**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

MONICA ISABEL ALVES

INCLUSÃO DO PARCEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

MONICA ISABEL ALVES

Inclusão do parceiro na assistência pré-natal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia, Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Duarte

RIBEIRÃO PRETO

2017

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.

Alves, Monica Isabel

Inclusão do parceiro na assistência pré-natal. Ribeirão Preto, 2017.

136 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Orientador: Duarte, Geraldo.

1. Pré-natal do Parceiro. 2. Doenças sexualmente transmissíveis 3. Transmissão vertical. 4. Saúde do homem. 5. Saúde perinatal.

ALVES, Monica Isabel

Inclusão do parceiro na assistência pré-natal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho **Guto**, com imenso amor e cumplicidade durante todos os dias das nossas vidas.*

*Ao meu esposo **Juliano**, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.*

*A minha mãe **Elizete**, com amor por acreditar nos meus sonhos, abster-se dos seus para que eu pudesse realizar os meus.*

*Aos meus irmãos **Magno** e **Patrícia**, pelo amor e apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Geraldo, que com sua sabedoria e nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico, intelectual e pessoal.

A Rosane Ap. Gomes Moscardini Alonso pela capacidade de olhar o ser humano com único e por proporcionar a implantação e realização da Estratégia Pré-Natal do Parceiro no município.

A Rosemary Vilela de Paula pelo apoio, companheirismo e ensinamentos durante toda a realização da pesquisa.

As amigas Renata de Oliveira Freitas Borges, Rosângela Queles de Lima, Ana Flávia Coelho, Juliana Santos Pessoni e Joyce Beatriz da Silva pela presença, força, amizade durante a realização desta pesquisa e que permaneceram ao meu lado na conscientização dos casais.

A enfermeira e amiga Elaine Cristina Faleiros Martins pela colaboração na coleta dos dados e principalmente por acreditar, incentivar e convidar os parceiros a aderir ao PNP, consciente das melhorias alcançadas com sua participação.

As enfermeiras e amigas Nariman de Felício Bortucan Lenza e Patrícia Alves dos Santos pelo incentivo, ensinamentos, paciência e colaboração durante toda minha trajetória acadêmica.

Ao amigo Everaldo Alves Martins e Selvio Machado Simon por participar e acolher os casais no PNP.

A Gabriela Campos de Oliveira Figueira pela amizade e colaboração durante a elaboração deste trabalho.

A Suelen Soares Bezerra pelo sorriso e colaboração durante a elaboração deste trabalho.

A todos os amigos que estiveram ao meu lado acreditando que juntos podemos transformar e fazer a diferença na vida das pessoas.

RESUMO

Alves MI. Inclusão do parceiro na assistência pré-natal [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017.

Este estudo teve como objetivo primário avaliar a estratégia de incluir o parceiro na assistência pré-natal no município de Franca-Brasil. Constituíram os objetivos secundários: 1) Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e triglicérides; 2) Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de glicemia de jejum; 3) Detectar a prevalência de parceiros com HAS; 4) Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre gestantes; 5) Verificar a taxa de DMG e de DM entre as gestantes; 6) Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre os parceiros das gestantes; 7) Avaliar a motivação da equipe de saúde em acolher a Estratégia Pré-natal do Parceiro; 8) Avaliar a aceitação materna e do parceiro sobre a estratégia de inclusão do parceiro na assistência PN. Estudo quantitativo, utilizado o teste "t" de *Student* para comparações das variáveis paramétricas e o teste Qui-quadrado para as variáveis não paramétricas, considerando significativo o valor de $p < 0,05$ em quaisquer dos testes. Os resultados identificaram quatro parceiros com hipertensão arterial (3,4%) e 51 (43,2%) com intolerância à glicose, verificando-se que em quatro casos, a glicemia possibilitou diagnosticar diabetes *mellitus*. Constatou-se que a prevalência de dislipidemias dos parceiros foi de 84,4%. No tocante às sorologias identificou-se um casal (1,5%) com sorologia discordante para sífilis (gestante com sífilis) e outro casal, no qual o parceiro foi diagnosticado como portador da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cujo diagnóstico só foi possível por sua participação no PNP. Foi possível identificar que 57 parceiros (48,3%) qualificaram as equipes de saúde com não motivadoras para a adoção da estratégia PNP. No entanto, 58 (49,1%) participaram por motivação própria. A percepção paterna sobre o PNP foi referida como positiva por 77,9% dos parceiros e 93 gestantes/mães (78,8%) consideraram importante e positiva a inclusão do parceiro no PN. Foi identificado que a inclusão do parceiro no PN foi importante no diagnóstico e tratamento precoces de doenças de transmissão vertical e crônicas e que é necessário incentivar a equipe de saúde a difundir os benefícios dessa participação no PN, contribuindo com a saúde da tríade mãe, filho e parceiro.

Palavras-chave: Pré-natal do Parceiro. Doença sexualmente transmissível. Transmissão vertical. Saúde do homem. Saúde perinatal.

ABSTRACT

Alves MI. Inclusion of the Male Partner in Prenatal Care [dissertation]. Ribeirão Preto: University of São Paulo, Ribeirão Preto Medical School; 2017.

This study's primary objective was to analyze the strategy of including the male partner in prenatal care in the city of Franca, Brazil. The secondary objectives were: 1) To detect the prevalence of male partners with abnormal levels of total cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol and triglycerides; 2) To detect the prevalence of male partners with abnormal levels of fasting blood glucose; 3) To detect the prevalence of systemic hypertension among male partners; 4) To detect the prevalence of syphilis, HIV, hepatitis B and hepatitis C among pregnant women; 5) To find out the frequency of Gestational diabetes mellitus (GDM) and of Diabetes mellitus (DM) among pregnant women; 6) To detect the prevalence of syphilis, HIV, hepatitis B and hepatitis C among the pregnant women's male partners; 7) To gauge the health team's motivation to implement the strategy of male involvement in prenatal care; 8) To assess maternal acceptance and male partner acceptance of the strategy of including the male partner in prenatal care. This was a quantitative study, which used the Student's t-test to compare parametric variables and the Chi-squared test for the nonparametric variables and which considered a p-value < 0.05 as significant in both tests. The results identified 4 male partners with hypertension (3.4%) and 51 male partners (43.2%) with glucose intolerance, of which four had a diagnosis of Diabetes mellitus as a result of the blood glucose test. We found that the prevalence of dyslipidemia among the male partners was 84.4%. Regarding serology tests, we identified a couple (1.5%) with discordant syphilis serology (pregnant woman with syphilis) and another couple in which the male partner was diagnosed with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection with such diagnosis only having been possible because of his participation in prenatal care. We could identify that 57 male partners (48.3%) classified the health teams as not encouraging of the male involvement in prenatal care. However, 58 male partners (49.1%) participated by self-motivation. The fathers' perception of their involvement in prenatal care was referred to as positive by 77.9% of the male partners and 93 pregnant women / mothers (78.8%) considered the inclusion of the male partner in prenatal care important and positive. We identified that the inclusion of the male partner in prenatal care was important in the early diagnosis and early treatment of vertical transmission diseases and chronic diseases as well as that it is crucial to encourage health teams to communicate the benefits of the inclusion of the male partner in prenatal care, thus contributing to the health of the father- mother-child triad.

Keywords: Male involvement in prenatal care. Sexually transmitted disease. Vertical transmission. Men's health. Perinatal health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo suas características socioeconômicas e demográficas. Franca, SP, Brasil.....	39
Tabela 2	Distribuição numérica de gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo a unidade de saúde de origem. Franca, SP, Brasil.	40
Tabela 3	Distribuição numérica das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo sua paridade. Franca, SP, Brasil.....	40
Tabela 4	Distribuição numérica das gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo a história pregressa de doenças. Franca, SP, Brasil.....	41
Tabela 5	Distribuição numérica dos resultados da glicemia das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	42
Tabela 6	Distribuição numérica dos resultados da glicemia dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	42
Tabela 7	Distribuição numérica dos resultados do lipidograma dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	43
Tabela 8	Distribuição numérica dos resultados das sorologias de gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	43
Tabela 9	Distribuição numérica dos resultados da pressão arterial dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	44
Tabela 10	Distribuição numérica de consultas realizadas nas UBS e AGAR de gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	45
Tabela 11	Distribuição numérica das gestantes encaminhadas ao AGAR, segundo sua unidade de origem incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	45

Tabela 12	Distribuição numérica das condições e fatores de risco das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro, que justificaram o encaminhamento ao AGAR. Franca, SP, Brasil.....	46
Tabela 13	Distribuição numérica de sorologias por idade gestacional (IG) realizada pelas gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	46
Tabela 14	Distribuição numérica de sorologias realizadas pelas gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	47
Tabela 15	Distribuição numérica dos resultados do comportamento das equipes frente a participação do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.....	48
Tabela 16	Distribuição numérica dos resultados da motivação própria do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro quanto a sua participação no projeto. Franca, SP, Brasil.....	49
Tabela 17	Distribuição numérica dos resultados da presença e/ou participação do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro nas consultas do PN, parto e puerpério. Franca, SP, Brasil.....	50
Tabela 18	Distribuição numérica dos resultados da percepção paterna sobre a Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil	51
Tabela 19	Distribuição numérica dos resultados da contribuição da Estratégia Pré-Natal do Parceiro para as gestantes incluídas. Franca, SP, Brasil.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AGAR	Ambulatório de Gestação de Alto Risco
AVC	Acidente vascular cerebral
DCV	Doença Cardiovascular
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DGO	Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DMG	Diabetes <i>mellitus</i> gestacional
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
USP	Paulo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HC	Hospital das Clínicas
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IST	Infecção sexualmente transmissível
MS	Ministério da Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
PCR	Reação em cadeia da polimerase
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNP	Pré-natal do Parceiro
RN	Recém-nascido

RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Sífilis congênita
SIGS	Sistema Integrado de Gestão da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>TP</i>	<i>Treponema pallidum</i>
TTGO	Teste de Tolerância à Glicose Oral
TV	Transmissão vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	JUSTIFICATIVA.....	21
3.	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo Geral	24
3.2	Objetivos Específicos.....	24
4.	PACIENTES E MÉTODOS.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Aspectos éticos.....	26
4.3	Critérios de elegibilidade	27
4.3.1	Critérios de inclusão.....	27
4.3.2	Critérios de exclusão.....	27
4.4	Cenário da pesquisa.....	27
4.5	Desenvolvimento da pesquisa.....	28
4.6	Interpretação dos exames laboratoriais	29
4.7	Entrevistas.....	33
4.8	Banco de dados.....	34
4.9	Análise estatística.....	35
5	RESULTADOS.....	36
6	DISCUSSÃO.....	52
7	LIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	69
8	CONCLUSÕES.....	71
	REFERÊNCIAS	73
	APENDICES.....	83
	ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

Pré-natal (PN) é a terminologia utilizada para designar o acompanhamento médico dedicado ao binômio materno-fetal durante todo o período gestacional. Nesse acompanhamento, devem ser realizadas ações de prevenção e promoção da saúde desse binômio, com a finalidade de assegurar que a gravidez e o parto ocorram dentro de parâmetros de qualidade permitindo o nascimento de uma criança saudável¹.

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o “Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento” (PHPN) a fim de enfatizar a necessidade de uma gravidez segura atrelando o atendimento a um número mínimo de consultas e à qualidade da assistência durante as consultas, o parto e o puerpério².

Com o intuito de desenvolver ações para promover a adesão ao PN, reduzir índices de mortalidade materna e neonatal e ampliar o acesso das gestantes aos serviços de saúde durante o período gestacional e pós-parto, foi criado o “Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento” (SISPRENATAL) subsidiando informações para os municípios avaliarem suas ações nesse segmento³. Com base nos quesitos desse programa, toda gestante deve ser cadastrada, realizando um número mínimo de consultas, vacinação e exames laboratoriais considerados como prioritários⁴.

A adesão ao PN é de extrema importância, uma vez que é essencial para reduzir os elevados índices de mortalidade materna e perinatal. Visando também à redução de doenças preveníveis durante a gravidez e agravos fetais, a Estratégia Pré-natal do Parceiro tem como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) estimulando o parceiro a participar e acompanhar a gestante nas consultas de PN, com a finalidade de direcionar ações para garantir a saúde dos homens e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde⁵.

O Pré-natal do Parceiro (PNP) possui três componentes, definidos a seguir¹:

1. Humanístico e de afeto: Nesse componente, o objetivo principal do PNP é promover o acolhimento do parceiro nos serviços de saúde ensinando-o e orientando-o sobre as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem durante toda a gravidez, parto e puerpério. A difusão desses ensinamentos pode ser otimizada, possibilitando que o parceiro esteja presente durante a consulta PN da gestante e/ou

nas reuniões do grupo de gestantes. Outros recursos que podem ser utilizados são: a impressão de folhetos, cartilhas ou qualquer material informativo sobre gravidez/parto/puerpério bem como vídeos e informações gravadas enviadas por telefone. Um dos grandes benefícios desse quesito é a redução da violência doméstica durante o PN e o puerpério.

2. Saúde do casal: Esse componente tem a finalidade de fortalecer o vínculo parceiro-gestante-gravidez. O parceiro é inserido na realização de exames que possibilitam a detecção e tratamento precoces de doenças de transmissão vertical (TV) durante a gravidez, como sífilis, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites B e C e doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e dislipidemias. Um dos grandes benefícios desse quesito é a redução do uso de drogas lícitas e ilícitas nesse período.

3. Saúde perinatal: Com esse componente, o parceiro torna-se parte essencial no processo de saúde da família, incluindo o feto e o recém-nascido (RN) na amamentação e principalmente na redução da transmissão vertical de infecções sexualmente transmissíveis (IST). O conhecimento dos resultados sorológicos paternos pode influenciar diretamente na redução das taxas de TV dos microrganismos avaliados. Também tem efeito inegável sobre a saúde perinatal a redução do uso de drogas lícitas e ilícitas bem como das taxas de violência doméstica. A normalidade das situações aqui citadas reduz objetivamente também as taxas de prematuridade¹.

Esclarecido e envolvido no processo da gravidez, o parceiro adquire ou aprimora o conhecimento dos fenômenos gestacionais e puerperais, compreende com clareza a importância da sua participação nesse processo, reforça a adesão aos cuidados pré-natais e de amamentação. O PNP também fornece oportunidades de educação, orientação, apoio aos cuidados materno-fetais, à própria saúde e à saúde de sua família⁶.

Algumas pesquisas demonstraram os benefícios da participação paterna durante o PN, parto, puerpério e aleitamento materno, ressaltando a importância desse envolvimento e do fortalecimento do vínculo gestante-parceiro-filho^{7,8}.

Paulatinamente, o parceiro começa a compreender, com mais clareza, os fenômenos gestacionais, promovendo um envolvimento emocional mais profundo e um contato mais precoce com o filho^{9,10}. Sua participação no momento do parto traz segurança e confiança à parturiente, favorece o fortalecimento da relação conjugal, reduz a necessidade de analgésicos, as taxas de depressão pós-parto, a violência e aumenta as intervenções para restringir as transmissões do HIV e da sífilis^{1,11-13}.

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças infectocontagiosas que provocam a transmissão vertical (sífilis, hepatites e infecção pelo HIV,) influenciam na qualidade de vida triádica gestante-parceiro-filho, considerando-se que a participação do parceiro nesse processo é um componente importante para a redução dos índices dessas enfermidades. Dentre os exames solicitados para os parceiros no PN, visando à redução da TV, inclui-se a testagem para a infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis¹.

Embora a taxa de natalidade esteja reduzindo no país, as complicações por doenças preveníveis está aumentando. A transmissão vertical pelo HIV apresenta uma acentuada redução, enquanto a incidência da sífilis congênita, doença com tratamento de baixo custo e atualmente com possibilidade de diagnóstico rápido (20 minutos utilizando o teste rápido), está, anacronicamente, aumentando sua frequência¹⁴.

O MS possui recomendações que visam a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites durante a gravidez, parto e puerpério, comprometendo-se com a prevenção e redução dos índices de TV no país. No entanto, sabe-se que, sem o envolvimento da avaliação sorológica do parceiro, os resultados estarão fadados ao insucesso¹⁵⁻¹⁷.

A sífilis é uma doença de transmissão sexual causada pelo *Treponema pallidum* (TP), sendo considerado um importante problema de saúde pública, principalmente na transmissão vertical (sífilis congênita), a qual acarreta várias complicações para a gestante e seu filho. Dentre as enfermidades de TV, é a que possui as maiores taxas de transmissão, ocasionando aborto, morte fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer e sífilis congênita em aproximadamente 80% dos bebês de mães não tratadas no período gestacional¹⁵.

A sífilis adquirida é dividida entre recente, latente e tardia. A recente tem menos de um ano de evolução, sendo suas formas primária, secundária e latente

recentes. No primarismo sífilítico, geralmente ocorre uma lesão erosiva no sítio de entrada do TP. No secundarismo sífilítico, as manifestações ocorrem após a viragem sorológica, a qual se verifica, em média, sete semanas após o evento infeccioso. A sífilis tem um longo período de incubação e possui tratamento seguro e efetivo, observando-se também elevados índices de cura com os tratamentos realizados utilizando penicilina benzatina^{15,18}.

O diagnóstico dessa doença pode ser feito após a confirmação da presença do TP na fase do primarismo sífilítico utilizando a pesquisa do microrganismo por meio de microscopia de campo escuro ou reação em cadeia da polimerase (PCR). Para o diagnóstico da sífilis na fase do secundarismo, fase latente ou tardia, o diagnóstico baseia-se em exames sorológicos. O teste comumente utilizado para a sua detecção é o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) ou o *Rapid Plasma Reagin* (RPR), ambos com elevada sensibilidade, apresentando resultados rápidos e de baixo custo. O teste rápido para a sífilis em gestantes e seus parceiros está sendo introduzido no país juntamente com o Projeto Rede Cegonha a fim de possibilitar diagnóstico rápido (20 minutos) e tratamento imediato das gestantes que iniciam o PN tardiamente¹⁴.

A sífilis congênita (SC) pode ser controlada com sucesso se for realizado diagnóstico precoce e tratamento adequado. Para isso, é necessário que a gestante tenha acesso fácil aos serviços de saúde e acompanhamento adequado no PN com realização de sorologias na primeira consulta de PN (início do acompanhamento), devendo ser repetidas no terceiro trimestre de gestação, visto que a transmissão transplacentária ocorre em qualquer período da gestação¹⁸. Como a taxa de TV do *Treponema pallidum* ocorre em torno de 80% dos casos, caracteriza-se a motivação para realizar a testagem em dois momentos da gravidez e no momento do parto. A avaliação do terceiro trimestre oferece a oportunidade do tratamento materno 30 dias antes do parto, período suficiente para que o RN seja considerado como tratado intraútero. O parceiro deve ser tratado juntamente com a gestante. Caso não seja, considera-se que a mãe não recebeu o tratamento adequado^{14,15}.

