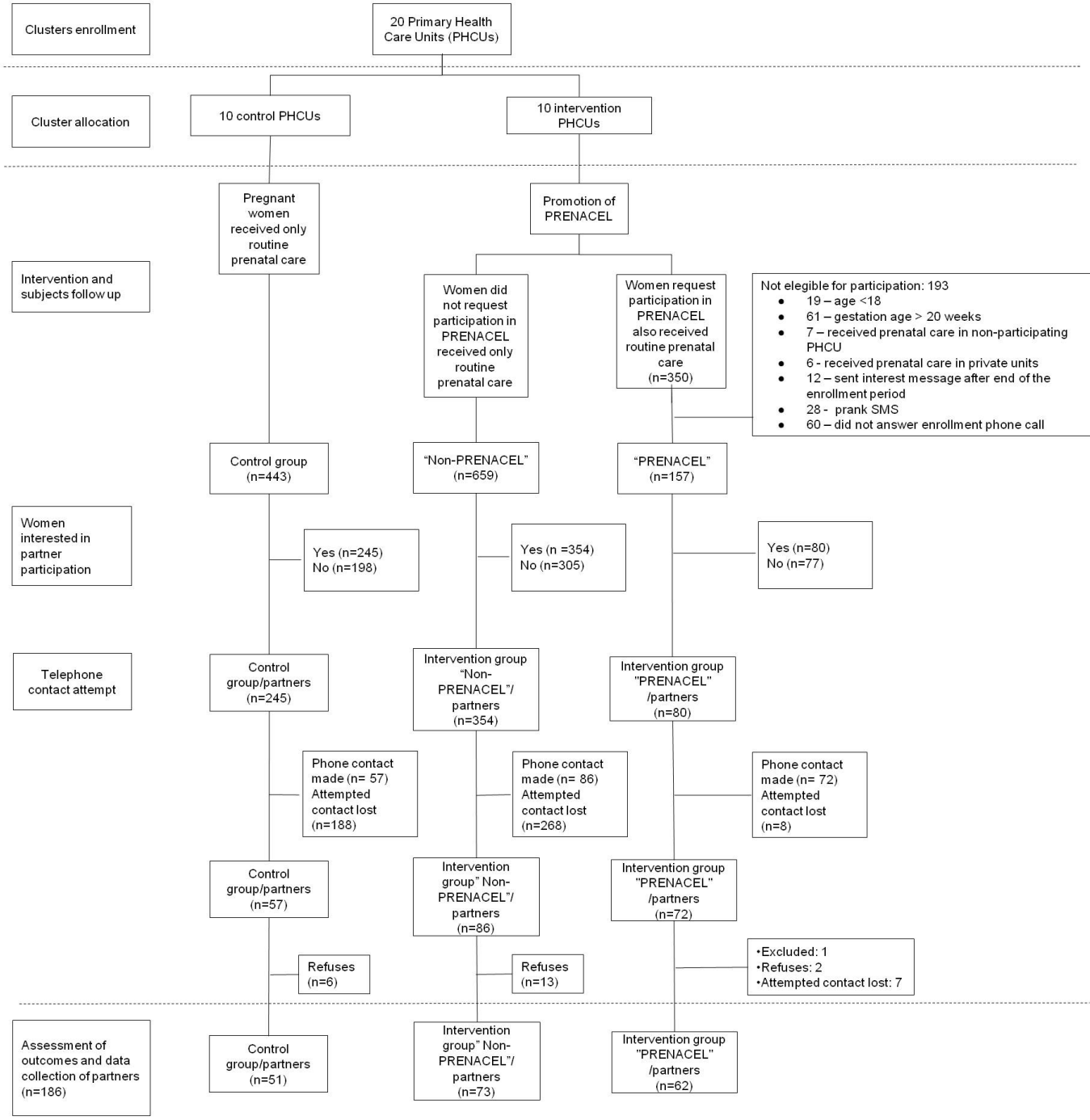
Análise estatística

As variáveis independentes sociodemográficas como idade, estado marital, raça/cor, anos de estudo e escolaridade, situação de trabalho e classe econômica (CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL – CCEB, 2015) e número de filhos foram identificadas para o estudo. E as variáveis dependentes para o estudo foram a aceitação e adesão ao programa PRENACEL, o parceiro ter participado de pelo menos uma consulta de pré-natal com sua companheira, o número de consultas no total que o parceiro acompanhou e a presença do parceiro no parto.

Após a limpeza do banco de dados, os dados foram exportados para o software de Análise de Dados e Estatística (STATA) versão 9.1 para análise e processamento. O teste do qui-quadrado ($\chi 2$) e o teste exato de Fisher foram utilizados para calcular as associações entre as variáveis independentes e dependentes entre os grupos. Analisamos a associação por dois modelos. Um por intenção de tratar (ITT), quando comparamos o grupo PRENACEL (que recebeu as mensagens) mais o grupo Não-PRENACEL (parceiros que não receberam as mensagens, mas eram das unidades intervenção) versus o grupo Controle. E análise por protocolo (PP), quando comparamos os parceiros do grupo PRENACEL versus o grupo controle. Também calculamos o risco relativo (RR) e o intervalo de confiança (IC 95%) por ITT e por PP. Para considerar a associação significativa, definimos um valor de $p < 0,05$ ou teste exato de Fisher $< 0,05$.

4.2.4 Resultados

Um total de 186 parceiros foi entrevistado depois da intervenção e um total de 116 gestantes participou do programa PRENACEL. Em relação às mulheres que participaram do programa, obtivemos 62 parceiros que também se registraram e participaram do PRENACEL, 73 do grupo Não-PRENACEL e 51 do grupo Controle. A figura 1 mostra o diagrama de fluxo do estudo.


Clusters enrollment
20 Primary Health Care Units (PHCUs)
Cluster allocation
10 control PHCUs
10 intervention PHCUs
Intervention and subjects follow up
Pregnant women received only routine prenatal care
Promotion of PRENACEL
Women did not request participation in PRENACEL received only routine prenatal care
Women request participation in PRENACEL also received routine prenatal care (n=350)
Not elegible for participation: 193
19 – age <18
61 – gestation age > 20 weeks
7 – received prenatal care in non-participating PHCU
6 - received prenatal care in private units
12 – sent interest message after end of the enrollment period
28 - prank SMS
60 – did not answer enrollment phone call
Control group (n=443)
"Non-PRENACEL" (n=659)
"PRENACEL" (n=157)
Women interested in partner participation
Yes (n=245) No (n=198)
Yes (n =354) No (n=305)
Yes (n=80) No (n=77)
Telephone contact attempt
Control group/partners (n=245)
Intervention group "Non-PRENACEL"/ partners (n=354)
Intervention group "PRENACEL" /partners (n=80)
Phone contact made (n= 57) Attempted contact lost (n=188)
Phone contact made (n= 86) Attempted contact lost (n=268)
Phone contact made (n= 72) Attempted contact lost (n=8)
Control group/partners (n=57)
Intervention group" Non-PRENACEL"/ partners (n=86)
Intervention group "PRENACEL" /partners (n=72)
Refuses (n=6)
Refuses (n=13)
•Excluded: 1
•Refuses: 2
•Attempted contact lost: 7
Assessment of outcomes and data collection of partners (n=186)
Control group/partners (n=51)
Intervention group" Non-PRENACEL"/ partners (n=73)
Intervention group "PRENACEL" /partners (n=62)

Quanto ao perfil sociodemográfico dos parceiros, encontramos uma média de idade de 30 anos (mínimo de 19 e máximo de 54 anos), a maioria dos homens entrevistados (95,2%) morava com a companheira e destes 37,6% eram casados legalmente. Em relação à raça / cor, a maioria (51%) declarou-se como parda. Os entrevistados tinham uma média de 9,3 anos de estudo, com quase 40% informando que a última série concluída era o ensino médio completo ou ensino superior incompleto. Em relação à situação de trabalho, 93% estavam trabalhando durante o período da coleta de dados. Em relação à classificação econômica, 63,7% foram classificados no grupo C1 / C2, o que corresponde a uma renda familiar média mensal de R$1446,24 a R $ 2409,01. Entre os entrevistados, a maioria tinha dois ou mais filhos e 62% já tinham um filho com seu parceiro atual (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e histórico reprodutivo dos parceiros entrevistados, Ribeirão Preto, 2016

	Grupo Intervenção		**Grupo Controle**	
	PRENACEL	Não PRENACEL		**Total**
Características sociodemográficas				
Idade				
19 - 25 Anos	21(33,9%)	27(37%)	12 (23,5%)	**60(32,2%)**
26 - 35 Anos	27 (43,5%)	33 (45,2%)	25 (49%)	**85(45,7%)**
35 - 54 Anos	14 (22,6%)	13 (17,8%)	14 (27,5%)	**41(22,1)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51 (100%)	**186 (100%)**
Situação conjugal				
Casado ou mora junto	57 (91,9%)	70 (95,9%)	50(98,1%)	**177(95,2%)**
Solteiro ou separado/divorciado	5 (8,1%)	3(4,1%)	1(1,9%)	**9(4,8%)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51(100%)	**186 (100%)**
Raça/cor*[1]				
Branca	14(22,9%)	24(32,9%)	20(39,2%)	**58 (31,3%)**
Parda	31(50,8%)	41(56,1%)	23(45,1%)	**95 (51,3%)**
Preta	12(19,7%)	8(11%)	7(13,7%)	**27(14,6%)**
Amarela	3(4,9%)	0	1(2%)	**4(2,2%)**
Indígena	1(1,6%)	0	0	**1(0,5%)**
Total	61 (100%)	73 (100%)	51(100%)	**185 (100%)**
Anos de estudo				
8 anos ou menos	23 (37,1%)	29 (39,7%)	15 (29,4%)	**67(32%)**
9 a 11 anos	32 (51,6%)	29(39,7%)	23 (45,1%)	**84(45,2%)**
12 a 17 anos	7 (11,3%)	15 (20,5%)	13 (25,5%)	**35(18,8%)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51 (100%)	**186 (100%)**

Continua

Conclusão

Tabela 1: Características sociodemográficas e histórico reprodutivo dos parceiros entrevistados, Ribeirão Preto, 2016

	PRENACEL	Não PRENACEL	Controle	Total
Escolaridade				
Analfabeto ou ensino fundamental 1 incompleto	2(3,2%)	2(2,7%)	2(3,9%)	**6(3,2%)**
Ensino fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto	10(16,1%)	16(21,9%)	7(13,7%)	**33(17,7%)**
Ensino fundamental 2 completo ou ensino médio incompleto	24(38,7%)	26 (35,6%)	16(31,4%)	**66(35,5%)**
Ensino médio completo ou superior incompleto	21(33,9%)	29(39,7%)	24(47,1%)	**74(39,8%)**
Ensino superior completo	5(8,1%)	0(0%)	2(3,9%)	**7(3,8%)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51 (100%)	**186(100%)**
Trabalho remunerado				
Sim	58 (93,5%)	68 (93,1%)	47 (92,1%)	**173(93%)**
Não	4 (6,5%)	5 (6,9%)	4(7,9%)	**13(7%)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51 (100%)	**186(100%)**
Classe social*[2]				
A/B1-B2	18(30,5%)	*11 (15,5%)*	13 (26,5%)	**42(23,5%)**
C1- C2	34 (57,6%)	*47 (66,2%)*	33 (67,4%)	**114(63,7%)**
D-E	7 (11,9%)	*13 (18,3%)*	3 (6,1%)	**23(12,8%)**
Total	59 (100%)	71 (100%)	49 (100%)	**179 (100%)**
Histórico reprodutivo				
Número de filhos				
0 ou 1	34 (54,8%)	35 (47,9%)	22 (43,1%)	**91(48,9%)**
2 ou mais	28 (45,2%)	38 (52,1%)	29(56,9%)	**95(51,1%)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51 (100%)	**186 (100%)**
Número de filhos com a parceira atual				
0 ou 1	40 (64,5%)	43(58,9%)	34(66,7%)	**117(62,9%)**
2 ou mais	22 (35,5%)	30 (41,1%)	17 (33,3%)	**69(37,1%)**
Total	62 (100%)	73 (100%)	51 (100%)	**186 (100%)**

***[1] missing value=1**
***[2] missing value=7**

Das 116 mulheres que aderiram ao PRENACEL 62 parceiros também participaram do programa, ou seja, uma adesão de 53,4% dos parceiros.

Quanto aos desfechos da participação dos parceiros entrevistados no PN, entre os 186 parceiros, 82,8% deles compareceram ao PN da gestante, e a maioria deles (68,2%) relatou ter participado de pelo menos uma e até cinco consultas de PN. Entre os 186 parceiros, 116 (62,4%) estavam presentes no parto (resultados não apresentados na tabela).

Encontramos alguns resultados ao realizar os testes estatísticos usando os modelos intenção de tratar (ITT) e por protocolo (PP) para comparar os grupos. Não houve diferença estatisticamente significante quando comparamos se os parceiros

participaram ou não da PN, seja pela ITT ou PP. No entanto, encontramos uma associação estatisticamente significante ao avaliar o número de consultas de PN e a presença do parceiro no parto no modelo PP, que mostra que os parceiros do PRENACEL, quando participam, vão a um maior número de consultas de PN e estão mais presentes no parto (p=0,02 e p=0,01, respectivamente). O RR e IC 95% confirmam esses achados (tabela 2).