Na década de 1940, houve redução acentuada da sífilis adquirida e congênita, levando à previsão de que as duas doenças fossem eliminadas no país. Entretanto, os números voltaram a aumentar, sendo um desafio para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento controlarem a TV, como no caso do Brasil.

A penicilina benzatina é o medicamento utilizado para o tratamento da infecção pelo TP, o qual age em todos os estágios da sífilis com elevados índices de efetividade, tanto na terapia materna quanto na fetal^{19,20}.

Em 1986, a SC foi incluída entre as doenças de notificação compulsória mas, somente em 1993, os dados relacionados a este agravo começaram a ser inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em 2011, no país, foram notificados 244 casos de SC, enquanto em 2012 esse número foi de 11.000, indicando a necessidade imperiosa de diagnóstico e tratamento adequados para a gestante e sua parceria sexual. As notificações de gestante com sífilis também aumentaram consideravelmente. Em 2011, foram notificados 1.121 casos, enquanto em 2012, 15.690, evidenciando uma maior conscientização dos profissionais no atendimento às gestantes e que o tratamento não estava sendo indicado a uma significativa parcela de gestantes e seus parceiros^{15,21}. No município de Franca, SP, Brasil, foram diagnosticados 21 casos de sífilis materna em 2012, indicando uma frequência de 0,7% das gestantes que frequentaram os serviços de PN desse município. Do ponto de vista assistencial, as informações existentes apontam uma flagrante falha de diagnóstico e de notificação desse agravo em gestantes²².

A SC é um indicador da assistência PN, evidenciando a necessidade de implantar, buscar, conscientizar e efetivar ações que, consistentemente, reduzam-na no país^{18,23,24}. O MS ressalta algumas ações que devem ser realizadas no PN, como a capacitação precoce da gestante, a oferta de medicamentos, o diagnóstico, o tratamento e o controle das intercorrências clínicas na gravidez, tal como a infecção pelo HIV, sendo o teste sorológico um dos exames essenciais, pois cerca de 40% da transmissão por este vírus ocorre durante a gravidez, especialmente nas últimas semanas¹⁶.

Em 2012, foi demonstrado que o diagnóstico do HIV no início da gravidez possibilita o melhor controle da infecção materna e os melhores resultados da profilaxia da TV desse vírus. Para tanto, faz-se necessária a conscientização dos profissionais de saúde para a solicitação do teste anti-HIV para todas as gestantes. Para aquelas que iniciam o PN tardiamente ou que não frequentam esse tipo de serviço, há o teste rápido. Em ambas as situações, o teste é feito na internação, possibilitando que a instituição realize as medidas profiláticas no parto e pós-parto²⁵.

No ano de 2012, foram diagnosticadas oito gestantes portadoras do HIV em Franca, SP, Brasil, indicando que esse agravo ocorreu em 0,3% do segmento populacional atendido no serviço público municipal²².

A transmissão do HIV acontece por via sexual, sanguínea, vertical ou transplacentária e durante o trabalho de parto, parto e amamentação. Face às graves repercussões para o feto e neonato, a notificação desse vírus em gestantes foi introduzida na lista de notificação compulsória em 2000, visto que, na maioria das vezes, o diagnóstico ocorre tardiamente (no PN ou no momento do parto), ocasionando elevado risco de transmissão vertical^{25,26}.

As hepatites B e C trazem, também, morbidades para a gestante e o neonato. A sorologia para hepatite B é solicitada no PN com a finalidade de promover a imunoprofilaxia no RN no pós-parto. A administração da vacina e da imunoglobulina anti-hepatite B no RN alcança elevados índices de efetividade no sentido de reduzir a TV do vírus dessas doenças. A vacina contra a hepatite B faz parte do Calendário Nacional de Imunização e contribuiu para mudanças no comportamento epidemiológico do país, sendo recomendada desde o nascimento até qualquer faixa etária^{2,17}. Em Franca, SP, Brasil, no ano de 2012, foi diagnosticado apenas um caso de hepatite B em gestantes (0,03%), ao passo que foram notificados 24 casos na população geral, indicando a ocorrência dessa doença em 0,07% entre os residentes deste município²². Novamente, parece que existe falha diagnóstica da enfermidade em gestantes, apontando a possibilidade da sua exposição aos parceiros portadores desse vírus, sem o diagnóstico.

Muitas mulheres em idade fértil estão infectadas com o vírus da hepatite C (HCV), cujo percentual de transmissão materno-fetal varia de 3,5 a 6% dos casos²⁷. Em Franca, SP, Brasil, no ano de 2012, não foi diagnosticado qualquer caso de hepatite C em gestantes, ao passo que tal infecção foi diagnosticada em 0,1% da população geral²².

Em 2002, o MS criou o "Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais" com o intuito de aprimorar ações de saúde para identificar e controlar essas doenças, sendo uma das propostas o "Projeto Sentinela de Gestantes", com a realização da testagem para sífilis, HIV, hepatite B e C nas maternidades de todo o território nacional^{17,27}.

A participação do parceiro no PN além de possibilitar o diagnóstico das

Infecções sexualmente transmissíveis (IST), possibilita o diagnóstico precoce da Hipertensão arterial sistêmica (HAS), das dislipidemias e do Diabetes *mellitus* (DM) entre adultos jovens. Não existem dúvidas acerca dos efeitos positivos dessa medida, a qual possibilita evitar os efeitos dessas doenças se forem diagnosticadas precocemente e, conseqüentemente, instituir intervenções na tentativa de controle previamente à ocorrência de suas complicações²⁸⁻³⁰. O diagnóstico precoce desses agravos é um dos objetivos da PNAISH e a inclusão da aferição da pressão arterial e da dislipidemia dos parceiros durante o pré-natal de suas parceiras/esposas é francamente estimulado pelo MS⁵.

Alguns estudos têm demonstrado a prevalência da HAS no Brasil, utilizando como método de abordagem a aferição da pressão arterial ou a autorreferida como os estudos de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do MS que é realizado no país desde 2006³¹⁻³⁵.

As implicações clínicas da HAS são doenças cardiovasculares (DCV) como o Infarto agudo do miocárdio (IAM) e o Acidente vascular cerebral (AVC) sendo necessária a implantação de estratégias na Atenção Básica para promover o diagnóstico precoce, a prevenção, as melhorias na qualidade de vida da população, o monitoramento, o controle e a redução da morbimortalidade deste agravo. O diagnóstico precoce permite melhorias na qualidade de vida da população, manutenção da renda familiar e da produtividade profissional^{34,36-39}.

Para o MS é fundamental a educação das equipes de saúde da Atenção Básica para promover a organização do cuidado ao portador de HAS auxiliando no processo de trabalho dos profissionais e nas mudanças no estilo de vida dos pacientes, fator primordial na adesão a terapêutica e na prevenção da HAS³⁹.

A dislipidemia também é um fator de risco para as Doenças cardiovasculares (DCV), sendo considerada uma das principais causas de mortalidade em adultos³⁸. Indivíduos com parâmetros lipídicos alterados podem ficar assintomáticos durante anos, acometendo órgãos-alvo e aumentando os riscos de AVC, IAM e HAS, tornando-se um fator de risco com desfechos de alto custo para os serviços secundários, terciário e no fator social^{37,40,41}.

Realizar ações de prevenção, promoção da saúde e detecção precoce de dislipidemia implica em melhorias na qualidade de vida, na diminuição das doenças

crônicas não transmissíveis (DCNT) e, conseqüentemente, na diminuição de custos financeiros⁴².

Reconhecendo a importância da prevenção de morbimortalidade em homens e efetivando estratégias para consolidar a PNAISH o MS publicou em 2012 uma avaliação sobre a implantação desta política, com a finalidade de monitorar os indicadores da saúde masculina⁴³.

A inclusão do parceiro nas consultas de PN despertou o interesse para engajar o homem nessa assistência e inseri-lo no cuidado precoce de sua saúde, no que se refere às HAS, DM e dislipidemias, fortalecer vínculos com a sua participação na evolução da gravidez, detectar IST e diminuir os índices de TV da sífilis, do HIV e das hepatites B e C¹.

2. JUSTIFICATIVA

A inclusão do parceiro no PN é uma estratégia de saúde de criação recente com amparo do MS. Essa estratégia proporciona benefícios para a saúde da mãe-parceiro-filho, fortalece o vínculo do trinômio, reforça a adesão materna ao PN, reduz a violência doméstica, diagnostica doenças transmissíveis e não transmissíveis e reduz a transmissão horizontal e vertical de algumas enfermidades¹. Nesse sentido, a aceitação do parceiro para participar da Estratégia Pré-Natal do Parceiro permite que ele entre no sistema de saúde, participe de ações de promoção da sua saúde e de prevenção de agravos evitáveis, visto que os homens demoram mais para procurar os serviços de saúde⁵.

Como se sabe, a estratégia PNP divide-se em três fases e os benefícios auferidos pela etapa de “humanização e afeto” podem ser resumidos por maior adesão ao aleitamento materno, baixos índices de depressão puerperal e redução de violência doméstica, dentre outros^{1,12}. Por sua vez, os benefícios decorrentes das fases de “saúde do casal” e “saúde perinatal” são representados pelo diagnóstico precoce da HAS, das dislipidemias e do DM nos parceiros, além do diagnóstico da sífilis, das hepatites B e C e da infecção pelo HIV^{1,16,26}.

Os indicadores de saúde do Município de Franca, SP, Brasil apontam que há necessidade de buscar alternativas tanto para otimizar a assistência PN quanto para implementar estratégias visando melhorar a saúde do homem. Para que isso ocorra, a realização de um projeto que busca aliar essas variáveis seria lógica irreparável. Nessa perspectiva, a inclusão do parceiro na assistência PN dessa comunidade é de fundamental importância.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a estratégia de incluir o parceiro na assistência pré-natal no município de Franca, SP, Brasil.

Objetivos Específicos

- Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e triglicérides;
- Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de glicemia de jejum;
- Detectar a prevalência de parceiros com HAS;
- Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre gestantes;
- Verificar a taxa de Diabetes *mellitus* gestacional (DMG) e de DM entre as gestantes;
- Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre os parceiros das gestantes;
- Avaliar a motivação da equipe de saúde em acolher a Estratégia Pré-natal do Parceiro;
- Avaliar a aceitação materna e do parceiro sobre a estratégia de inclusão do parceiro na assistência PN.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo observacional descritivo analítico quantitativo que avaliou os efeitos da inclusão do Parceiro na Estratégia Pré-Natal do Parceiro no município de Franca, SP, Brasil. Foram avaliados os efeitos sobre as taxas de diagnóstico de dislipidemia, alterações do metabolismo glicêmico, alterações da pressão arterial, sífilis, infecção pelo HIV e hepatites B e C dos parceiros e sobre as taxas de diagnóstico de sífilis, infecção pelo HIV e hepatites B e C das gestantes. Também, foram avaliados os efeitos da inclusão do parceiro no PNP no envolvimento da equipe de saúde, motivação do parceiro, presença do parceiro, percepção paterna e percepção materna.

4.2 Aspectos éticos

Antes do início da coleta dos dados, esse projeto foi encaminhado à Secretária Municipal de Saúde de Franca, SP, Brasil para avaliação e consentimento para a realização das sorologias (Apêndice A). Após a aprovação do projeto este foi enviado a Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (DGO-FMRPUSP) (Anexo A) e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas (HC) da FMRP-USP (Anexo B). Esses procedimentos foram implantados após registro do projeto na Plataforma Brasil.

As avaliações envolvendo pacientes só foram iniciadas após a aprovação do projeto nas instâncias previamente citadas. Os sujeitos (gestantes e parceiros) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B e C), em duas vias, os quais ficaram com uma via do documento, permitindo-lhes a saída da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de sua assistência.

4.3 Critérios de elegibilidade

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa 118 gestantes cadastradas no SISPRENATAL e seus parceiros, os quais aceitaram participar das entrevistas e da coleta de exames laboratoriais para dosagens das sorologias referentes ao diagnóstico de sífilis, hepatites B e C e infecção pelo HIV. Os parceiros também concordaram com a realização da coleta de exames laboratoriais para dosagens do lipidograma, da glicemia e a aferição da pressão arterial.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do projeto as gestantes cujos parceiros não aceitaram participar da pesquisa, os casais que aceitaram participar, assinaram os TCLE, mas a gestante e/ou o parceiro não realizaram a coleta dos exames laboratoriais. Também, foram excluídos os casais homo afetivos.

4.4 Cenário da pesquisa

O município de Franca, SP, Brasil apresenta uma área de 605 km², situando-se na região nordeste do Estado de São Paulo, Brasil. Limita-se ao norte com Cristais Paulista, ao sul com Restinga e Patrocínio Paulista, ao noroeste com Ribeirão Corrente, ao oeste com São José da Bela vista e ao leste com o Estado de Minas Gerais⁴⁴.

Também é sede do VIII Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, com total de 23 municípios. Este município presta atendimento nas áreas de atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por meio de serviços próprios, conveniados e contratados⁴⁵.

A Atenção Básica do município é composta por 14 Unidades Básicas de

Saúde (UBS) e sete Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) divididas em quatro regiões e distribuídas da seguinte forma:

- Região Norte: quatro UBS e um ESF;
- Região Sul: três UBS e três ESF;
- Região Leste: quatro UBS e dois ESF;
- Região Oeste: três UBS e um ESF.

Conta, ainda, com três unidades de urgência e emergência (Pronto Socorro Municipal adulto, infantil e Unidade de Pronto Atendimento), SAMU e Serviços Ambulatoriais Especializados.

As UBS utilizadas para realizar esta pesquisa foram: Aeroporto III, Brasilândia, Horto, São Sebastião, Leporace e Ambulatório de Gestantes de Alto Risco (AGAR).

A população estimada de Franca, SP, Brasil em 2016, foi de 342.112 habitantes, com uma população feminina de 169.289. A projeção de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) para o mesmo ano foi de 102.493⁴⁴. Nesse ano, ocorreram 4.300 nascimentos de pessoas residentes no município e, de acordo com o SISPRENATAL, o número de gestantes cadastradas foi de 3.035, explicado pelo fato de que vários partos foram de pacientes oriundas das cidades vizinhas, as quais não possuem maternidades⁴⁵.

4.5 Desenvolvimento da pesquisa

Somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas (HC-FMRPUSP) e da Secretaria Municipal de Saúde de Franca, SP, Brasil iniciou-se a inclusão das gestantes e seus parceiros.

A coleta de dados dos casais foi realizada de fevereiro de 2015 a dezembro de 2016.

No primeiro contato com o casal foi feito o convite para participação da pesquisa. Para as gestantes foram solicitados os exames laboratoriais rotineiros da assistência PN do município. Para o parceiro foram solicitados os exames sorológicos (VDRL, hepatites B e C e anti-HIV), glicemia e lipidograma.

Adicionalmente, foi aferida sua pressão arterial.

Nesta mesma consulta foi aplicado o instrumento de pesquisa para a coleta de dados, cuja finalidade foi caracterizar epidemiologicamente a amostra e obter outras informações sensíveis para a presente pesquisa (Apêndices D e E), conforme as informações demonstradas na sequência.

Para as gestantes foram considerados os seguintes parâmetros:

- Idade, cor, escolaridade, estado civil, paridade, renda familiar, idade gestacional (IG) da realização das sorologias para sífilis, HIV, hepatite B e C, diagnóstico anterior de doença crônica não infecciosa, IST anteriormente diagnosticada, número de consultas de PN nas UBS e no AGAR, número de sorologias realizadas na gravidez, complicações na gravidez e outras morbidades associadas.

Para os parceiros foram considerados os seguintes:

- Idade, cor, escolaridade, estado civil, diagnóstico anterior de doença crônica não infecciosa, IST anteriormente diagnosticada, número de participação nas consultas nas UBS e no AGAR e número de reuniões de gestantes que participou.

Na sequência, estes casais foram encaminhados para a coleta de seus exames no Laboratório Municipal. A coleta em um único estabelecimento laboratorial facilita a rotina do município referente à busca ativa de pacientes com exames alterados e dos faltosos.

A última etapa referente à coleta de dados consistiu em uma entrevista estruturada realizada pelo telefone, utilizando o aplicativo *Record My Call* para registro do diálogo. Estas entrevistas aconteceram de acordo com agendamento prévio, no período pós-parto (Apêndices F e G), pela pesquisadora, visando maior uniformidade dos parâmetros obtidos.

4.6 Interpretação dos exames laboratoriais

As técnicas utilizadas e os valores para cada exame foram⁴⁵⁻⁴⁸:

- ANTI-HIV. Detecção qualitativa simultânea do antígeno HIV P24 e dos anticorpos contra o HIV 1. Método: Imunoensaio de Micropartículas por Quimioluminescência (CMIA) nos equipamentos *Architect i1000* (Abbott) e *Advia Centaur* (Siemens-Diagnóstica). Antígenos recombinantes e dois peptídeos sintéticos dos grupos M e O do HIV 1 e do HIV2 e anticorpos monoclonais de camundongo anti – HIV.

Interpretação dos resultados:

Cut Off (CO): 1,00;

NÃO REAGENTES: Menor que 0,9 CO;

INDETERMINADOS: 0,9 a 1,1 CO;

REAGENTES: Maior que 1,1 CO.

- HBsAg. Determinação qualitativa do antígeno de superfície do vírus da Hepatite B em soro ou plasma. Método: Imunoensaio de Micropartículas por Quimioluminescência (CMIA) nos equipamentos *Architect i1000* (Abbott) e *Advia Centaur* (Siemens-Diagnóstica).

Interpretação dos resultados:

Cut Off (CO): 1,00;

NÃO REAGENTES: Menor que 0,9 CO;

INDETERMINADOS: 0,9 a 1,1 CO;

REAGENTES: Maior que 1,1 CO.

- *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). Triagem Sorológica da Sífilis. Método: RPR-Corado.

- SÍFILIS TP. Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA) no equipamento *Architect i1000* (Abbott) ou *Advia Centaur* (Siemens-Diagnóstica).

- ANTI-HCV. Determinação Qualitativa do anticorpo para o vírus da Hepatite C. Método: Imunoensaio de Micropartículas por Quimioluminescência (CMIA) nos equipamentos *Architect i1000* (Abbott) e *Advia Centaur* (Siemens-Diagnóstica).

Interpretação dos resultados:

Cut Off (CO): 1,00;

Não reagentes: Menor que 0,9 CO;

Indeterminados: 0,9 a 1,1 CO;

Reagentes: Maior que 1,1 CO.