Tabela 2. Frequência dos desfechos de acompanhamento do pré-natal, número de consultas que o parceiro participou e presença do parceiro no parto segundo o grupo; valor de p do teste qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, risco relativo (RR) e intervalo de confiança (CI 95%) Ribeirão Preto, 2016

Variável	Grupo intervenção			Controle	*p* (ITT)	RR(ITT) (CI 95%)	*p* (PP)	RR(PP) (CI 95%)
	PRENACEL	Não-PRENACEL	Todo o grupo intervenção					
Parceiro foi a pelo menos uma consulta de PN								
Sim	50(80,6%)	59(80,8%)	109(80,7%)	45(88,2%)	**0,227**	**0,90**	**0,273**	**0,90**
Não	12(19,4%)	14(19,1%)	26(19,3%)	6(11,8%)		**(0,22-1,45)**		**(0,19-1,6)**
Total	**62(100%)**	**73(100%)**	**135(100%)**	**51(100%)**				
Número de consultas*[1]								
6 ou mais	19(38%)	16(27.1%)	35(32.1%)	8(17.8%)	**0,073**	**1,8**	**0,020**	**2,27**
1 a 5	27(54%)	43(72.9%)	70(64.2%)	35(77.8%)		**(0,92-5,21)**		**(1,17-8,09)**
Missing value	4(8%)	0(0.0%)	4(3.7%)	2 (4.4%)				
Total	**50(100%)**	**59(100%)**	**109(100%)**	**45(100%)**				
Presença no parto								
Sim	46(74,2%)	43(58,9%)	89(65,9%)	27(52,9%)	**0,09**	**1,26**	**0,013**	**1,44**
Não	15(24,2%)	30(41,1%)	45(33,3%)	24(47,1%)		**(0,91-3,39)**		**(1,22-6,07)**
Missing value	1(1,6%)	0(0,0%)	1(0,8%)	0 (0,0%)				
Total	**62(100%)**	**73(100%)**	**135(100%)**	**51(100%)**				

Também calculamos o RR e IC 95% entre os grupos PRENACEL e Não-PRENACEL (grupo Intervenção). Na variável número de consultas que os parceiros participaram encontramos um RR=1,52 e IC=0,89-2,62 e na variável presença no parto um RR=1,28 e IC=1,01-1,36. Na comparação do grupo PRENACEL com o grupo Não-PRENACEL, parece que houve uma tendência do primeiro grupo a participar de mais consultas e estar mais presente no momento do nascimento (resultados não mostrados na tabela).

4.2.5 Discussão

Nossos achados sugerem que os parceiros que receberam as mensagens relacionadas ao PN estiveram mais presentes no nascimento do bebê, favorecendo o acompanhamento da parceira no parto. Observamos também uma tendência de

aumento da frequência da presença do parceiro nas consultas de PN por meio da estratégia de mensagens. A grande maioria dos participantes participou de pelo menos uma consulta PN, apesar da inclusão do parceiro na PN ser um programa recente nas unidades de saúde e ainda em processo de implantação pelos municípios do Brasil.

Limitar o entendimento da gravidez como um processo exclusivamente biológico leva a compreensão de que o PN deve se limitar a presença das mulheres. Esse entendimento nos leva a pensar que existe uma série de limitações para a participação dos parceiros, como a baixa presença de homens no serviço de saúde, ou seja, a não identificação com os serviços, horários desfavoráveis para as consultas e maus-tratos vivenciados pelo casal nas instituições e pela própria equipe de saúde. A falta de espaço para acomodar o acompanhante e a falta de infraestrutura local adequada para atender as consultas de PN geram desconforto e distanciam ainda mais os parceiros. Essas são algumas das dificuldades que precisam ser superadas para garantir o envolvimento dos parceiros (FIGUEIREDO, 2008; GANLE, DERY, 2015).

Estudos similares mostraram que as tecnologias de comunicação em saúde tem tido uma boa aceitação e as mensagens de texto foram consideradas úteis como forma de apoio para os novos pais e para atrair os homens para uma experiência mais próxima no cuidado e apoio de suas parceiras durante a gravidez (MACKERT et al., 2015; FLETCHER et al., 2016).

Nosso resultado mostrou uma boa aceitabilidade do programa, um pouco mais da metade dos parceiros participou do PRENACEL, comparado aos dados da Secretaria de Saúde local que mostrou uma participação dos parceiros de 37% em 2014 (FABIO, 2016).

Alguns autores estudaram a aplicabilidade e efetividade dos programas de educação em saúde utilizando as *eHealth* para melhorar o conhecimento dos futuros pais sobre a gravidez, o parto, o período pós-parto e sobre a amamentação, encorajando os homens a se tornarem mais envolvidos na gestação de suas companheiras (WOLFBERG et al., 2004; AVEYARD et al., 2005; LI et al., 2009; LEE et al., 2016; DANA SANTOSO et al., 2017). Entretanto, a maioria destes programas é direcionada para a mulher, a gestante, tornando mais difícil para os homens obterem conhecimento sobre a gestação, logo eles que já possuem menos informação neste aspecto (SUTO et al., 2016).

Em relação à participação nas consultas de PN nosso resultado corrobora com os dados do Ministério de Saúde no Brasil, que mostrou que 80% dos homens acompanham o PN de suas parceiras (BRASIL, 2016b).

Uma campanha nacional foi realizada na Indonésia como uma estratégia para incentivar os parceiros a comparecerem às consultas de PN com suas parceiras. Os homens receberam informações sobre os sinais de risco durante a gravidez e o parto como forma de garantir a maternidade segura. Entre os entrevistados, 92% dos homens categorizados como treinados de acordo com a campanha participaram das consultas de PN, enquanto 81% dos homens do grupo não treinado participaram das consultas (KURNIATI et al., 2017). Embora esses programas sejam ferramentas úteis para estimular a participação masculina, alguns estudos mostraram a diminuição do interesse do pai nas consultas de PN após o programa. Contrário as expectativas, Berti et al. (2015) supuseram que esses programas poderiam proporcionar maior autonomia para as mulheres, culminando em uma diminuição no envolvimento dos pais.

Sobre a participação durante o parto, do total de mulheres que completaram a pesquisa internacional “Listen to the mothers III”, quase todas (99%) tinham algum tipo de apoio durante o parto, que foi mais frequentemente oferecido pelo marido ou parceiro (77%) (DECLERCQ et al., 2013a; 2013b).

A pesquisa nacional “Nascer no Brasil” mostrou que 75,5% das mulheres tinham acompanhante durante a internação, porém apenas 18,8% delas tinham acompanhante durante todo o tempo. Embora o parceiro tenha sido mencionado por pouco mais de um terço da amostra do estudo (35,4%) como acompanhante de escolha da mulher, o parceiro foi escolhido na maioria dos casos em comparação aos demais acompanhantes. Além disso, 84,5% das mulheres relataram que a presença de um acompanhante ajudou muito para que elas tivessem um bom parto, de acordo com seu direito garantido pela lei do acompanhante (BRASIL, 2005; DINIZ et al., 2014).

Os homens não são facilmente acessíveis para entrevistas e/ou pesquisas e muitas vezes o melhor lugar para encontrá-los é no local de trabalho. Portanto, para obter um número maior de entrevistas, optamos por realizá-las por telefone no período noturno pelo programa Skype®. Como boa parte dos entrevistados residiam em locais ou bairros mais distantes, em alguns momentos a entrevista era

interrompida devido a falhas no sinal da internet. Quando esta falha ocorria, o contato era feito novamente, mas deve ser considerada uma limitação do estudo.

Outra limitação do estudo foi o pequeno número amostral que é uma fonte de imprecisão. Assim, não podemos inferir sobre os resultados de uma perspectiva de toda a população ou fazer generalizações. Mas este foi um estudo piloto que irá embasar um estudo larga escala com base na experiência e nas limitações encontradas neste trabalho.

Mas, como ponto forte do estudo pode enfatizar que respeitamos a escolha das mulheres, perguntando primeiro se elas queriam que os parceiros participassem do PRENACEL. Isso condiz com as questões relacionadas ao gênero e os espaços de poder. Ambientes relacionados ao pré-natal e ao parto são espaços com maior presença feminina, o que caracteriza um ambiente mais acolhedor à mulher e na qual ela poderia ser protagonista de suas ações. E ter um homem neste espaço sem o consentimento da mulher poderia caracterizar mais um espaço para o homem impor seu poder sem respeitar a mulher, suas vontades e as questões relacionadas ao gênero.

E na nossa avaliação, este parecer ser o primeiro ensaio aleatorizado controlado por conglomerados que avalia uma intervenção que utiliza as *SMS* como uma maneira de melhorar e encorajar o acompanhamento do parceiro nas consultas de PN de sua parceira e no parto.

4.2.6 Conclusão

Um programa com o uso de *SMS* com mensagens educativas, como o PRENACEL, voltadas para o PN é um suplemento útil que contribui para aumentar o acompanhamento dos parceiros durante o parto e no nascimento.

Este programa trabalhou com uma tecnologia leve, fácil de implementar e relativamente barata, o que poderia contribuir para melhorar a saúde materna.

Os resultados mostram que uma estratégia de educação em saúde usando tecnologia de comunicação parece ter boa aceitação e um papel muito promissor no engajamento dos homens no PN, nascimento e pós-parto de suas parceiras.

Aprovação ética e consentimento para participação

Os autores confirmam que todos os procedimentos que contribuem para este trabalho estão em conformidade com os padrões éticos das diretrizes nacionais e institucionais relevantes em pesquisa com seres humanos, a Resolução No.466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2008. O estudo foi aprovado pelo conselho de revisão institucional do Centro de Saúde Escola Domingos Machado, Ribeirão Preto, Brasil, sob o protocolo 971.458 em 3 de março de 2015. Este estudo obteve todas as autorizações necessárias e o consentimento pertinente para participar.

Consentimento para publicação

Os autores revisaram o artigo e concordam com a versão para a publicação da pesquisa.

Disponibilidade do material e dos dados

Os materiais assim como os dados desta pesquisa estão disponíveis num banco de dados gravado em uma planilha Excel e numa versão online para revisão quando for pedido uma solicitação plausível.

Conflito de interesse

Os autores declaram que não existe conflito de interesse.

Financiamento

Este trabalho foi apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). A Fundação Capes / CNPq que financiou a pesquisa com a bolsa do Programa Ciência sem Fronteiras (CSF-PAJT 2514/2013, bolsa nº 23.038.007622 / 2013–60).

Contribuição dos autores

A JPS planejou o projeto PRENACEL. O EMV foi responsável pela coordenação técnica do projeto, participou do desenho do estudo, planejamento de campo e desenvolvimento de instrumentos. JPS traduziu as mensagens de MAMA. O LPB liderou o painel de especialistas avaliando o conteúdo das mensagens e avaliou os resultados do grupo focal. LPB, EMV e JPS avaliaram a versão final das mensagens dos parceiros. O LO-C desenvolveu o sistema de informação para enviar as mensagens automaticamente. LPB e FBV entrevistaram os parceiros. O LPB elaborou a análise deste estudo. O LPB, o ACAF, o JACS, o LO-C, o MAS, o SVF, o GD, o JPS e o EMV contribuíram para o conceito ou desenho do estudo, análise ou interpretação. Os autores revisaram e aprovaram uma versão final do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais especialistas Suzi Volpato Fábio, Maria José Clapis, Geraldo Duarte e Antonio Ruffino Neto pela colaboração com o projeto, bem como à Fernanda Bergamini Vicentine por suas contribuições na coleta e organização de dados. E agradecemos a todos os homens que participaram da pesquisa e colaboraram com este estudo.

Informações dos autores

Departamento de Medicina Social e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Programa de Saúde da Mulher, Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil.

4.2.7 Referências Bibliográficas

AGUIAR C.; Jennings L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: a systematic literature review. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 19, p. 2012-2019, 2015. doi:10.1007/s10995-015-1713-2.

AVEYARD P. et al. The influence of in-pregnancy smoking cessation programmes on partner quitting and women's social support mobilization: a randomized controlled trial [ISRCTN89131885]. **BMC Public Health**, London, v. 5, 80, 2005.

BERTI P. R. et al. An adequacy evaluation of a maternal health intervention in rural Honduras: the impact of engagement of men and empowerment of women. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 2, p. 90-97, 2015.

BRASIL (Ministério da Saúde). Homem que se cuida curte todas as fases da vida de seus filhos. Pré-Natal também é coisa de homem! Agosto, 2016b. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/9.8.16-Coletiva-saude-do-homem.pdf.> Acessado em: 21 mar. 2016.

BRASIL (Ministério da Saúde). Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf.>. Acessado em: 21 mar. 2016.

BRUGGEMANN O. M. et al. The integration of the birth companion in the public health services in Santa Catarina, Brazil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 432-438, 2013.