- Lipidograma. Colesterol total e triglicérides. Sistema enzimático para determinação de colesterol total em amostras de soro por reação de ponto final. Método Enzimático *Trinder* no equipamento *Labmax 240 Premium* (Labtest).
- Colesterol HDL: Sistema para determinação quantitativa e direta da lipoproteína de alta densidade do colesterol (HDL) em amostras de soro e plasma. Método: Surfactante Seletivo no equipamento *Labmax 240 Premium* (Labtest).

Interpretação dos resultados:

Lípídeos	Valores (mg/dl)	Categoria
Colesterol Total	Menor que 239	Normal
	Maior ou igual a 240	Elevado
LDL	De 100 a 159	Normal
	Maior ou igual 160	Elevado
HDL	Maior que 41	Normal
	Menor que 40	Baixo
Triglicérides	Menor que 149	Normal
	Maior ou igual a 150	Elevado

Ref.: V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose⁴⁶, 2013. Modificada pelos autores desta pesquisa.

- Glicose: Método Hexoquinase – UV - Automatizado no equipamento *Labmax 240 Premium* (labtest).

Interpretação dos resultados:

Glicose	Valores (mg/dl)
Normal	70 a 100
Intolerantes	101 a 125
Diabéticos	Superior a 126

Ref.: American Diabetes Association (ADA)⁴⁷, 2010.

Nos casos de resultados laboratoriais alterados (exames sorológicos), o Laboratório Municipal encaminhou notificações para o profissional de saúde solicitante, permitindo a busca ativa do parceiro e/ou gestante para exame confirmatório no Ambulatório de IST/Aids. Posteriormente estes parceiros foram notificados à Vigilância Epidemiológica. Nos casos em que os exames indicaram alterações do metabolismo glicídico e lipídico, os parceiros foram encaminhados para consultas especializadas.

- Avaliação da pressão arterial

O parceiro esteve sentado, com o braço apoiado na altura do coração, com as pernas descruzadas, em repouso por no mínimo cinco minutos, foi orientado para não estar com a bexiga cheia, não ter praticado atividade física na última hora, não ter ingerido café e/ou bebida alcoólica e ter evitado fumar nos últimos 30 minutos. A aferição foi realizada com manguito do tamanho correto para o braço de cada indivíduo^{31,39}.

Interpretação dos resultados:

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Hipertensão Arterial Sistêmica	≥ 140	> 90

Ref.: Gualandro DM, et al., 2014⁴⁸.

4.7 Entrevistas

A partir das entrevistas telefônicas dos parceiros e das mães foram quantificadas as estratificações em cinco domínios, a saber:

- O envolvimento/comprometimento da equipe no convite do parceiro para participar do PN;
- A motivação do parceiro para participar do PN;
- A presença e/ou participação do parceiro nas consultas de PN, parto e puerpério;
- A percepção do parceiro em relação à sua inclusão no PN e
- A percepção da mãe em relação à inclusão do parceiro no PN.

Sobre a motivação da equipe de saúde no convite do parceiro para participar do PN suas respostas foram estratificadas como:

- 1. Equipe motivadora:** Aquela que convidou, incentivou e demonstrou os benefícios para os parceiros participarem do PN;
- 2. Equipe passiva:** Aquela que não convidou os parceiros para participarem do PN.

Sobre a motivação própria do parceiro para participação no PN suas respostas foram estratificadas como:

- 1. Parceiro participativo:** Aquele que por iniciativa própria participou do PN;
- 2. Parceiro passivo:** Aquele que participou do PN por meio do convite da gestante e/ou da equipe de saúde;
- 3. Parceiro não participativo:** Aquele não participou do PN, mas colheu os exames laboratoriais e realizou a aferição da pressão arterial.

Sobre a presença e/ou participação do parceiro nas consultas do PN, parto e puerpério suas respostas foram estratificadas como:

- 1. Parceiro com participação ativa:** Aquele que participou das consultas do PN, parto e puerpério;
- 2. Parceiro com participação passiva:** Aquele que participou levando a gestante às consultas e/ou forneceu dinheiro para o transporte e/ou participou por

solicitação da gestante;

3. Parceiro não participativo: Aquele que não participou por motivos de gênero ou por desconhecer a importância de sua presença no processo gestacional.

Sobre a percepção do parceiro em relação a sua inclusão na Estratégia PNP suas respostas foram estratificadas como parceiro com impressão positiva, passiva e negativa. Desde que não ocorreu nenhuma resposta negativa esta não será apontada, na sequência:

1. Parceiro com impressão positiva: Aquele que apreciou e constatou a importância da sua presença nos componentes humanístico e de afeto, saúde do casal e saúde perinatal;

2. Parceiro com impressão passiva: Aquele que não observou qualquer transformação/melhoria na saúde do casal e perinatal.

Sobre a percepção das mães em relação às estratégias PNP suas respostas foram estratificadas como mãe com impressão positiva, passiva e negativa. Desde que não ocorreu nenhuma resposta negativa, esta não será apontada na sequência:

1. Mãe com impressão positiva: Aquela que apreciou e constatou a importância da presença do parceiro nos componentes humanístico e de afeto, saúde do casal e saúde perinatal;

2. Mãe com impressão passiva: Aquela que não observou qualquer transformação/melhoria na saúde do casal e perinatal.

Para preservar a identidade dos participantes, a identificação dos discursos ocorrerá pela letra “C”, indicando a palavra casal, seguida por número, as iniciais “H” para denominar o parceiro e “M” para a mulher.

4.8 Banco de dados

Todos os resultados foram inseridos na plataforma EXCEL com dupla digitação. As entrevistas foram gravadas no *smartphone Samsung On 7* e transcritas após escuta.

4.9 Análise estatística

Para a análise estatística dos resultados desse estudo, foram utilizados o teste "t" de *Student* para comparações das variáveis paramétricas e o teste do Qui-quadrado para as variáveis não paramétricas. Foi considerado significativo o valor de $p < 0,05$ em quaisquer dos testes estatísticos utilizados⁴⁹.

A Estratégia Pré-Natal do Parceiro foi liberada para implementação no município de Franca, SP, Brasil em janeiro de 2015 após treinamento realizado com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos da rede de saúde. Fez parte deste treinamento a implantação da ferramenta “Pré-natal do Parceiro” no Sistema Integrado de Gestão da Saúde (SIGS), a fim de informatizar a consulta médica e de enfermagem visando à solicitação de exames para o parceiro.

Na Tabela 1 podem ser encontradas as informações referentes às características sociodemográficas e econômicas das gestantes e seus parceiros. Nota-se que houve dezoito adolescentes grávidas (15,2%), predomínio de gestantes na faixa etária entre 20 a 30 anos (50,8%), seguida de 30,5% de gestantes com idade de 31 a 40 anos, sendo a média de idade de 28,1 anos. Três parceiros eram adolescentes (2,5%); a distribuição desses parceiros na faixa etária entre 20 e 30 anos foi de 44% e 39,8% estavam com idade entre 31 a 40 anos. Para a faixa etária de 41 anos ou mais chegaram a 13,5%; média de idade foi de 32,1 anos.

A cor referida pelas gestantes e parceiros foi predominantemente a branca: 61% e 50,8%, respectivamente. Para esse estudo, foi utilizado o Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE⁵⁰.

Sobre o nível de escolaridade, o estudo permitiu observar que 50% das gestantes possuem ensino médio. Essa variável é semelhante para os parceiros, sendo predominante o ensino médio (56,7%).

Para o item ocupação, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)⁵¹. A classificação de ocupações do MTE⁵¹ utiliza as seguintes nomenclaturas para nomear as atividades de trabalho por competências e similaridades: grandes grupos (GG), subgrupos principais (SGP) e subgrupos (SG). Foram utilizados os GG para descrever as ocupações dos sujeitos da pesquisa. Para as gestantes prevaleceram as seguintes indicações: CBO GG 7 trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 27,1% e trabalhadoras dos serviços, vendedoras do comércio em lojas e mercados (16%). O setor calçadista está inserido no GG 7 pois a cidade de Franca, SP, Brasil é conhecida por seu importante parque industrial no setor de calçados. Verificou-se que 29,6% das gestantes permaneceram no grupo denominado “sem profissão/ocupação”, pois segundo o MTE a denominação “do lar” não é considerada profissão. Quanto aos parceiros, o setor calçadista, presente no GG 7

responde por 22% do emprego desses parceiros e as demais profissões representam 64,4%, sendo identificadas em 76 parceiros⁵¹. Esta classificação serve para a construção de carreira trabalhista, mas é algo confusa e longa para comparações mais objetivas, visando informações diretas. Para alcançar os objetivos didáticos e metodológicos desta pesquisa será utilizada a classificação considerando o profissional do setor calçadista, o do lar, o sem ocupação no momento, o autônomos e os outros (Tabela 1).

Considerando a renda familiar dos casais de até cinco salários mínimos, verificou-se que 55% estavam situados nessa faixa salarial (65 casais) e 53 recebiam até um salário mínimo (44,9%).

Sobre a situação conjugal, verificou-se que a maioria dos casais são de pessoas casadas/relacionamento estável (85,5%) e os solteiros perfazem 14,4% (dezessete casais).