CARTER, M. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. **Social Sciences & Medicine**, England, v. 55, p. 437-450, 2002.

Coimbra LC, et al. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (APEB). 2015. Disponível em: http://www.abep.org/criterio-brasil. Accessed 4 May 2015.> Acessado em: 21 mar. 2016.

CUNNINGHAM S. A. et al. Prenatal development in rural South Africa: relationship between birth weight and access to fathers and grandparents. **Population Studies**, New York, v. 64, n.3, p. 229-246, 2010.

DANA SANTOSO H. Y. et al. Android application model of "Suami Siaga Plus" as an innovation in birth preparedness and complication readiness (BP/CR) intervention. **The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, England, v. 11, n.1, p. 30-36, 2017.

DAVIS J. et al. Male involvement in reproductive, maternal and child health: a qualitative study of policymaker and practitioner perspectives in the Pacific. **Reproductive Health**, England, v. 13, n. 81, 2016. doi:10.1186/s12978-016-0184-2.

DECLERCQ E. R. et al. **Listening to Mothers^{SM} III**: pregnancy and birth. New York: Childbirth Connection, 2013a.

DECLERCQ E. R. et al. **Listening to Mothers^{SM} III**: new mothers speak out. New York: Childbirth Connection, 2013b.

DERBYSHIRE E.; DANCEY D. Smartphone medical applications for women's health: what is the evidence-base and feedback? **International Journal of Telemedicine and Applications**, Cairo, 2013. doi.org/10.1155/2013/782074.

DINIZ C. S. G. et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the *Birth in Brazil* national survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf.>. Acessado em: 4 set. 2017.

DUARTE G. Extension of prenatal care to the partners as a strategy to enhance adhesion to prenatal care and to reduce mother-to-child transmission of infections. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 29, p. 171-174, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf>. Acessado em: 6 jun. 2017.

FIGUEIREDO W. S. Masculinities and care: diversity and health needs of men in primary care. 2008. Thesis (Ph D) – School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, 2008. doi:10.11606/T.5.2008.tde-15122008-155615. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-15122008-155615/pt-br.php.>. Acessado em: 25 jan. 2017.

FLETCHER R. et al. Development of a set of mobile phone text messages designed for new fathers. **Journal of Reproductive & Infant Psychology**, Abingdon-on-Thames, v. 34, n. 5, p. 525-534, 2016.

GANLE J. K.; DERY I. 'What men don't know can hurt women's health': a qualitative study of the barriers to and opportunities for men's involvement in maternal healthcare in Ghana. **Reproductive Health**, England, v. 12, n. 93 2015. doi:10.1186/s12978-015-0083-y.

HARRIS P. A. et al. Research electronic data capture (REDCap): a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. Journal of Biomedcal Informatics, San Diego, v. 42, n. 2, p. 371-388, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>. Acessado em: 17 mai. 2017.

HILDINGSSON I.; CEDERLÖF L.; WIDÉN S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. **Women and Birth**, v. 24, p. 129-136, 2011.

HODNETT E. D. at al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 16, n. 2, CD003766, 2011. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.

KATZ J. E.; RICE R. E.; ACORD S. Utilizações da internet e da tecnologia móvel nos sistemas de saúde: Temas organizacionais e sócio-culturais num contexto comparativo. In Castells, M.; Cardoso, G. (Eds.). **A Sociedade em rede**: do conhecimento à acção política. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 2005. p. 175-195.

KURNIATI, A. et al. Suami SIAGA: male engagement in maternal health in Indonesia. **Health Policy Plan**. London, v. 32, n. 8, p. 1203-1211, Oct. 2017. doi: 10.1093/heapol/czx073

LAVENDER ,T. Can midwives respond to the needs of fathers? **British Journal of Midwifery**, London, v. 5, p. 92-96, 1997.

LEAL M. C. et al. Use of the modified Kotelchuck index in the evaluation of prenatal care and its relationship to maternal characteristics and birth weight in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-72, 2004.

LEE, S. H. et al. Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low–and middle income countries: systematic review and meta–

analysis. **Journal of Global Health Reports**, Edinburgh, v. 6, n. 1, e010401, Jun. 2016. doi: 10.7189/jogh.06.010401.

LI, H. T. et al. A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety. **Birth**, v. 36, p. 289-296, 2009.

MACKERT M. et. al. Including men in prenatal health: the potential of e-health to improve birth outcomes. **Telemedicine and e-Health**, v. 21, n. 3, p. 207-212, 2015. doi:10.1089/tmj.2014.0048.

MAMA. MAMA: mobile alliance for maternal action. Disponível em: <http://www.mobilemamaalliance.org/>. Acesso em 17 mai. 2018.

MERRELL R. C.; DOARN C. R. Sustainable development goals and telemedicine. **Telemedicine e-Health**, v. 22, n. 10, p. 787-788, 2016.

MULLANY B. C.; BECKER S.; HINDIN M. The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. **Health Education Research**, Oxford, Washington, v. 22, p. 166-176, 2007.

OLIVEIRA-CIABATI, L. et al. PRENACEL – a mHealth messaging system to complement antenatal care: a cluster randomized trial. **Reproductive Health**, v. 14, n. 146, 2017. doi: 10.1186/s12978-017-0407-1

FABIO, S. V. **Pré-natal do parceiro como estratégia para a redução da transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis e melhora dos indicadores de saúde perinatal**. 2016. 93 p. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

SONDAAL, S. F. V. et al. Assessing the Effect of mHealth Interventions in Improving Maternal and Neonatal Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Li D, editor. **PLoS One**, San Francisco, v. 11, n. 5, e0154664, May 2016.

Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4856298&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em 27 abr. 2017.

SOUZA J. P. Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil. Editoral. Rev Bras Ginecol Obstet.2013;35:12::533-5.

_____. Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016–2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

STEEN M. et al. Not-patient and not-visitor: a metasynthesis father´s encounters with pregnancy, birth and maternity care. **Midwifery**, v. 28, .n 4, p. 422-431, 2012.

SUTO, M. et al. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health: a systematic review and meta-analysis protocol. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 21, 2016.

UNITED NATIONS. Sustainable Development Goals. 2015 Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>. Acesso em: 26 set. 2017.

VITAL WAVE CONSULTING. **mHealth for Development**: the opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world. Washington, D.C., Berkshire, UK: UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership, 2009.

WATTERSON, J. L.; WALSH, J.; MADEKA, I. Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature. **BioMed Research International**, New York, v. 2015, ID153402, 2015.

WOLFBERG, A. J. ET AL. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 191, p. 708-712, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health topic. Resolutions and decisions WHA58.28 eHealth. The Fifty-eighth World Health Assembly. 2005. Disponível em: http://www.who.int/topics/ehealth/en/. Acessado em: 10 out. 2017.

_____. Accelerating progress towards the health-related Millennium Development Goals. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals. Acessado em: 26 Sep 2017.

_____. **Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health**: evidence from programme interventions. Geneva: WHO, 2007

_____. **Making pregnancy safer**: a health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. Geneva: World Health Organization, 2000.

_____. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. The Lancet Published Online 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf.>. Acessado em: 26 set. 2017.

5. DISCUSSÃO

Na intervenção PRENACEL do parceiro, na primeira parte do projeto, utilizamos diferentes métodos de análise para obter um material apropriado para a intervenção proposta pelo programa através das mensagens.

No estudo qualitativo foi possível mostrar o processo de preparação do conteúdo a ser veiculado nas mensagens. Este estudo apresentou três etapas importantes para preparação do material como: a adaptação transcultural das mensagens, o painel de especialistas e o grupo focal. Dessa maneira, foi possível obter um conteúdo fundamentado nos documentos e prioridades definidos por protocolos e cartilhas relacionados ao SUS e ao Ministério da Saúde, ao pré-natal de baixo risco e ao envolvimento dos homens na saúde materna, de relevância e com uma linguagem acessível para os parceiros. O material e os assuntos abordados foram definidos, assim como o protocolo de envio das mensagens.

De acordo com Fletcher et al. (2018) utilizar os celulares como ferramenta para algum tipo de intervenção voltada para a saúde são, com frequência, mais aceitáveis já que são meios acessíveis, seu uso é flexível e relativamente barato. O que demonstra um grande potencial para este tipo de intervenção.

O uso das tecnologias para educação em saúde como: *eHealth,* SMS, text message é uma proposta inovadora, promissora e uma alternativa viável para oferecer educação em saúde em diversas temáticas. Para tanto, um estudo criterioso com a inclusão de um processo interativo analisado em determinadas etapas precisa ser realizado para subsidiar o material e ser oferecido à população alvo (VITAL WAVE CONSULTING, 2009; REDFERN et al., 2014; MACKERT et al., 2015).

Alguns autores revelam que os métodos participativos e interativos ressaltam a importância da preparação por diferentes etapas como forma de organizar e fazer com que o conteúdo desenvolvido alcance o objetivo do trabalho (FLETCHER et al., 2016; LEE, WALSH, 2015).

Num estudo realizado na Austrália, com intuito de preparar um material de educação em saúde para pacientes com doenças cardiovasculares, os autores utilizaram os métodos mistos e interativos para estabelecer um programa de mensagens que ajudam a reduzir os riscos cardiovasculares nesses pacientes. Assim como no nosso estudo eles também realizaram três etapas para o processo.

Um desenvolvimento inicial das mensagens com auxílio de *experts* na área para discutir e refinar o conteúdo das mensagens. A segunda etapa com a inclusão de alguns participantes para avaliar a linguagem e o conteúdo abordado e com aplicação de um questionário para verificar a aceitabilidade e viabilidade das mensagens. E a terceira etapa que foi um estudo piloto para avaliar como o processo de envio das mensagens se daria através de um programa de computador. Os autores concluíram que a utilização destes métodos por etapas auxiliou a organizar o conteúdo e o processo de envio das mensagens e que esta abordagem metodológica poderia auxiliar cientificamente a preparar outras futuras intervenções em diversas áreas (REDFARN et al., 2014).

A educação em saúde voltada para os futuros pais e mães durante o pré-natal são uma maneira de reduzir as dificuldades e ajudarem o casal passar pela transição para paternidade e maternidade (FLETCHER et al., 2018).

Em uma pesquisa realizada no Canadá mostrou que os futuros pais têm dificuldades no período de transição para a paternidade e procuram por informações na internet para poderem de alguma forma, responderem às suas dúvidas e expectativas. Um dos temas que os homens mais procuram obter conhecimento são questões ligadas ao suporte e a busca para melhorar o seu relacionamento com a companheira (DA COSTA et al., 2017). E que foram um dos itens que procuramos oferecer no programa PRENACEL.

Fletcher et al. (2018) apresentaram o registro de um protocolo que pretende avaliar a eficácia de um intervenção baseada em mensagens de texto direcionado à saúde mental dos “novos pais”(grifo próprio). Neste trabalho observamos que o conteúdo das mensagens será baseado no suporte e no cuidado, semelhante ao nosso estudo, mas também tem a intenção de favorecer o equilíbrio mental dos homens com estímulo a saúde física e mental e fortalecendo uma relação de proximidade com sua companheira e seu futuro filho. Neste caso uma limitação que o nosso estudo pode transpor foi o acesso à internet. No trabalho de Fletcher era preciso acessar a internet para responder um questionário de humor, o que não foi necessário no nosso trabalho porque utilizamos o contato telefônico para aplicar o questionário.

Comparado ao que está descrito na literatura relacionada ao preparo de conteúdo para educação em saúde a ser propagado, o estudo do PRENACEL apresentou algumas limitações como: não ter realizado entrevista em profundidade

com alguns parceiros usuários do SUS para levantar as demandas e não ter realizado um estudo piloto prévio com uma entrevista final para poder testar o sistema de envio de mensagens e delimitar quais foram os pontos fortes e fracos relatados pelos participantes.

Estes pontos de caráter qualitativo são descritos na literatura como medidas para direcionar a abordagem e prevenir problemas futuros. Assim teríamos mais subsídios para organizar ainda mais a intervenção PRENACEL. No entanto, o nosso estudo foi essencialmente um projeto piloto e funcionou para fomentar trabalhos em larga escala. Apesar de não ter tido tempo hábil para realizar todas as etapas descritas, acreditamos que o formato e o modelo utilizados para preparar a intervenção foram suficientes e ajudaram a identificar as prioridades a serem abordadas com os parceiros e incentivando o envolvimento deles no contexto na saúde materna e por consequência, aproximá-los da paternidade.

No projeto PRENACEL também foi possível observar o impacto da intervenção com o uso das mensagens veiculadas para os parceiros. Os resultados positivos em relação à boa adesão, a participação maior nas consultas de pré-natal e no parto dos homens que receberam as mensagens foram confirmados através da análise dos dados e podem mostrar o papel estimulador das mensagens do PRENACEL.

O estudo de Fletcher et al. (2016) mostra que a intervenção de educação em saúde utilizando as mensagens voltada para os homens e futuros pais teve uma boa aceitabilidade, que as mensagens foram facilmente entendidas e a que maioria (88%) foi considerada útil como forma de subsídio aos novos pais.

O estudo de Mackert et al. (2015) também mostrou uma boa aceitabilidade das tecnologias de comunicação em saúde. Os autores abordaram o potencial da utilização da *eHealth* para atrair os homens para uma experiência mais próxima no cuidado e apoio de sua companheira durante a gestação. Como resultado os homens, em geral, relataram que o uso dos dispositivos como os tablets e celulares eram recursos simples de serem utilizados e traziam informações úteis e de fácil entendimento o que favorece a aceitabilidade dos programas.

Além disso, outros autores têm estudado a aplicabilidade e efetividade de programas de educação em saúde utilizando as *eHealth* como forma de melhorar o conhecimento dos futuros pais (homens e mulheres) no intuito de evitar e/ou minimizar riscos para gestação, parto, pós-parto e amamentação e ao incentivá-los a

se envolver na gravidez de sua companheira (AVEYARD et al., 2005; LI et al., 2009; WOLFBERG et al., 2004; LEE et al., 2016; DANA SANTOSO et al., 2017).

Mesmo assim, grande parte dos estudos relativos à avaliação de efetividade de um programa é voltada exclusivamente para mulheres, o que não auxilia na propagação dos conhecimentos na área de saúde materna para os homens e não ajuda no incentivo no envolvimento maior dos futuros pais (SUTO et al., 2016). Portanto, May e Fletcher (2017) sugerem em seu artigo que a utilização dos recursos como as SMS é uma alternativa viável para preparar os homens no cuidado e apoio para sua companheira durante o período gravídico puerperal.

Em relação à participação dos homens no pré-natal pelo número de consultas que acompanharam nosso estudo mostra que 82,8% dos parceiros entrevistados acompanharam suas companheiras nas consultas e que 70,9% deles participaram de uma até cinco consultas de pré-natal. Resultado que corrobora com dados do Ministério da Saúde (MS) no qual 80% dos homens acompanharam o pré-natal de suas companheiras (BRASIL, 2016a).

Ao comparar nossos resultados com o estudo da Indonésia, que utilizou um programa de educação em saúde para os homens, percebemos que o uso destes programas são, de fato, ferramentas úteis para estimular o engajamento dos homens no pré-natal (KURNIATI et al., 2017).

No estudo de Gill et al. (2017) foi mostrado alguns facilitadores e possíveis barreiras para a participação dos parceiros no pré-natal. O que mais motiva o homem a participar, dentre os facilitadores estão: o senso de responsabilidade pela mulher e pelo bebê, o amor por sua família, o desejo de entender a progressão da gestação ou receber aconselhamento da equipe de saúde.

E dentre as barreiras apresentadas estão: a falta de tempo, geralmente por causa do trabalho, o ambiente do serviço de saúde não ser convidativo para o homem e/ou para os casais, a gestação ser considerada um domínio feminino, o medo da testagem para o HIV. Os autores também mostraram possíveis intervenções eficazes para incentivar a presença dos parceiros como uma carta convite, melhora do ambiente e do serviço para os casais.

O PRENACEL atuaria como mais um facilitador oferecendo conhecimento relevante, sério e baseado no que especialistas na área devem propagar o que garante a segurança das informações para os pais. Também trabalharia no enfrentamento das barreiras como a falta de tempo e flexibilidade para acompanhar

sua companheira no pré-natal, com maior disponibilidade para ter informações no próprio celular. Quanto maior o conhecimento sobre o assunto menor serão os tabus, crenças e medos sobre a gestação, o que auxilia na mudança do entendimento do homem sobre a saúde materna e o seu ambiente.

A educação é uma estratégia que consegue atrair a comunidade. As mensagens podem encorajar os homens a assumir responsabilidades desde o início da gravidez, seguir as instruções do médico e se envolver mais com o cuidado da sua companheira e do futuro filho (GILL et al., 2017).

Sobre a participação no momento do parto, verificamos nos nossos achados que os homens que receberam as mensagens estiverem presentes, em maior número, no parto em comparação com os demais grupos. Corrobora com o estudo de Sioma-Markowska et al. (2016) que sugere que parceiros com maior conhecimento com frequência são mais propensos a serem figuras de suporte ativo para as companheiras durante o parto. Sugere ainda que obter um maior conhecimento é uma importante estratégia para estimular a participação ativa deles no momento do parto.

Uma das limitações do nosso estudo sobre o impacto da intervenção PRENACEL na maior participação dos parceiros, podemos considerar o pequeno tamanho amostral. Apesar de conseguirmos um número satisfatório para avaliar os três grupos e que não houve diferença estatística entre os grupos no que se refere aos dados de perfil socioeconômico, optamos por uma amostra de conveniência o que apresenta alguns resultados, mas que não podem ser generalizados para a população de parceiros.

Em relação ao perfil dos participantes, outra limitação seria que supomos que exista algum fator, que não foi mensurado no estudo, mas que poderia influenciar fortemente o desejo dos homens optarem por participar ou não da intervenção PRENACEL, o que nos levaria a um estudo mais profundo sobre o comportamento destes participantes. Mas não encontramos diferenças entre os grupos de parceiros no que foi estipulado para o estudo do perfil.

O que nos leva a pensar sobre a mudança no entendimento do papel dos homens em relação ao nascimento do futuro filho pelo próprio homem. Como os parceiros fizeram a escolha por aderir ou não ao programa podemos supor que os homens que optaram por receber as informações pelas mensagens já estão mais propensos a participarem mais nas questões de pré-natal, parto, cuidado com o filho

e a própria paternidade, ou seja, eles têm outra perspectiva em relação à participação do parceiro. Eles estariam mais acessíveis à mudança no papel de homem e futuro pai.

Apesar das limitações nosso trabalho também apresenta pontos fortes. Estipulamos que as mulheres teriam a liberdade de escolher se gostariam que o parceiro participasse da intervenção ou não antes deles optarem pelo programa ou não. Assim, respeitamos a mulher, seu espaço e seu direito de escolha. Como sabemos, por conta das relações de poder e de gênero se os homens participassem do programa sem o consentimento das suas respectivas companheiras, seria como um pretexto para que o homem imponha suas opiniões num espaço considerado de poder feminino.

Na nossa perspectiva, é o primeiro estudo que utiliza as tecnologias de comunicação em saúde, acessíveis com as SMS, para propagar informações de relevância para parceiros de gestantes com o intuito de contribuir na qualidade da assistência à saúde materna.

Devemos sempre considerar o papel importante e os benefícios que o envolvimento deles traz de maneira geral, quando bem informados e dispostos a serem pessoas de suporte e ativas. Não podemos esquecer que os pais são coautores da gestação (GILL et al., 2017).

6. CONCLUSÃO

O programa PRENACEL foi uma estratégia para auxiliar no conhecimento tanto dos homens quanto das mulheres dos aspectos relacionados às inúmeras dúvidas que cercam os casais no período da gestação, do parto e do pós-parto. Com a possibilidade de preparar um conteúdo que fosse voltado a nossa realidade brasileira pudemos organizar todo o processo de envio de mensagens, assim como o conteúdo que seria divulgado para os casais que estivesse de acordo com os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde e que realmente ajudasse os futuros pais a enfrentar esta fase.

Assim, nos baseamos no que a literatura apresenta de achados sobre a preparação de conteúdo e mensagens e todas as etapas mais utilizadas neste processo para que pudéssemos organizar o material. Esta fase de preparação é importante para que o material disponibilizado tivesse maior adesão e impacto nos resultados desejados de maior participação dos homens. Quanto a isso constatamos que a estratégia do PRENACEL teve uma adesão de um pouco mais de 50%, o que superou a expectativa do programa municipal de pré-natal do parceiro. E foi mostrado que o grupo PRENACEL de homens que receberam as mensagens quando participou das consultas de pré-natal foi em mais consultas comparado aos outros grupos e foi o grupo mais presente no momento do parto.

Isso mostra que esta estratégia pode ser uma alternativa viável para implementação como um programa e pode auxiliar na maior adesão dos homens aos aspectos da saúde materna e servir como mais um incentivo a se aproximar dos serviços de saúde o que traz benefícios importantes não só para a gestante ou seu futuro filho, mas também para o homem. E todas as etapas descritas para a preparação do programa PRENACEL pode servir como exemplo para preparar outros programas baseados no uso das TIC e no envio de mensagens para melhorar o conhecimento da população em determinados aspectos da saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA DE SAÚDE (Ministério da Saúde). **Um terço dos homens não acompanha o estado de saúde.** 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciasaude/25093um-terco-dos-homens-nao-acompanha-o-estado-de-saude>. Acesso em: 07 set. 2017.

AGUIAR, C; JENNINGS, L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: a systematic literature review. **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, p. 2012–2019, 2015. DOI 10.1007/s10995-015-1713-2

AGUAYO, F; KIMELMAN, E. Paternidad y Cuidado en América Latina. Ausencias, Presencias y Transformaciones. In: CHILE (país)**. Guía para promover la paternidad activa y La corresponsabilidad en el cuidado y la crianza de niños y niñas**. Santiago: Chile Crece Contigo / Ministerio de Desarrollo Social, 2012. Editorial: Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/304335775_Editorial_Paternidad_y_Cuidado_en_America_Latina_Ausencias_Presencias_y_Transformaciones>. Acesso em: 07 set. 2017.

ARAÚJO, M.F. et al. Penetration of the gender perspective and critical analysis on the development of this concept within scientific production on public health. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v.15, n.38, p.805-818, 2011.

AVEYARD, P. et al. The influence of in-pregnancy smoking cessation programmes on partner quitting and women's social support mobilization: a randomized controlled trial [ISRCTN89131885]. **BMC Public Health**, v. 5, n. 80, 2005.

BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In:_____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 73-94.Temas em Saúde. ISBN 978-85-7541-391-3.

BARBIERI, T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: RODRÍGUES, R. (Ed.). **Fin de Siglo: género y cambio civilizatorio**. Santiago: Isis International, 1992

BRANCO, V. M. C.; CARVALHO, M. L. M.; COUTINHO, A.; SICURO, A. **Unidade de saúde parceira do pai.** Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. 2009.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Senado1990

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado; 1988.

BRASIL. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 abril 2005. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem- Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF: 2009.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde)**. Homem que se cuida curte todas as fases da vida de seus filhos. Pré-Natal também é coisa de homem!** Agosto, 2016a. Disponível

em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/9.8.16-Coletiva-saude-do-homem.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde.** Brasília, 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS).** Brasília, 2016c. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/369121/>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Brasília, DF: Senado, 2016d.

BRUGGEMANN, O. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reproductive Health**, v.4, 2007**.** doi: 10.1186/1742-4755-4-5. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/4/1/5>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRUGGEMANN, O. M. et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 432-438, Aug. 2013. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300432&lng=en&nrm=iso
Acesso em: 07 set. 2017.

BUTLER, J. **Gender trouble**: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge, Champman & Hall, 1990.

CARVALHO, M. L. M. **Cuidado, Sociedade e Gênero: um estudo com pais cuidadores**. 2007. 378 p. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia) - Programa EICOS –Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CGIBR (Comitê Gestor da Internet no Brasil). **TIC Domicílios 2006**. São Paulo: 2006, p.1-35.

CHENG, P. J. et al. Anxiety levels in women undergoing prenatal maternal serum screening for Down syndrome: the effect of a fast reporting system by mobile phone short-message service. **Prenatal Diagnosis**, Inglaterra, v. 28, n. 5, p. 417–21, May, 2008.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Publica**, v. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Cambridge, Sydney, Berkeley: Polity Press, Allen & Unwin, University of California Press, 1995.

CONNELL, R. W. La Organización Social de la Masculinidad. In: VALDÉS, Teresa; OLIVARRÍA, José (eds.). **Masculinidad/es**: poder y crisis. Santiago: Ediciones de las Mujeres, 1997. pp. 31-48.

CONNELL, R. W. **The men and the boys.** Berkeley, CA: University of California Press, 2000.

COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and their Influence on Mens´s well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. **Machismo hoje no Brasil**: uma análise de gênero das percepções dos homens e mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc SP, 2013

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010

CUNNINGHAM, S. A. et al. Prenatal development in rural South Africa: relationship between birth weight and access to fathers and grandparents. **Population Studies**, v. 64, n. 3, p. 229-246, 2010.

DA COSTA, D. et al. HealthyDads.ca: what do men want in a website designed to promote emotional wellness and healthy behaviors during the transition to parenthood? **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 10, 2017.

DANA SANTOSO, H. Y. et al. Android application model of “Suami Siaga Plus” as an innovation in birth preparedness and complication readiness (bp/cr) intervention. **The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 11, n. 1, p.30-36, 2017.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.

DOS-SANTOS, E. M. et al. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2017.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 29, p. 171-174, 2007. ISSN 0100-7203. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032007000400001&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2017.

FABIO, S. V. **Pré-natal do parceiro como estratégia para a redução da transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis e melhora dos**

indicadores de saúde perinatal. 2016. 93 p. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

FALCÃO, M. T. C. **Gênero, masculinidades e saúde**. 2016. 174 p. Texto sistematizado elaborado de forma crítica para obtenção do título de Professor Livre-Docente.—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Programa da Área de Ciências Humana e Sociais em Saúde, São Paulo, 2016.