Tabela 1 - Gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo suas características socioeconômicas e demográficas. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)		Parceiro (n= 118)	
	n	%	n	%
Faixa etária (anos)				
11 a 19	18	15,2	3	2,5
20 a 30	60	50,8	52	44
31 a 40	36	30,5	47	39,8
41 ou mais	4	3,3	16	13,5
Cor referida				
Branco	72	61	60	50,8
Não Branco	46	38,9	58	49,1
Escolaridade				
Ensino Fundamental	52	44	47	39,8
Ensino Médio/Téc.	59	50	67	56,7
Ensino Superior	7	5,9	4	3,3
Ocupação				
Do lar	35	29,6	-	-
Setor calçadista	29	24,5	26	22
Autônomo	-	-	2	1,6
Outros	45	38,1	76	64,4
Não respondeu	9	7,6	14	11,8
Renda Familiar (salário mínimo)				
Até 1	53	44,9	-	-
Até 5	65	55	-	-
Situação Conjugal				
Casado/relacionamento estável	101	85,5	-	-
Solteiro/sem relacionamento estável	17	14,4	-	-

Na Tabela 2 encontram-se os dados referentes à unidade de origem dos participantes da pesquisa, verificando-se que houve diferentes percentuais entre as UBS participantes do PNP, variando de 48,3% a 8,4%.

Tabela 2 - Distribuição numérica de gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo a unidade de saúde de origem. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)		
UBS Aeroporto III	57	48,3
UBS Brasilândia	17	14,4
UBS Horto	15	12,7
UBS São Sebastião	13	11
UBS Leporace	10	8,4
AGAR	1	0,8
Outras cidades	5	4,2

Na Tabela 3 encontram-se os dados referentes ao perfil reprodutivo das gestantes, verificando-se que 51,6% dessas mulheres tiveram de um a dois partos anteriores.

Tabela 3 - Distribuição numérica das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo sua paridade. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Paridade		
Nulípara	40	33,9
1 a 2	61	51,6
3 a 4	9	7,6
Maior ou igual 5	8	6,7

Quanto à história pregressa de doenças dos (as) participantes desse estudo, os resultados estão na Tabela 4. Os relatos de doenças crônicas demonstrou que 15 gestantes eram hipertensas (12,7%) e nove tinham DM (7,6%). Constatou-se, também, a presença de dislipidemia, tireoidopatias, depressão, epilepsia, cardiopatia, rim único, retinose pigmentar e trombofilia. Entre os parceiros, os dados indicaram a HAS (6,7%) e DM (2,5%), a dislipidemia, bronquite e tireoidopatias em

1,6% dos entrevistados, seguidos por gota, anemia falciforme e megaloblástica, todas com 0,8%. Porém, a grande maioria de gestantes e parceiros relatou não apresentar qualquer doença crônica, respectivamente 72% e 83%. Observa-se que os 118 casais (100%) relataram a ausência de diagnósticos referentes à HIV e/ou sífilis. Entretanto, duas gestantes e um parceiro mencionaram ser portadoras do Papilomavírus Humano (HPV).

Houve sete gestantes que mencionaram ter mais que uma doença crônica, cinco delas possuem HAS e DM, uma com HAS e trombofilia e outra com depressão e epilepsia.

Tabela 4 - Distribuição numérica das gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo a história pregressa de doenças. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)		Parceiro (n= 118)	
	n	%	n	%
Doença crônica				
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	15	12,7	8	6,7
Dislipidemia	2	1,6	2	1,6
Tireoidopatias	6	5	2	1,6
Depressão	2	1,6	-	-
Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	9	7,6	3	2,5
Epilepsia	2	1,6	-	-
Cardiopatias	1	0,8	-	-
Rim único	1	0,8	-	-
Trombofilia	1	0,8	-	-
Retinose pigmentar	1	0,8	-	-
Bronquite	-	-	2	1,6
Gota	-	-	1	0,8
Anemia falciforme	-	-	1	0,8
Anemia megaloblástica	-	-	1	0,8
Ausência de doenças crônicas	85	72	98	83
Infecção Sexualmente Transmissível (IST)				
Papilomavírus Humano (HPV)	2	1,6	1	0,8
Ausência de IST	116	98,3	117	99,1

Na Tabela 5 são observados os resultados referentes à glicemia das

gestantes. Cinco delas (4,2%) apresentaram glicemia compatível com diagnóstico de DM (glicemia de jejum > 126 mg/dl), 75 gestantes (63,6%) tiveram o resultado desse exame alterado na primeira glicemia de PN (glicemia de jejum $\geq$ 92 mg/dl e < 126 mg/dl), sendo classificadas como tendo Diabetes *mellitus* gestacional (DMG), demonstrando a importância do rastreio de DMG na gravidez. Informa-se que a glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dl e menor que 126 mg/dl para gestantes é considerado DMG⁴⁷.

Tabela 5 - Distribuição numérica dos resultados da glicemia das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Glicemia		
Normal	38	32,2
Diabetes <i>mellitus</i> gestacional (DMG)	75	63,6
Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	5	4,2

Glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dl (Miligrama por decilitro) e menor que 126 mg/dl para gestantes é considerado DMG.

Os dados referentes à glicemia dos parceiros estão representados na Tabela 6. Três relataram ser diabéticos, mas 43,2% deles apresentaram valores definidos como intolerância à glicose ou pré-diabético. Em quatro casos, a glicemia possibilitou diagnosticar DM. Homens com glicemia de jejum maior a 126 mg/dl são consideradas como diabéticos⁴⁷.

Tabela 6 - Distribuição numérica dos resultados da glicemia dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Glicemia		
Normal	63	53,3
Intolerante	51	43,2
Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	4	3,3

Homens com glicemia de jejum igual ou maior a 126 mg/dl são consideradas como diabéticos.

Os resultados do lipidograma dos parceiros demonstraram normalidade em apenas 15,2% dos integrantes deste estudo, mas foi possível diagnosticar 84,8% deles como portadores de algum tipo de distúrbio dislipidêmico. Na Tabela 7 estão agrupadas todas as alterações dislipidêmicas observadas neste grupo de parceiros.

Tabela 7 - Distribuição numérica dos resultados do lipidograma dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Lipidograma		
Normal	18	15,2
Hipercolesterolemia isolada	1	0,8
Hipertrigliceridemia isolada	23	19,4
Hiperlipidemia mista	6	5
HDL-Colesterol baixo	70	59,3

O MS preconiza a realização das sorologias em gestantes e apoia essa estratégia para o parceiro^{3,5}. Observa-se que o resultado da sorologia de sífilis para um casal foi reagente (0,8%) para a gestante e não reagente para o parceiro. Quanto à sorologia para hepatite C (9,3%), foi realizada somente em 11 gestantes, pois esta não é rotina no PN de Franca, SP, Brasil. Encontrou-se, em outro casal, a sorologia de anti-HIV (0,8%) reagente para o parceiro e não reagente para a gestante. Em três gestantes não foi realizada a pesquisa do HBsAg (2,5%).

Tabela 8 - Distribuição numérica dos resultados das sorologias de gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Sorologia	Gestante (n= 118)				Parceiro (n= 118)			
	Reagente		Não Reagente		Reagente		Não Reagente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VDRL	1	0,8	117	99,1	-	-	118	100
Anti-HIV	-	-	118	100	1	0,8	117	99,1
HBsAg	-	-	115	100	-	-	118	100
Anti-HCV	-	-	11	100	-	-	118	100

Na Tabela 9 encontram-se os dados referentes à Pressão Arterial entre os parceiros. No total, oito identificaram-se como hipertensos previamente, porém foi constatado que mais quatro (3,4%) foram diagnosticados com HAS. Portanto, a inclusão dos homens no PN representou benefício objetivo para o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, nos parceiros dessa casuística.

Tabela 9 - Distribuição numérica dos resultados da pressão arterial dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Pressão Arterial	Parceiro (n= 118)	
	Normal	Elevado
	n	%
Ótima	80	67,8
Normal	26	22
HAS	12	10,1

O número de consultas que gestantes e parceiros participaram, tanto na UBS quanto no AGAR, está representado na Tabela 10. Os resultados demonstraram que 69 gestantes (58,4%) participaram de sete ou mais consultas durante o PN, indo de encontro com o número preconizado pelo MS^{2,3} e que 23,7% realizaram três consultas ou menos, tornando-as mais vulneráveis aos agravos relacionados à gravidez.

Quanto ao AGAR, o número de consultas das gestantes também atende às normativas do MS^{2,3} sendo, respectivamente, de quatro a seis consultas (12,7%) e mais de sete (18,6%). A participação do parceiro no AGAR foi de 22% na categoria de uma a três consultas e em relação à participação de quatro a seis, 3,3%. Seis (68,6%) relataram não participar das consultas.

Tabela 10 - Distribuição numérica de consultas realizadas nas UBS e AGAR de gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil

Consultas	Gestante (n= 118)				Parceiro (n= 118)			
	UBS		AGAR		UBS		AGAR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	1,6	-	-	29	24,5	6	68,6
1 -- 3	28	23,7	6	5	58	49,1	26	22
4 -- 6	19	16,1	15	12,7	15	12,7	4	3,3
7 ou mais	69	58,4	22	18,6	16	13,5	7	5,

Foram seguidas apenas 43 gestantes no AGAR.

O AGAR atende gestantes com doenças preexistentes e/ou complicações advindas da gravidez, que são encaminhadas das UBS do município e de cidades vizinhas pertencentes a DRS VIII. Os dados representados na Tabela 11 são referentes às gestantes encaminhadas das UBS de origem ao AGAR.

Tabela 11 - Distribuição numérica das gestantes encaminhadas ao AGAR, segundo sua unidade de origem incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil

Unidade Básica de Saúde	Gestante (n= 43)	
	n	%
UBS Aeroporto III	15	34,8
UBS Brasilândia	8	18,6
UBS Leporace	5	11,6
UBS São Sebastião	5	11,6
Outras cidades	5	11,6
UBS Horto	4	9,3
AGAR	1	0,8

Foram seguidas apenas 43 gestantes no AGAR.

Na Tabela 12 encontram-se os dados referentes aos fatores de risco indicativos nos encaminhamentos das gestantes para o AGAR. Dentre os fatores de risco 54,8% estão relacionados à gravidez atual, como HAS prévia, DHEG, DMG e gemelaridade. Dentre as condições e fatores de risco prévios à gravidez observou-

se elevado percentual de DM e tireoidopatias.

Tabela 12 - Distribuição numérica das condições e fatores de risco das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro, que justificaram o encaminhamento ao AGAR. Franca, SP, Brasil.

Fatores de risco relacionados (n= 62)	Gestante (n= 45)	
	n	%
À gravidez atual	34	54,8
Às condições prévias	24	38,7
Às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis	3	4,8
À história reprodutiva anterior	1	1,6

Os números da Tabela 13 representam as sorologias realizadas pelas gestantes de acordo com cada trimestre, sendo que o MS recomenda o diagnóstico da infecção pelo HIV e pelo TP na primeira visita da gestante à unidade, repetindo-as em torno da 30ª semana e no parto^{2,3}. Observa-se que 86,4% delas realizaram a primeira sorologia no primeiro trimestre da gravidez, evidenciando o início precoce do PN. Porém, a realização da segunda sorologia ocorreu no segundo trimestre para 27,1%. Esse fato pode colaborar com a deficiência diagnóstica desses agravos no terceiro trimestre.

Tabela 13 - Distribuição numérica de sorologias por idade gestacional (IG) realizada pelas gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)					
	Primeira sorologia		Segunda sorologia		Terceira sorologia	
	n	%	n	%	n	%
Não realizou	-	-	22	18,6	112	94,9
1º Trimestre	102	86,4	1	0,8	-	-
2º Trimestre	12	10,1	32	27,1	1	0,8
3º Trimestre	4	3,3	63	53,3	5	4,2

Na Tabela 14 está representado o número de sorologias realizadas pelas

gestantes, observando-se que elas realizaram duas sorologias de HIV e VDRL (77,1%), uma para hepatite B (92,3%) e uma para anti-HCV (9,3%).

Tabela 14 - Distribuição numérica de sorologias realizadas pelas gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Sorologia	Gestante (n= 118)							
	Anti-HIV		VDRL		HBsAg		AntiHCV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	-	-	-	-	3	2,5	107	90,6
Uma	23	19,4	22	18,6	109	92,3	11	9,3
Duas	91	77,1	91	77,1	6	5	-	-
Três	4	3,3	5	4,2	-	-	-	-

Quanto aos resultados referentes às entrevistas, eles foram estratificados em cinco domínios conforme estabelecido na seção de sujeitos e métodos, a saber:

1. Envolvimento da equipe de saúde
2. Motivação do parceiro
3. Presença do parceiro
4. Percepção paterna
5. Percepção materna

Em relação ao envolvimento das equipes de saúde na adesão do parceiro à Estratégia Pré-Natal do Parceiro, os resultados foram estratificados de acordo com a motivação delas em: equipes motivadoras e equipes passivas. Esses dados estão representados na Tabela 15, observando-se que apenas 38 parceiros (32,2%) relataram que a equipe foi motivadora, convidando-os à participação. Observou-se que 57 parceiros (48,3%) aderiram à estratégia por iniciativa própria, solicitação da parceira ou outras formas de comunicação (mídia, panfleto, entre outras).

A seguir, são relatadas algumas afirmações captadas nas entrevistas referentes a esse domínio:

“Não fui convidado ‘pra’ participar das consultas.” [C1 H]

“Sim, a todo momento. Às vezes, as mulheres estavam sozinhas, sem o

esposo ou sem o cônjuge, falava: Você, que está sendo mãe, está passando por isso e por aquilo, tenta trazer o seu esposo para estar ouvindo junto com você, porque às vezes ele escuta coisas dos outros, mas não sabe o que o médico tem para falar (...)” [C11 H]

“Não! Nem conversava com a gente.” [C46 H]

Tabela 15 - Distribuição numérica dos resultados do comportamento das equipes frente a participação do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Comportamento da equipe de saúde	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Motivadora	38	32,2
Passiva	57	48,3
Não respondeu	23	19,4

A motivação própria dos parceiros para participar do PN foi estratificada como parceiro participativo, passivo e não participativo, dados que estão apresentados na Tabela 16. Os resultados apontam que 58 parceiros (49,1%) foram os que participaram do PN por iniciativa própria. Quanto aos parceiros passivos, observa-se que 22 deles (18,6%) participaram porque foram convidados pela gestante e/ou pela equipe de saúde. Os que apenas realizaram os exames laboratoriais e aferiram a pressão corresponderam a 12,7%. No entanto, observou-se que houve associação entre motivação própria dos parceiros em participar no PNP e a equipe motivadora (Teste Qui-quadrado; $p < 0,001$).

Algumas falas foram evidenciadas nas entrevistas com os parceiros sobre a motivação ou não para participar do PN:

“Ah eu quis acompanhar! Ela é minha esposa, né?” [C83 H]

“Até porque ela pediu. Quando a mulher ‘tá’ grávida, ela já fica um pouco insegura.” [C25 H]

Tabela 16 - Distribuição numérica dos resultados da motivação própria do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro quanto a sua participação no projeto. Franca, SP, Brasil.

Motivação própria	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Participativo	58	49,1
Passivo	22	18,6
Não participativo	15	12,7
Não respondeu	23	19,4

Na Tabela 17 observam-se os dados referentes ao parceiro no PN, de acordo com sua presença e/ou participação. Foi evidenciado que 63,5% tiveram participação ativa no processo gestacional, incluindo presença nas consultas, participando do parto e colaborando no puerpério. Observou-se, em contrapartida, que sete parceiros (5,9%) não foram participativos por motivos de gênero ou por desconhecer a importância de sua presença. Houve associação entre presença e/ou participação do parceiro no PNP e a equipe motivadora (Teste Qui-quadrado; $p<0,001$).

No domínio referente à presença e/ou participação do parceiro no PN, algumas falas estão aqui reproduzidas:

“Ajudando em tudo, porque do primeiro momento que eu fiquei sabendo que ela estava grávida até na hora que ela ganhou, eu acompanhei ela em todos os momentos.” [C11 H]

“Não, eu cheguei a levar ela. Ah, porque no dia que eu cheguei a levar ela eu não achei lugar para estacionar, estava muito lotado (...)” [C82 H]

“Eu acho que não é necessário eu entrar lá. Ela resolve as coisas sozinha.” [C54 H]

Tabela 17 - Distribuição numérica dos resultados da presença e/ou participação do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro nas consultas do PN, parto e puerpério. Franca, SP, Brasil.

Presença/participação	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Participação ativa	75	63,5
Participação passiva	14	11,8
Não participativo	7	5,9
Não respondeu	22	18,6

Em relação à percepção paterna sobre o PNP, observou-se que 77,9% referiram a estratégia como positiva, proporcionando benefícios para a tríade. Os dados estão representados na Tabela 18.

A seguir, são relatadas algumas afirmações captadas nas entrevistas referentes a esse domínio:

“Foi muito bom, quem não foi deveria ir. Se eu pudesse ter ido várias vezes naquele momento que estava tendo, eu ia em vários. Mas eu fiquei muito satisfeito” [C8 H]

“Pro meu filho, eu só tenho a ganhar, né? Pra mim foi uma experiência marcante! Foi muito bacana! (...) Muita riqueza, muito conhecimento!” [C10 H]

“Ah, foi bom, né? Fiz os exames tudo, né? Para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis também. Foi bom para a minha saúde, para a dela e para o bebê, né?” [C22 H]

Tabela 18 - Distribuição numérica dos resultados da percepção paterna sobre a Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Com impressão positiva	92	77,9
Com impressão passiva	3	2,5
Não respondeu	23	19,4

Avaliando os resultados referentes ao domínio da percepção materna sobre a Estratégia PNP, as mães consideraram importante a presença dos parceiros nas consultas de PN, verificando-se que 78,8% delas tiveram impressão positiva sobre o PNP e relataram ser de grande valia para a saúde do trinômio. Entretanto, 10 mães (8,4%), mostraram uma impressão passiva do projeto, conforme Tabela 19.

Os relatos descritos abaixo demonstram a impressão materna sobre a participação do parceiro no PNP:

“Foi bom ‘pra’ mim, até pra ele, porque ele ‘ficô’ sabendo que nós ‘tinha’ aquela coisa e ele tratou também.” [C 31 M]

“Eu acho até que poderia ser uma lei isso, né? Não, só assim se ‘dé’. Como já é um preconceito da mulher, né, dependendo de emprego, não contrata por causa disso.” [C21 M].

“É, acho que é bom! É democrático, é mais que bom!” [C86 M]

“Uai, normal porque ele sempre participou das consultas. Mesmo antes, quando eu ia no médico ele sempre participou!” [C72 M]

Tabela 19 - Distribuição numérica dos resultados da contribuição da Estratégia Pré-Natal do Parceiro para as gestantes incluídas. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Com impressão positiva	93	78,8
Com impressão passiva	10	8,4
Não respondeu	15	12,7

6. DISCUSSÃO

Recentemente, com base nas políticas públicas referentes à saúde do homem, o MS tem incentivado a inclusão do parceiro no PN como estratégia de fortalecimento do diagnóstico precoce de doenças de TV e crônicas fortalecendo o vínculo, podendo contribuir para a redução da violência doméstica e complicações que influenciam na qualidade de vida triádica gestante-parceiro-feto (fisiológicas e psicológicas). A adesão do parceiro permite ainda que ele seja inserido no sistema de saúde, envolvendo-o em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos evitáveis, visto que os homens demoram mais para procurar os serviços de saúde^{1,5}.