FARQUHAR, C. et al. Antenatal couple counselling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. **Journal of Acquiried Immune Deficiency Syndromes**, v. 37, p. 1620-1626, 2004.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. 279 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLETCHER, R. et al. Development of a set of mobile phone text messages designed for new fathers. **Journal of Reproductive & Infant Psychology**, San Marcos, CA, v.34, n. 5, p. 525-534, Nov. 2016. ISSN: 02646838.

FLETCHER, R. et al. Text-Based Program Addressing the Mental Health of Soon-to-be and New Fathers (SMS4dads): Protocol for a Randomized Controlled Trial. **JMIR Research Protocol**, Canada, v. 7, n. 2, e37, 2018.

FONSECA, C. L. W. Paternidade brasileira na era do DNA: a certeza que pariu a dúvida. **Quaderns-e**, 4: 27-51., 2005.

FULLER, N. (Ed.). **Paternidades en América Latina**. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2000.

GANLE, J. K.; DERY, I. 'What men don't know can hurt women's health': a qualitative study of the barriers to and opportunities for men's involvement in maternal healthcare in Ghana. **Reproductive Health**, v. 12, n. 93, 2015. doi: 10.1186/s12978-015-0083-y.

GILL, M. M. et al. The co-authors of pregnancy": leveraging men's sense of responsibility and other factors for male involvement in antenatal services in Kinshasa, DRC. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 17, n. 409, 2017.

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 825-829, 2003.

HILDINGSSON, I.; CEDERLÖF, L.; WIDÉN, S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. **Women and Birth**, v. 24, p. 129-136, 2011.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 16, n. 2, CD003766, 2011. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábua completa de mortalidade para Brasil, 2016. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortali

dade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf>. Acesso em 09 mar. 2017

JAREETHUM, R. et al. Satisfaction of healthy pregnant women receiving short message service via mobile phone for prenatal support: A randomized controlled trial. **Journal of the Medical Association of Thailand**, Bangkok, v. 91, n. 4, p. 458-463, Apr. 2008.

JEFFERYS, L. F. et al. Official invitation letters to promote male partner attendance and couple voluntary HIV counselling and testing in antenatal care: an implementation study in Mbeya region, Tanzania. **Reproductive Health**, Geneva, v. 12, n. 95, 2015. doi: 10.1186/ s12978-015-0084-x

KATZ, J. E.; RICE, R. E.; ACORD, S. Utilizações da internet e da tecnologia móvel nos sistemas de saúde: Temas organizacionais e sócio-culturais num contexto comparativo. In: Castells, Manuel & Cardoso, Gustavo. (Eds.). **A Sociedade em rede**: do conhecimento à acção política. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 2005. P. 175-195.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, (Org.). **La salud como derecho ciudadano**: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003. p. 137-152.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 32, p. 652-665, 2003. doi: 10.1093/ije/dyg156.

KUMAR, V. et al. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet,** v. 372, n. 9644, p. 1151-1162, 2008. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.052949137304&partnerID=40& md5 =dcac3c598e3b326e20164b4e7ac94889>. Acesso em 08 abr. 2017.

KURNIATI, A. et al. Suami SIAGA: male engagement in maternal health in Indonesia. **Health Policy Plan**. London, v. 32, n. 8, p. 1203-1211, Oct. 2017. doi: 10.1093/heapol/czx073

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das** Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero**.** São Paulo, Faculdade de saúde Pública/USP, 1998.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, nº1, p.35-46, 2005.

LAVENDER ,T. Can midwives respond to the needs of fathers? **British Journal of Midwifery**, London, v. 5, p. 92-96, 1997.

LEAL, M. C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, s. 1, p. 63-72, 2004.

LEE, S. H. et al. Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low–and middle income countries: systematic review and meta–analysis. **Journal of Global Health Reports**, Edinburgh, v. 6, n. 1, e010401, Jun. 2016. doi: 10.7189/jogh.06.010401.

LEE, J. S., WALSH, T. B. Using technology in social work practice: The mDad (Mobile Device Assisted Dad) case study. **Advances in Social Work**, Indianapolis, v. 16, n. 1, Spring 2015.

LI, H. T. et al. A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety. **Birth**, v. 36, p. 289-296, 2009.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men´s health**: perspectives, diversity and paradox**.** London: Blackwell Sciences, 2000

LUND, S.; NIELSEN, B. B.; HEMED, M.; BOAS, I. M.; SAID, A.; SAID, K.; et al. Mobile phones improve antenatal care attendance in Zanzibar: a cluster randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth,** London, v. 1, n. 29, 2014. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3898378&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em 19 abr. 2018.

LYRA, J.; MEDRADO, B. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Revista Estudos Feministas**, 8(1): 145-158, 2000.

MACKERT, M. et al. Including men in prenatal health: the potential of e-health to improve birth outcomes. **Telemedicine and e-Health**, v. 21, n. 3, p. 207-212, March 2015. doi:10.1089/tmj.2014.0048.

MAY, C. D.; FLETCHER, R. The development and application of a protocol for the writing, assessing, and validating of a corpus of relationship-focused text messages for new and expecting fathers. **Health Informatics Journal**, England, v. 1, e1460458217704249, May 2017. doi: 10.1177/1460458217704249.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. **Saúde do homem em debate** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 39-74. ISBN 978-85-7541- 364-7.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política de Saúde do Homem incentiva pré-natal masculino. Saúde do Homem**. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11705>. Acesso em: 20 nov. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 nov. 2017

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D.; FREITAS, I. C. M. **Melhoria dos indicadores de saúde associados à pobreza no Brasil dos anos 90: descrição, causas e impacto sobre as desigualdades regionais**. São Paulo: USP/NUPENS, out., mimeo, 1997.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00060015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000400710&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-7, 2007.

NCT, March 2009. MS11/AS/MN, **NCT Briefing: Involving Fathers in Maternity Care.** Disponível em: <http://www.nct.org.uk/S>. Acesso em: 10 mar. 2016.

NYONDO-MIPANDO et al. He does not have to wait under a tree: perceptions of men, women and health care workers on male partner involvement in prevention of mother to child transmission of human immunodeficiency virus services in Malawi**.** **BMC Health Services Research**, London, v. 18, n. 187, 2018. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-018-2999-8

OLIVEIRA-CIABATI, L. et al. PRENACEL – a mHealth messaging system to complement antenatal care: a cluster randomized trial. **Reproductive Health**, v. 14, n. 146, 2017. doi: 10.1186/s12978-017-0407-1

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde.** 53º Conselho Diretor 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C., EUA. CD53/5, Rev. 2. 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchangedocuments/informacion- tecnica/29-estrategia-para-o-acesso-universal-a-saude-e-a-cobertura-universal-de-saude/file>. Acesso em: 23 mar. 2016.

PEREA, J. G. F. Paternidad, mortalidad y saludes posible combinar estos términos?. In: COLOQUIO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS SOBRE VARONES Y MASCULINIDADES, 9, 2011, Montevideo. **Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras**, 2011a, p. 71-78.

_____. Algunas consideraciones éticas, teóricas y metodológicas al investigar políticas públicas y equidad de género en la experiência de los hombres: el caso de México. In: COLOQUIO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS SOBRE VARONES Y MASCULINIDADES, 9, 2011, Montevideo. **Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras**, 2011b, p. 15-24.

PERUCCHI, J. ***Mater Semper Certa Est Pater Nunquan*: o discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades**, 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2008.

PORTAL BRASIL. Ministério da Saúde incentiva pais a fazerem pré-natal masculino. 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2010/09/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-pre-natal-masculino>. Acesso em: 10 mar. 2016.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>. Acesso em: 10 mar. 2016.

REDFERN, J. et al. Development of a set of mobile phone text messages designed for prevention of recurrent cardiovascular events. **European Journal of Preventive Cardiology**, Bimonthly, v. 21, n. 4, p. 492-499, 2014.

RIBEIRO, C. R., GOMES, R., MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3589-3598, 2015. doi: 10.1590/1413-812320152011.19252014

ROHDEN, F. A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARARA, Sérgio (orgs). **Sexualidade e saberes**: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SANTOS, A. F. et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00172815, 2017.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.71-99, 1995.

SIMÕES, C.C.S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SIOMA-MARKOWSKA, U. et al. Paternal engagement during childbirth depending on the manner of their preparation. **Ginekologja Polska**, Warszawa, v. 87, n. 9, p.639-643, 2016 . doi: 10.5603/GP.2016.

SONDAAL, S. F. V. et al. Assessing the Effect of mHealth Interventions in Improving Maternal and Neonatal Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Li D, editor. **PLoS One**, San Francisco, v. 11, n. 5, e0154664, May 2016. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4856298&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em 27 abr. 2017.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 37, n. 12, p. 549-51, 2015.

STEEN, M. et al, L. Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers'encounters with pregnancy,birth and maternity care. **Midwifery**, v. 28, p. 422–431, 2012.

SUTO, M. et al. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health: a systematic review and meta-analysis protocol. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 21, 2016.

UNITED NATIONS. Sustainable Development Goals. 2015 Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>. Acesso em: 26 set. 2017.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VITAL WAVE CONSULTING. **mHealth for Development**: the opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world. Washington, D.C., Berkshire, UK: UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership, 2009.

WATTERSON, J. L.; WALSH, J.; MADEKA, I. Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature. **BioMed Research International**, New York, v. 2015, ID153402, 2015.

WHITE, A. et al. Social determinants of male health: a case study of Leeds, UK. **BMC Public Health**, London, v. 18, ID160, 2018. Doi: 10.1186/s12889-018-5076-7

WHITE, A.; CASH, K. The state of men´s health in Western Europe. **Journal of Men´s Health and Gender**, v. 1, p. 60-66.

WOLFBERG, A. J. ET AL. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 191, p. 708-712, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health topic. Resolutions and decisions WHA58.28 eHealth. The Fifty-eighth World Health Assembly. 2005 Disponível em: http://www.who.int/topics/ehealth/en/

APÊNDICES

Apêndice A - Mensagens PRENACEL Parceiro

MENSAGEM – PARCEIRO	SEMANA GESTACIONAL
Parabens, existe um nenem a caminho! Estimule sua companheira a ir as consultas de pre-natal e participe voce tambem!	5
Lembre sua companheira gestante de tomar seus comprimidos de sulfato ferroso e acido folico. Ela pode conseguir os comprimidos na unidade de saude.	6
Eh importante a gestante se manter saudavel. Cheque se a sua companheira esta se alimentando bem, comendo carne, feijao, frutas e vegetais.	7
Certifique-se de que todos da familia lavam suas maos apos usar o banheiro e antes das refeicoes. Isso ajuda a manter sua companheira saudavel.	8
Tranquilize sua companheira que enjoos no começo da gravidez sao comuns. Bolachas de maisena e cha de gengibre ou limao podem ajudar.	8
Eh importante iniciar a preparacao para o parto desde o comeco da gravidez. Mente e corpo juntos para trazer um nenem saudavel para este mundo.	9
Voces ja iniciaram o pre-natal? Na UBS sua companheira vai realizar exames, receber comprimidos de sulfato ferroso e acido folico e atualizar as vacinas.	9
Gestantes com gripe podem ficar muito doentes. Certifique-se se a gestante ja tomou a vacina de gripe.	10
O corpo da gestante eh preparado para o parto normal. O trabalho de parto eh um sinal de que o seu nenem esta pronto para nascer.	10
Pequenos sangramentos podem ocorrer na gestacao. Nesse caso, procure assistencia medica para nao perder o nenem.	11
Veja se sua companheira bebe bastante agua e se alimenta adequadamente. Isso vai mante-la forte e saudavel.	11
A maioria das mulheres prefere o parto normal no começo da gravidez. Converse com sua companheira que o parto normal eh mais seguro. Ela	12

vai conseguir!	
Ter um acompanhante durante o parto vai fazer sua companheira se sentir mais segura. Eh seu direito!	12
Converse com sua companheira sobre quem vai acompanha-la durante o parto. Seja quem for, precisa ser alguem disposto a ajuda-la.	13
Muitas mulheres sao convencidas por conhecidos, familiares e ate profissionais de saude que a cesarea eh melhor. Acredite: o parto normal eh melhor!	13
Assegure-se de que sua companheira nao esta comendo coisas estranhas, como terra. Se ela tiver vontade de comer essas coisas, leve-a para a unidade de saude.	14
Em algumas situacoes uma cesarea podera ser necessaria. Se isso acontecer, confie nos profissionais de saude da maternidade.	14
Encoraje sua companheira a nao fumar e a nao tomar bebidas alcoolicas. Isso faz mal para o nenem. Peca aos fumantes que fumem fora de casa e longe da gestante.	15
Mantenha sua companheira saudavel garantindo que ela coma apenas comidas frescas e bem cozidas. Comida fora da geladeira pode estragar e fazer mal a gestante.	16
Acompanhar sua companheira durante o trabalho de parto pode ajudá-la a suportar melhor as contracoes.	17
Estar gravida deixa sua companheira cansada. Faca com que os demais membros da familia ajudem sua companheira e lhe deem tempo para descansar.	17
Ajude sua companheira a andar e buscar uma posicao mais confortavel durante o trabalho de parto. Isso a ajuda.	18
Ajude sua companheira ficar bem, estimule-a a descansar de tempos em tempos. Isso faz com que ela se mantenha saudavel.	18
A alimentacao da gestante deve ter 3 refeicoes principais e 3 lanches saudaveis. Porcoes pequenas de cada vez e mais vezes, eh o caminho para menos mal-estar.	19
Sifilis eh uma doenca transmitida pelo sexo e que pode deixar o nenem muito doente. No pre-natal voce pode realizar os exames pra saber se tem sifilis ou nao.	19

Sifilis? Eh importante tratar com injecoes de penicilina e usar camisinha. Nao deixe de fazer o tratamento completo!	20
Sua companheira ja sente o nenem mexer? Encoraje-a a acompanhar os movimentos do nenem e procure a unidade de saude se os movimentos diminuirem ou pararem.	20
Se o inchaço das maos, pes e face aumentar de forma brusca, pode ser um sinal de problema. Leve sua companheira a unidade de saude se perceber esta alteracao.	21
Vomito, febre, dor, colicas, e sangramento sao sinais de problema. Leve a gestante a unidade de saude caso algum destes sinais aparecerem.	21
Muitas mulheres preferem dar a luz sentadas, de quatro ou agachadas. Sua companheira pode escolher a posicao mais confortavel.	22
Use massagem para aliviar o desconforto nas costas de sua companheira. Travesseiros para apoiar as costas quando ela deitar ajudam a deixa-la mais confortavel.	22
Voce pode ajudar sua companheira na maternidade. Ajude-a dando apoio, carinho, encorajamento, massagens, e auxiliando-a naquilo que puder.	23
Assegure-se de que sua companheira esta indo ao pre-natal. Procure poupar algum dinheiro porque a chegada de uma crianca sempre gera gastos adicionais.	24
Sifilis? Faça o teste, use camisinha e, se positivo, faça o tratamento completo com todas as injecoes. Isso ajuda o seu nenem nascer saudavel.	24
Se sua companheira esta com os pes inchados, peca para que ela descanse com eles para cima. Nesse caso eh importante medir a pressao na unidade de saude.	25
Diabetes pode acontecer na gravidez. Ela causa: cansaco, muita sede, muito xixi e fraqueza. Leve sua companheira para a unidade de saude em caso de duvida.	26
Caminhar, agachar, movimentar o quadris, massagens, banhos e buscar uma posicao mais confortavel podem ajudar sua companheira a ter menos dor durante o parto.	27
No trabalho de parto, sua companheira terá contracoes incomodas, muitas vezes dolorosas. Entre as contracoes ela podera descansar e ter seu apoio neste momento.	28

Assegure sua companheira de que o nenem vira quando ele estiver pronto. O trabalho de parto eh o sinal de que a hora do nenem nascer chegou.	29
Durante o trabalho de parto, voce pode ajudar sua companheira com massagens nas costas, dando-lhe liquidos e ajudando-a a encontrar uma posicao confortavel.	29
Durante o trabalho de parto, sua companheira pode andar, tomar banho, buscar uma posicao mais confortavel e receber massagens. Isso alivia a dor!	30
Voce ja sabe como fara para chegar na maternidade onde sua companheira vai ter o nenem? Organize-se para leva-la quando a hora chegar.	30
Leve sua companheira para maternidade quando ela entrar em trabalho de parto. Contracoes fortes e regulares ou se a bolsa estourar sao sinais que a hora chegou.	31
Um acompanhante de confianca durante o parto vai deixar sua companheira mais relaxada. Isso faz com que o trabalho de parto seja mais rapido.	31
Durante o trabalho de parto normal, sua companheira tambem pode beber liquidos a vontade e comer alimentos leves.	32
Voce vai acompanhar sua companheira durante o parto? Eh seu direito!	32
Incentive sua companheira a amamentar assim que der a luz. Este primeiro leite e o contato com a pele de sua companheira faz muito bem para o seu nenem.	33
O corpo de sua companheira eh preparado para o parto normal. A principio, ela nao precisa de jejum, soro na veia, ou ocitocina artificial.	34
Cesarea com hora marcada, antes do trabalho de parto, pode fazer o seu nenem nascer antes dele estar pronto. O trabalho de parto eh sinal de que a hora chegou!	35
Voce e sua familia devem conhecer sinais de perigo: febre, sangramento, convulsoes, dificuldade para respirar. Procure ajuda rapidamente se algo assim ocorrer.	35
O parto normal nao deixa sua companheira larga, nem faz a bexiga dela cair. A cesarea possui mais riscos para ela e seu nenem.	36
Voces ja visitaram a maternidade? Sabem como vao fazer para chegar la?	36

Agora eh hora de saber todos os detalhes.	
Converse com o medico sobre o parto. Voce ja ouviu falar que algumas mulheres recebem um corte na vagina durante o parto?A maioria das vezes nao eh necessario.	37
Seja gentil e educado com o pessoal da maternidade, mas deixe claras as preferencias de sua companheira!	37
O trabalho de parto eh sinal de que o nenem esta pronto para nascer. Voce pode ajudar encorajando sua companheira a fazer pequenas caminhadas.	38
Observe os movimentos do seu nenem. Se eles diminuirem ou pararem, procure a maternidade. Seu nenem precisa ser avaliado.	38
Apoie a iniciativa de sua companheira amamentar assim que der a luz. O leite materno e o contato com a pele de sua companheira fazem bem para seu nenem.	39
Peca a sua companheira para observar os movimentos do nenem. Se eles diminuirem ou pararem, procure a maternidade. O nenem precisa ser avaliado.	39
O momento do parto esta chegando! Fiquem atentos aos sinais de alerta como contracoes, perda de liquido ou sangue e pouco movimento do nenem.	40
Calma!O nenem sabe a hora certa de nascer. Observe os sinais de alerta: perda de sangue ou liquido, parada dos movimentos do nenem.	41
Se por esta semana sua companheira ainda nao tiver entrado em trabalho de parto, procure a maternidade ou unidade de saude. Ela e o nenem precisam ser avaliados	42
A nossa jornada em conjunto termina aqui. Desejamos a voce e sua familia muita forca e a melhor sorte do mundo.	42

Apêndice B – Formulário 4 - Parceiros

Confidential

Instrumento 4 - PRENACEL Parceiro

Record ID _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Prezado senhor,
Você está sendo convidado a participar da pesquisa PRENACEL do parceiro, que avaliará se mensagens para grávidas e parceiros são úteis para melhorar a qualidade do pré-natal, que são as consultas e os cuidados durante a gestação.
A pesquisa está sendo realizada com parceiros das gestantes que acompanharam o pré-natal em 20 unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP selecionadas para participação no estudo.
Sua participação consistirá em: (1) responder uma entrevista que avaliará sua satisfação com o pré-natal ofertado e parto.
Sua participação é totalmente voluntária e não gera custo nenhum para você, é totalmente gratuita. Tudo o que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.
Se desejar informações adicionais, o senhor poderá contatar a equipe do PRENACEL pelo telefone 3602-2536. O PRENACEL foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes da pesquisa.
Tem alguma dúvida?
Com estas informações você aceita participar do estudo?

- ◯ Declarou ter sido informado e concordou em participar, como voluntário, desta pesquisa
- ◯ Não aceitou participar da pesquisa
- ◯ Não atende as ligações
- ◯ Excluído sem ao menos ter lido o TCLE
- ◯ Excluído (parceira realizou pré-natal em unidade NÃO PRENACEL ou PARTICULAR)
- ◯ Excluído - Parceira não informou o telefone
- ◯ Não tem telefone de nenhum dos 2

1. Qual é a unidade de saúde que sua companheira realizou as consultas de pré-natal?

- ◯ 1. Área Materno Infantil (AMI)/UBS Campos Elíseos/Nelson Barrionovo - End: Av. Saudade, 1.452
- ◯ 2. CSE Ipiranga/Edgard Achê - End: Av. Dom Pedro I, 753
- ◯ 3. UBS Jardim Aeroporto/CSE Barão de Mauá/Rômulo Ribeiro da Costa - End: Estrada Antônia Mugnato Marinceck, 994
- ◯ 4. UBS Jardim Maria das Graças/José Carlos Say - End: Rua Cruz e Souza, 3170
- ◯ 5. UBS Parque Ribeirão Preto/Waldemar Barnsley Pessoa - End: Rua Guy Saad Salomão, 225
- ◯ 6. UBS Presidente Dutra/Sérgio Botelho da Costa Moraes - End: Rua Carolina Maria de Jesus, 365
- ◯ 7. UBS Quintino Facci I/Zeferino Vaz - End: Rua César Montagnana, 35
- ◯ 8. UBS Ribeirão Verde/Herbert de Souza - Betinho - End: Rua João Toniolli, 3461
- ◯ 9. USF Jardim Paiva/Álvaro de Oliveira Paiva - End: Rua Francisco Peixoto, 195
- ◯ 10. UBDS Vila Virginia/Marco Antônio Sahão - End: Rua Franco da Rocha, 1270
- ◯ 11. UBDS Castelo Branco/Ítalo Baruffi - End: Rua Dom Luís do A. Mousinho, 3.300
- ◯ 12. UBS Dom Mielle/Aymar Baptista Prado - End: Rua Cecílio Elias Seba, 139
- ◯ 13. UBS Jardim Juliana/Rubens Issa Halak - End: Av. Dr. Marcos Antônio Macário dos Santos, 602
- ◯ 14. UBS Jardim Maria Casagrande Lopes/Ernesto Che Guevara - End: Rua Paulo Gerardi, 350
- ◯ 15. UBS Marincek/Albert Sabin - End: Rua Roberto Michellin, s/nº
- ◯ 16. UBS Simioni/Alexander Fleming - End: Rua Antônio Augusto Carvalho, 672
- ◯ 17. UBS Vila Abranches/Carlos Chagas - End: Rua Maria Abranches de Faria, 550
- ◯ 18. UBS Vila Albertina/Álvaro Panazzolo - End: Rua Apeninos, 941
- ◯ 19. UBS Vila Mariana/Oswaldo Cruz - End: Rua Ribeirão Preto, 1.070
- ◯ 20. UBS Vila Recreio/Adalberto Teixeira Andrade - End: Rua Tabatinga, 320

PREENCHIMENTO INTERNO:

- ◯ Controle
- ◯ Intervenção
- ◯ Unidade Intervenção, mas parceiro não recebeu as mensagens, não participou do PRENACEL

2. Data da entrevista _____

3. Qual é o seu nome? _____

4. Data de nascimento: _____

5. Idade (anos completos): _____

6. Número do RG: _____

7. Qual seu estado civil? (LER AS OPÇÕES)

- ◯ Casado
- ◯ Mora junto
- ◯ Solteiro
- ◯ Separado/divorciado
- ◯ Viúvo

8. Qual é a sua cor da pele?(LER AS OPÇÕES)

- ◯ Branca
- ◯ Parda
- ◯ Preta
- ◯ Amarela
- ◯ Indígena
- ◯ Não sabe

9. Qual a última série da escola que você concluiu?

- ◯ Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto (Analfabeto/Primário Incompleto)
- ◯ Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto (Primário Completo/Ginasial Incompleto)
- ◯ Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto (Ginasial Completo/Colegial Incompleto)
- ◯ Médio Completo/Superior Incompleto (Colegial Completo/Superior Incompleto)
- ◯ Superior Completo
- ◯ Não sabe

10. Anos completos de escolaridade: _____

Classificação Socioeconômica CCEB

Você possui em sua casa? Quantos?

	0	1	2	3	4 ou mais
11. Banheiro	◯	◯	◯	◯	◯
12. Empregada mensalista	◯	◯	◯	◯	◯
13. Automóvel	◯	◯	◯	◯	◯
14. Microcomputador	◯	◯	◯	◯	◯
15. Máquina de lavar louça	◯	◯	◯	◯	◯
16. Geladeira	◯	◯	◯	◯	◯
17. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	◯	◯	◯	◯	◯
18. Máquina de lavar roupa (exclui tanquinho)	◯	◯	◯	◯	◯
19. DVD	◯	◯	◯	◯	◯
20. Micro-ondas	◯	◯	◯	◯	◯
21. Motocicleta	◯	◯	◯	◯	◯
22. Máquina de secar roupa	◯	◯	◯	◯	◯

23. A água que você utiliza na casa onde você mora é proveniente de?(LER AS OPÇÕES)

- ◯ Rede geral de distribuição
- ◯ Poço ou nascente
- ◯ Outro meio

24. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: (LER AS OPÇÕES)

- ◯ Asfaltada/pavimentada
- ◯ Terra/cascalho

25. Quem é o chefe da família?

- ◯ O próprio
- ◯ Companheira/esposa
- ◯ Pai
- ◯ Mãe
- ◯ Outro
- ◯ Não sabe

26. SE OUTRA PESSOA É O CHEFE DA FAMÍLIA, especifique quem é:
99. Não se aplica

_____

27. Qual o grau de instrução do chefe da família? (Se o parceiro for o chefe da família, não responder essa questão)

- ◯ Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto (Analfabeto/Primário Incompleto)
- ◯ Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto (Primário Completo/Ginasial Incompleto)
- ◯ Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto (Ginasial Completo/Colegial Incompleto)
- ◯ Médio Completo/Superior Incompleto (Colegial Completo/Superior Incompleto)
- ◯ Superior Completo
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica

28. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe

29. Em relação a sua situação de trabalho, você:

- ◯ Trabalha com carteira assinada
- ◯ Trabalha sem carteira assinada
- ◯ Servidor público (municipal, estadual, federal, militar)
- ◯ Empregador
- ◯ Autônomo
- ◯ Cooperativado
- ◯ Outro
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica

30. SE TEM OUTRA SITUAÇÃO DE TRABALHO, especifique:
99. Não se aplica

_____

31. Qual a sua profissão/ocupação?
99. Não se aplica

_____

32. Qual é sua renda mensal atual? (SM R$ 788,00 - 2015)
99. Não se aplica

_____

33. Há quanto tempo está trabalhando nesta profissão?(ANOS)
99. Não se aplica

_____

34. Há quanto tempo está trabalhando nesta profissão?(MESES)
99. Não se aplica

_____

35. Qual é o bairro em que você mora?

_____

BLOCO B - HISTÓRIA REPRODUTIVA DO PARCEIRO (INTERVENÇÃO E CONTROLE)
36. Você já é pai?

- ◯ Sim
- ◯ Não

37. Quantos filhos você tem?
99. Não se aplica

_____

38. Quantos filhos você tem com a companheira atual? _____
99. Não se aplica

BLOCO C - CARACTERÍSTICAS DO PRÉ-NATAL (INTERVENÇÃO E CONTROLE)
Agora vamos falar da gravidez atual da sua companheira, (nome da companheira)

39. Você acompanhou e/ou participou de alguma consulta de pré-natal da sua companheira?
- ◯ Sim
- ◯ Não

40. SE SIM, de quantas consultas de pré-natal da sua companheira você participou? _____
99. Não se aplica

41. Durante o pré-natal da (nome da companheira), foram pedidos exames para você?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

42. Você realizou exames para HIV/AIDS?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

43. Você realizou exames para Hepatite B?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

44. Você realizou exames para Hepatite C?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

45. Você realizou exames para sífilis?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

46. Você conseguiu pegar/ver/saber sobre os resultados dos exames?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

47. Chegou a fazer tratamento para alguma destas doenças?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica (se ela não fez o pré-natal)

48. Você teve resultado positivo para sífilis?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica

49. SE SIM, você começou a fazer o tratamento?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica

50. SE SIM, você realizou o tratamento completo?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica

51. Quantas doses de injeção você recebeu?
99. Não se aplica

_____

52. Se NÃO, por que não realizou o tratamento?

- ☐ Não sabia que precisava de tratamento
- ☐ Ninguém informou sobre o tratamento
- ☐ O tratamento não estava disponível na unidade
- ☐ Tinha que fazer o tratamento em outra unidade
- ☐ Local onde tinha que fazer o tratamento era longe
- ☐ Não achava que era importante fazer o tratamento
- ☐ Não sentia mal/ nenhum sintoma
- ☐ O tratamento era dolorido
- ☐ Outro
- ☐ Não sabe informar
- ☐ Não se aplica

53. SE NÃO REALIZOU O TRATAMENTO DE SÍFILIS POR OUTRO MOTIVO, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

54. Na unidade de saúde que sua companheira (nome da companheira) acompanhou o pré-natal existe algum grupo de gestantes ou de casais grávidos?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe

55. Sua companheira participou de algum grupo de gestantes?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe

56. Você foi convidado a participar de algum grupo deste tipo?

- ◯ Sim
- ◯ Não

57. Você participou de algum grupo de gestantes ou de casais grávidos?

- ◯ Sim
- ◯ Não

58. SE SIM, por quê? (NÃO LER AS OPÇÕES)

- ☐ Ter mais informações/conhecimento
- ☐ Companheira pediu para participar
- ☐ Ganhavam algum presente no final do curso
- ☐ O local do curso é próximo de casa ou do serviço
- ☐ Gosta dos profissionais do curso
- ☐ Outro
- ☐ Não sabe informar
- ☐ Não se aplica

59. SE PARTICIPOU DO GRUPO POR OUTRO MOTIVO, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

60. SE NÃO, por quê? (NÃO LER AS OPÇÕES)

- ☐ Acha desnecessário porque ela já ia
- ☐ Não sabia que podia participar
- ☐ Não tinha tempo
- ☐ Horário das reuniões é o mesmo do horário de trabalho/não era liberado no trabalho
- ☐ Não podia ir nos horários do curso
- ☐ Local do curso era longe
- ☐ Não tinha dinheiro
- ☐ É demorado
- ☐ Não gosta dos profissionais do curso
- ☐ Não foi convidado
- ☐ Não tinha grupo
- ☐ Outro
- ☐ Não sabe informar
- ☐ Não se aplica

61. SE NÃO PARTICIPOU DO GRUPO POR OUTRO MOTIVO, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

62. De quantas reuniões ou encontros do grupo você participou?
99. Não se aplica

_____

BLOCO D - TRABALHO DE PARTO E DESFECHO PARTO (INTERVENÇÃO E CONTROLE)
63. Você foi o acompanhante da sua companheira no momento da internação para o parto?

- ◯ Sim
- ◯ Não

64. Era um desejo seu ser o acompanhante dela na hora do parto?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe

65. E você esteve presente junto da sua companheira na hora do parto?

- ◯ Sim
- ◯ Não

66. SE SIM, qual a motivo que o incentivou a acompanhar o parto?

- ☐ Queria estar presente
- ☐ Dar apoio para a gestante/companheira
- ☐ Poder ver o bebê
- ☐ É direito da gestante
- ☐ É direito do pai
- ☐ PRENACEL
- ☐ Outro
- ☐ Não se aplica

67. SE OUTRO MOTIVO INCENTIVOU A ACOMPANHAR O PARTO, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

68. SE NÃO, por que não pode assistir o parto? (NÃO LER AS OPÇÕES)

- ☐ A maternidade não permitia qualquer acompanhante
- ☐ Não permitia homens
- ☐ Só permitia acompanhante para adolescente
- ☐ Não queria acompanhar
- ☐ Eu não sabia que podia
- ☐ Minha companheira não queria
- ☐ Não tinha como sair do trabalho
- ☐ Tinha que pagar para ter acompanhante
- ☐ Só podia acompanhante no quarto/alojamento
- ☐ Outro
- ☐ Não sabe
- ☐ Não se aplica

69. SE NÃO PODE ASSISTIR O PARTO POR OUTRO MOTIVO, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

70. Qual foi o tipo de parto que sua companheira teve?

- ◯ Normal
- ◯ Cesárea

71. Qual era o tipo de parto que você desejava?

- ◯ Normal
- ◯ Cesárea
- ◯ Não sabe informar

72. POR QUÊ? (NÃO LER AS OPÇÕES)

- ◯ Experiências positivas de outras mulheres com parto normal/cesárea
- ◯ A preferência da esposa/companheira pelo tipo de parto
- ◯ Medo do parto normal alterar a vagina/deixá-la mais larga
- ◯ O parto normal é mais seguro
- ◯ A cesariana é mais segura
- ◯ A cesárea tem a vantagem de poder agendar a data do parto
- ◯ Filho anterior/experiência anterior positiva com parto normal
- ◯ Filho anterior/experiência anterior negativa com parto normal
- ◯ Filho anterior/experiência anterior positiva com cesariana
- ◯ Filho anterior/experiência anterior negativa com cesariana
- ◯ Parto normal é melhor que cesariana
- ◯ Melhor recuperação no parto normal
- ◯ Outro
- ◯ Não sabe
- ◯ Não se aplica

73. SE DESEJAVA O TIPO DE PARTO (NORMAL OU CESÁREA) POR OUTRO MOTIVO, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

74. Onde você obteve essas informações sobre o parto?

- ☐ Informação na internet
- ☐ Informação em jornal e revista
- ☐ Informação na televisão
- ☐ Informação em grupos de gestante
- ☐ Informação do PRENACEL
- ☐ Outro
- ☐ Não sabe
- ☐ Não se aplica

74. b) Descrição outro

_____

BLOCO E - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO
75. Quando soube que sua parceira estava grávida, você: (LER AS OPÇÕES)

- ◯ Queria ter um filho naquele momento
- ◯ Queria esperar mais tempo
- ◯ Não queria ter um filho
- ◯ Não sabe informar

76. Quando soube que sua companheira estava grávida, você ficou (LER AS OPÇÕES)?

- ◯ Satisfeito
- ◯ Mais ou menos satisfeito
- ◯ Preocupado
- ◯ Outro
- ◯ Não sabe informar

77. Especificar OUTRO da questão anterior:
99. Não se aplica

_____

BLOCO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS
78. Você sabe o que são métodos contraceptivos?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe responder

1.Você poderia citar alguns métodos que você conhece?(marcar apenas os métodos mencionados espontaneamente)

2. Vou falar alguns métodos e você me diz se são métodos contraceptivos.(ler apenas os métodos que não foram mencionados ao responder a pergunta 1.)

	1 Sim espontâneo	2. Sim reconhece	3. Não Conhece
79. Pílula	◯	◯	◯
80. DIU	◯	◯	◯
81. Anticoncepcional injetável	◯	◯	◯
82. Implante/chip	◯	◯	◯
83. Diafragma	◯	◯	◯
84. Camisinha	◯	◯	◯
85. Tabela/Abstinência periódica	◯	◯	◯
86. Coito interrompido	◯	◯	◯
87. LAM Método Lactação e Amenorréia	◯	◯	◯
88. Esterilização -masculina/feminina	◯	◯	◯
89. Outro	◯	◯	◯

Uso de MAC

3. Quais métodos você já usou anteriormente?

	1.Sim	2.Não
90. Camisinha	◯	◯
91. Tabela/Abstinência periódica	◯	◯
92. Coito interrompido	◯	◯
93. Esterilização -masculina/feminina	◯	◯
94. Outro	◯	◯
95. Nenhum	◯	◯

96. Antes de ter esse bebê você e sua companheira estavam usando algum método para evitar ter filho?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe responder

97. Se SIM, que tipo de método vocês estavam usando?
99. Não se aplica

_____

98. Vocês estão pensando em usar algum método para evitar gravidez no pós-parto?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe

Se SIM, qual método estão pensando usar?

	1 Sim	2 Não	99 Não se aplica
99. Pílula	○	○	○
100. DIU	○	○	○
101. Anticoncepcional injetável	○	○	○
102. Implante/chip	○	○	○
103. Diafragma	○	○	○
104. Camisinha	○	○	○
105. Tabela/Abstinência periódica	○	○	○
106. Coito interrompido	○	○	○
107. LAM (Método Lactação e Amenorreia)	○	○	○
108. Esterilização	○	○	○
109. Outro	○	○	○

110. SE ESTÁ PENSANDO EM USAR OUTRO MÉTODO, especifique qual: _____
99. Não se aplica

BLOCO G - CONHECIMENTO DST
111. Você já ouviu falar de doenças que podem ser transmitidas através de relações sexuais?
○ Sim
○ Não
○ Não sabe responder

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

1.Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece?(marcar apenas as doenças mencionadas espontaneamente.)

2.Agora vou dizer outros tipos de doença e você vai me dizer se são doenças sexualmente transmissíveis. (ler apenas as doenças que não foram mencionados ao responder a pergunta 1)

	1. Sim, conhece	2. Sim, reconhece	3. Não conhece
112. AIDS	○	○	○
113. Candidíase	○	○	○
114. Cancro mole	○	○	○
115. Clamídia	○	○	○
116. Gonorreia (pingadeira, esquentamento, gota matinal, corrimento)	○	○	○
117. Condiloma acuminado (HPV) (crista de galo)	○	○	○
118. Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	○	○	○

Confidential

119. Donovanose (úlcera venérea)	○	○	○
120. Hepatites virais(hepatite B)	○	○	○
121. Herpes	○	○	○
122. Infecção pelo Vírus T-linfotrópico humano (HTLV)	○	○	○
123. Linfogranuloma venéreo	○	○	○
124. Sífilis (cancro duro)	○	○	○
125. Tricomoníase	○	○	○

126. O que é possível fazer para prevenir e evitar essas doenças? (NÃO LER AS OPÇÕES)

- ☐ 1. Uso de camisinha em todas as relações sexuais
- ☐ 2. Não ter relações sexuais/Abstinência sexual
- ☐ 3. Evitar várias parceiras sexuais
- ☐ 4. Ter apenas uma parceira sexual
- ☐ 5. Transar apenas com a esposa/namorada alguém que confia
- ☐ 6. Não ter relacionamento sexual homossexual
- ☐ 7. Não doar sangue
- ☐ 8. Não compartilhar seringas/instrumentos que cortam sem esterilizar
- ☐ 9. Outro
- ☐ 88. Não sabe informar

127. SE SOUBER OUTRO MEIO DE PREVENÇÃO PARA AS DST, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

128. Onde você obteve esse tipo de informação?

- ☐ 1. Unidade de saúde
- ☐ 2. Folhetos/cartazes
- ☐ 3. Amigos/parentes
- ☐ 4. Rádio/ televisão/internet
- ☐ 5. Outro
- ☐ 99. Não se aplica

129. SE OBTEVE INFORMAÇÕES EM OUTRO LOCAL, especifique qual:
99. Não se aplica

_____

BLOCO SATISFAÇÃO COM O PARTO.
130. Em sua opinião o atendimento ao parto foi:

- ○ Muito bom
- ○ Bom
- ○ Satisfatório
- ○ Ruim
- ○ Muito ruim

131. POR QUÊ?

_____

132. Em sua opinião o atendimento ao bebê na maternidade foi:

- ○ Muito bom
- ○ Bom
- ○ Satisfatório
- ○ Ruim
- ○ Muito ruim

133. POR QUÊ?

_____

134. Em relação aos profissionais de saúde que lhe atenderam na maternidade, eles:

- ○ Ajudaram bastante
- ○ Ajudaram um pouco
- ○ Não ajudaram
- ○ Não sabe responder

BLOCO H - SATISFAÇÃO COM PRENACEL (INTERVENÇÃO)

135. Você recebeu as mensagens do PRENACEL?
- ◯ Sim
- ◯ Não (SE NÃO, agradece e encerra a entrevista)
- ◯ Não sabe responder
- ◯ Não se aplica

136. Você acha que faltou algum tipo de informação nas mensagens do PRENACEL?
- ◯ Não
- ◯ Sim (responda a seguir)
- ◯ Não se aplica

137. Descreva o tipo de informação de que sentiu falta.
99. Não se aplica

_____

138. Em relação a quantidade de mensagens recebidas você ficou: (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Satisfeito
- ◯ Mais ou menos satisfeito
- ◯ Insatisfeito
- ◯ Não se aplica

139. As informações que você recebeu do PRENACEL te ajudaram a lidar melhor com suas dúvidas? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Ajudaram muito
- ◯ Ajudaram um pouco
- ◯ Elas não ajudaram em nada
- ◯ Elas atrapalharam
- ◯ Não se aplica

140. Em relação às mensagens, como foi pra você ter recebido este tipo de mensagem? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Muito Bom
- ◯ Bom
- ◯ Regular
- ◯ Ruim
- ◯ Muito ruim
- ◯ Não se aplica

141. Como você classificaria a qualidade do serviço prestado pelo PRENACEL? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Excelente
- ◯ Bom
- ◯ Regular
- ◯ Ruim
- ◯ Não se aplica

142. Você enviou dúvidas para o PRENACEL?
- ◯ Não
- ◯ Sim (responda a seguir)
- ◯ Não se aplica

143. SE SIM, como você avalia a resposta fornecida pela nossa equipe? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ A resposta me ajudou
- ◯ A resposta me ajudou mais ou menos
- ◯ A resposta não me ajudou
- ◯ Não se aplica

144. SE SIM, a resposta foi? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Rápida
- ◯ Demorada
- ◯ Nem rápida nem demorada
- ◯ Não soube informar
- ◯ Não se aplica

145. O programa PRENACEL influenciou de alguma forma sua decisão de acompanhar o parto?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Talvez
- ◯ Não se aplica

146. Você recomendaria o programa PRENACEL para alguém? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Talvez
- ◯ Não se aplica

147. Você repassou ou mostrou as mensagens para alguém?
- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não se aplica

148. SE SIM, para quem?
- ☐ Esposa/namorada
- ☐ Amigo(a) ou parente
- ☐ Profissional de saúde do pré-natal
- ☐ Profissional da maternidade
- ☐ Outro
- ☐ Não se aplica

149. SE MOSTROU PARA OUTRA PESSOA, especifique quem: 99. Não se aplica

_____

150. Se você tivesse oportunidade de participar novamente do PRENACEL, numa gravidez futura, você aceitaria? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Sim
- ◯ Talvez
- ◯ Não teria interesse
- ◯ Não se aplica

151. Em geral, qual sua satisfação com o funcionamento do Programa PRENACEL? (LER AS OPÇÕES)
- ◯ Muito satisfeito
- ◯ Satisfeito
- ◯ Indiferente ou levemente insatisfeito
- ◯ Bastante insatisfeito
- ◯ Não se aplica

ANEXOS

Anexo A – Aprovação Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRENACEL Gestante: Desenvolvimento e avaliação de uma estratégia de comunicação para melhorar a qualidade do pré-natal

Pesquisador: Ana Carolina Arruda Franzon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40768415.4.3002.5440

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 979.587

Data da Relatoria: 04/03/2015

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Anexo B – Submissão artigo 1 à Revista Interface

Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2018-0250 Inbox x

revista Interface <onbehalfof@manuscriptcentral.com> May 9
to me, liviapimentab, me, liviapimentab, jp.souza, bmeloni

Portuguese > English Translate message Turn off for: Portuguese ×

09-May-2018

Prezado (a) Mrs. Bonifácio:,

Seu manuscrito intitulado "Adaptação de mensagens educativas para parceiros de gestantes para uso em tecnologias móveis em saúde (mHealth)" foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface – Comunicação, Saúde, Educação.
O ID do manuscrito é ICSE-2018-0250 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.
Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.
Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo
Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação,
Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Editor-chefe
Interface – Comunicação, Saúde, Educação

interface comunicação saúde educação

Adaptação de mensagens educativas para parceiros de gestantes para uso em tecnologias móveis em saúde (mHealth)

Journal:	*Interface - Comunicação, Saúde, Educação*
Manuscript ID	ICSE-2018-0250
Manuscript Type:	Articles
Keyword:	Pesquisa qualitativa, Mensagem de texto, Paternidade

Anexo C – Submissão artigo 2 à Revista Reproductive Health

Reproductive Health

PRENACEL - Use of Short Message Service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized trial

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	REPH-D-18-00178
Full Title:	PRENACEL - Use of Short Message Service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized trial
Article Type:	Research
Funding Information:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BR)/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (2514/2013) — Dr Joao Paulo Souza Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2015/16932-5) — Dra Elisabeth Meloni Vieira
Abstract:	Introduction: The partner accompanying the prenatal care of the woman has presented positive results in relation to mother and child health. This is an important strategy to bring future fathers closer to health services and to improve their link with paternity. Aim: To evaluate whether the implementation of SMS technology, through the PRENACEL program for the partner as a health education program, is a useful supplement to standard prenatal monitoring. Method: A parallel cluster randomized trial, with the clusters representing health units. The 20 health units with the largest number of pregnant women in 2013 were selected for the study. From there, there was a balance of the units according to some criteria and these were allocated in health units intervention and control by the randomization. The partners of the pregnant women who started prenatal care prior to the 20th week of gestation were the study population of the intervention group. The participants received periodic short text messages via mobile phone with information about the pregnancy and birth. In the control group units the partners, together with the women, received the standard prenatal care. Results: 186 partners were interviewed, 62 from the PRENACEL group, 73 from the intervention group that did not opt for PRENACEL and 51 from the control group. A profile with a mean age of 30 years was found and the majority of respondents (51%) declared themselves as brown race/color. The interviewees presented a mean of 9.3 years of study. The majority of the men (57.5%) cohabited with their partner and 63.7% were classified as socioeconomic class C. The adherence to the PRENACEL program was 53.4%. In relation to the individual results, there was a greater participation of the PRENACEL partners in the prenatal consultations, as well as a greater presence of them accompanying the woman at the moment of the birth when compared to the other groups. Conclusion: The study showed that a health education strategy using communication technology seems to have good acceptability and a promising role in engaging men in the prenatal care, birth and postpartum care of their partners. Keywords: paternal involvement, prenatal, mHealth, text messaging, SMS text Trial registration: Clinical trial registry: RBR-54zf73, U1111-1163-7761.
Corresponding Author:	Lívia Pimenta Bonifácio, M.D. Universidade de Sao Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirao Preto BRAZIL

Thank you for approving your submission to Reproductive Health Inbox x

Reproductive Health Editorial Office <em@editorialmanager.com> May 2
to me

PRENACEL - Use of Short Message Service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized trial
Lívia Pimenta Bonifácio, M.D.; Ana Carolina Arruda Franzon; Fernanda Bergamini Vicentine; Jazmin Andrea Cifuentes Sanchez; Livia Oliveira-Ciabati; Magna Santos Andrade; Suzi Volpato Fabio; Geraldo Duarte; Joao Paulo Souza; Elisabeth Meloni Vieira
Reproductive Health

Dear Mrs. Bonifácio,

Thank you for approving the changes and returning your submission entitled 'PRENACEL - Use of Short Message Service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized trial'.

You will be able to check on the progress of your manuscript during the peer review process by logging on to Editorial Manager as an author.

https://reph.editorialmanager.com/

If you have forgotten your username or password please use the "Send Login Details" link to get your login information. For security reasons, your password will be reset.

Thank you for submitting your work to Reproductive Health.

Best wishes,

Editorial Office
Reproductive Health
https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/

Anexo D – CONSORT 2010 – Artigo Reproductive Health

Section/Topic	Item No	Standard Checklist item	Extension for cluster designs	Page No *	Line
Title and abstract					
	1a	Identification as a randomised trial in the title	Identification as a cluster randomised trial in the title	1	1 and 2
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)[i,ii]	See table 2	Appendix abstract	
Introduction					
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	Rationale for using a cluster design	1, 2 and 3	29 – 95
	2b	Specific objectives or hypotheses	Whether objectives pertain to the the cluster level, the individual participant level or both	3	93 – 95
Methods					
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	Definition of cluster and description of how the design features apply to the clusters	4, 5 and 6	100 – 103 134 – 139 145 – 152 173 - 185
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons		-	-
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	Eligibility criteria for clusters	4	117 – 121 122 - 130

	4b	Settings and locations where the data were collected		4	105 - 109
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	Whether interventions pertain to the cluster level, the individual participant level or both	5 and 6	144 - 171
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	Whether outcome measures pertain to the cluster level, the individual participant level or both	7 and 8	226 - 244
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons		-	-
Sample size	7a	How sample size was determined	Method of calculation, number of clusters(s) (and whether equal or unequal cluster sizes are assumed), cluster size, a coefficient of intracluster correlation (ICC or *k*), and an indication of its uncertainty	7	212 - 224
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines		-	-
Randomisation:					
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence		6	173 - 185
	8b	Type of randomisation; details of any	Details of stratification or matching if used	5	135 -140

		restriction (such as blocking and block size)		6	173 - 185
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	Specification that allocation was based on clusters rather than individuals and whether allocation concealment (if any) was at the cluster level, the individual participant level or both	6	173 - 185
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	Replace by 10a, 10b and 10c	6	180 -185
	10a		Who generated the random allocation sequence, who enrolled clusters, and who assigned clusters to interventions	6	180 -185
	10b		Mechanism by which individual participants were included in clusters for the purposes of the trial (such as complete enumeration, random sampling)	5	137 – 140 149 - 152
	10c		From whom consent was sought (representatives of the cluster, or individual cluster members, or both), and whether consent was sought before or after randomisation	6 and 7	197 - 201
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for		6	187 - 192

		example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how			
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions		-	-
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	How clustering was taken into account	7 and 8	226 -244
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses		-	-
Results					
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	For each group, the numbers of clusters that were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	8 Appendix: studyflow_partner; table 1 and table 2	249 - 290
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	For each group, losses and exclusions for both clusters and individual cluster members	Appendix: studyflow_partner	
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up		4 and 5 6 and 7	132 -142 195 - 201
	14b	Why the trial ended or was stopped		-	-

Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	Baseline characteristics for the individual and cluster levels as applicable for each group	8 Appendix: table 1	249- 263
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	For each group, number of clusters included in each analysis	Appendix: studyflow_partner; table 1 and table 2	
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	Results at the individual or cluster level as applicable and a coefficient of intracluster correlation (ICC or k) for each primary outcome	8 and 9 Appendix: table 1 and table 2	264 - 290
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended		8 and 9 Appendix: table 1 and table 2	264 - 290
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory		-	-
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms[iii])		**11**	**349 - 359**

Discussion					
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses		11	349 - 359
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	Generalisability to clusters and/or individual participants (as relevant)	11	358 – 359 360 - 370
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence		9, 10 and 11	293 - 370
Other information					
Registration	23	Registration number and name of trial registry		4	110 -114
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available		4	113 -114
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders		13	408 - 412

Reference

[i] Hopewell S, Clarke M, Moher D, Wager E, Middleton P, Altman DG, et al. CONSORT for reporting randomised trials in journal and conference abstracts. *Lancet* 2008, 371:281-283

[ii] Hopewell S, Clarke M, Moher D, Wager E, Middleton P, Altman DG at al (2008) CONSORT for reporting randomized controlled trials in journal and conference abstracts: explanation and elaboration. *PLoS Med* 5(1): e20

[iii] Ioannidis JP, Evans SJ, Gotzsche PC, O'Neill RT, Altman DG, Schulz K, Moher D. Better reporting of harms in randomized trials: an extension of the CONSORT statement. *Ann Intern Med* 2004; 141(10):781-788.