O MS recomenda a identificação precoce da gravidez para início do PN, com atendimento imediato e identificação de risco a cada consulta, possibilitando diagnóstico precoce, orientações e encaminhamentos adequados e oportunos. Algumas características socioeconômicas e demográficas são consideradas fatores de risco como gravidez na adolescência, idade maior que 35 anos, ocupação, situação conjugal e escolaridade, não devendo essa gestante ser necessariamente referenciada ao PN de risco².

Observou-se, neste estudo, a ocorrência de gravidez na adolescência (15,2%), resultado semelhante encontrado no estudo sobre a assistência no PN no Brasil⁵². Sabe-se que a gravidez na adolescência repercute em complicações físicas e emocionais, a exemplo de maior risco de eclâmpsia, infecção puerperal, abandono da escola, ilusão de mudança de vida e insegurança no relacionamento⁵³. Estudos sobre a percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna demonstraram que os parceiros adolescentes gostariam de participar da consulta, mas relataram o medo e a vergonha de participar, sendo também referida a sua proibição no acompanhamento durante a consulta⁵⁴.

A faixa etária maior que 41 anos representou 3,3% das gestantes do presente estudo, enfatizando a importância de ações de planejamento reprodutivo para essa faixa etária. O aumento da idade está significativamente agregado ao aborto, DMG e outras complicações¹³.

Analisando a distribuição das gestantes por faixa etária, verificou-se que houve o predomínio entre 20 e 30 anos, corroborando os estudos sobre a assistência no PN de baixo risco no Brasil^{8,14,52,55}.

Como visto na seção de resultados, entre as cores de peles referidas

pelas gestantes e parceiros, houve predomínio da branca. Uma investigação realizada em Niterói-RJ sobre as desigualdades no PN em gestantes, no período de 2000 a 2009, também constatou a predominância da cor branca, seguida pela parda⁵⁵. Alguns estudos sobre a participação do parceiro no PN enfatizam perfis sociais, como faixa etária, situação conjugal, renda e escolaridade, mas não mencionam a cor da pele^{8,52,56,57}.

Segundo dados da literatura, a baixa escolaridade está ligada às condições socioeconômicas desfavoráveis e isso pode refletir na baixa taxa de adesão do casal ao PN⁵³. Em pesquisa realizada com gestantes sobre a importância da participação paterna durante o PN, verificou-se que 28% delas possuíam o ensino fundamental e 40% o ensino médio⁵⁸. No entanto, estudo realizado em 2004 sobre o envolvimento paterno durante a gestação demonstrou que a escolaridade entre os parceiros variou entre ensino fundamental (22,9%) e ensino médio (25,7%)⁸.

Em relação à ocupação, a maioria das gestantes deste estudo foi identificada como “do lar”, confirmando o papel da mulher com os afazeres da casa e cuidado com os filhos. No que se refere aos parceiros, na ocupação descrita como trabalhadores da produção de bens e serviços industriais inclui-se sapateiro e operador de máquinas, corroborando com os resultados de outro estudo⁵⁶.

A renda familiar constitui um ponto importante para a base familiar, pois os proventos proporcionam alimentação, saúde, transporte, moradia e melhores condições de vida. Sua ausência pode levar a situações de insegurança e causar desequilíbrios na saúde física, emocional e familiar. No presente estudo verificou-se que a renda familiar dos casais foi de até cinco salários-mínimos, diferindo de outro, em que houve variação de um a três salários mínimos⁵⁴.

Outro fator de risco na gravidez é a situação conjugal². Constatou-se que a maioria dos casais participantes deste estudo é casada ou vive em união estável (85,5%). Esse fato proporciona situação mais confortável para a gestante, que está em um momento de muitas modificações e encontra no parceiro e/ou na relação conjugal o apoio e a contribuição para lidar com essas transformações^{2,56}.

Verificou-se neste estudo que a inclusão dos casais na Estratégia PNP apresentou diferentes percentuais demonstrando notável diferença no número de casais arrolados. Após toda a rede municipal de saúde ser treinada para adotar esta

estratégia, cinco unidades foram selecionadas. Dentre elas a UBS Aeroporto acolheu, incentivou e efetivou diferenciadamente a adoção do PNP para sua população de gestantes e parceiros. No entanto, houve UBS que acolheu menos de 10% destes parceiros, contrariando as orientações do MS^{2,5}, as quais estimulam a participação do parceiro no PN. Esses resultados corroboram os de outro estudo⁶⁵, apontando que algumas unidades de saúde também apresentaram percentuais diferentes de adesão, recaindo sobre a motivação da equipe a responsabilidade de “fator primordial” para o sucesso da Estratégia PNP.

Ao avaliar a paridade, observou-se que a maioria das gestantes teve de um a dois partos anteriores. Em relação às adolescentes, dezesseis eram nulíparas, fato discordante de estudo no qual 40% delas já haviam tido outra gestação⁵⁸.

Nesse estudo, também foi identificado que as mulheres na faixa etária de 31 a 40 anos (16,6%) tiveram de 5 a 6 partos anteriores. Estudos demonstram que a idade materna e a multiparidade predispõem a gestante às morbimortalidades⁶⁰⁻⁶².

Ao iniciar o PN, são investigados diversos aspectos da vida da gestante. Além das condições sociodemográficas, há também a necessidade de averiguar questões de saúde dela, de seus familiares e realizar o exame físico.

As causas de mortalidade materna já são conhecidas e seus indicadores não têm demonstrado mudanças expressivas nas últimas décadas. Assim, a história pregressa de doenças nas gestantes é de fundamental importância para direcionar ações, a fim de minimizar as consequências para o binômio mãe-filho⁶³.

Sabe-se que HAS é a principal causa de mortalidade materna em todo o país, representando um grave problema de saúde pública⁴⁹. As complicações advindas da HAS, tais como a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, contribuem decisivamente para desfechos desfavoráveis^{63,64}.

Neste estudo, verificou-se a ocorrência de gestantes com HAS, as quais eram acompanhadas na Atenção Básica e tratadas com medicamentos específicos para este agravo.

Dados sobre a HAS evidenciaram que as complicações podem ser amenizadas ou prevenidas com orientações pré-concepcionais, aderência aos tratamentos medicamentosos, acesso aos serviços de saúde e realização de atividades físicas visando manter os níveis pressóricos próximos à normalidade⁶⁴.

O diagnóstico prévio do DM entre as gestantes favorece o controle por

meio de ações que podem contribuir significativamente para a redução de agravos ao feto, dentre eles malformações congênitas, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal⁶⁰.

Sendo o diabetes um fator de risco durante a gestação, a mulher com esse agravo precisa ser monitorada no período pré-concepcional buscando manter bons níveis glicêmicos para o planejamento da gestação. As avaliações devem ser periódicas com acompanhamento de equipe multiprofissional⁶¹.

Quanto ao histórico de HIV e sífilis em gestantes, não houve relatos neste estudo. No entanto, foram identificadas duas gestantes portadoras do HPV, dado importante a ser considerado, visto que o vírus pode causar ulcerações genitais, predispondo infecções por outras IST. A forma de transmissão é por via sexual e raramente no momento do parto¹⁸. Importante ressaltar que a presença de uma IST pode aumentar o risco de ter outras e a gestação deve ser o momento de eliminar riscos de contaminação de doenças que possam aumentar as estatísticas de TV¹.

Ao avaliar as doenças preexistentes dos parceiros, a hipertensão e DM foram as mais comuns.

Reconhecendo que os homens adiam a ida ao médico e, geralmente, adentram no sistema de saúde principalmente pela rede especializada, o MS instituiu a PNAISH com a finalidade de garantir acesso precoce à promoção de saúde e prevenção de doenças, melhorando as taxas de morbimortalidade^{5,7}. No entanto, na prática, observa-se que as ações propostas na PNAISH não vêm surtindo efeito. Contudo, o incentivo ao parceiro para participar do PN tem sido uma importante estratégia na busca da inserção do homem no sistema de saúde, possibilitando o diagnóstico precoce de doenças transmissíveis e não transmissíveis⁶⁵.

Os agravos evitáveis mais comuns aos homens são as doenças crônicas, como as cardiovasculares levando-os a viverem, em média, sete anos a menos que as mulheres⁵.

Verificou-se que oito homens declararam ser hipertensos (6,7%). No entanto, no momento da aferição da pressão arterial, foi possível identificar mais quatro parceiros que desconheciam a presença da doença (3,4%). A inclusão desses parceiros na atenção PN possibilitou a detecção precoce do processo hipertensivo e o encaminhamento para consulta médica. Certamente, possibilitou o seu acesso às

orientações sobre mudanças de hábitos de vida, realização de atividades físicas e acompanhamento na rede básica de saúde.

Para dimensionar indicadores de DCNT como o DM, HAS e dislipidemias a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do MS, verificou que em 2015, 23,3% dos homens de 26 capitais brasileiras e Distrito Federal referiram diagnóstico médico de HAS. Para mulheres este percentual aumenta para 25,9%³¹. Em estudo brasileiro, o predomínio foi maior em homens sendo 40,1% e 32,2% entre mulheres³⁴. No presente estudo, o percentual de parceiros hipertensos foi de 10,1%.

Nesse estudo foram identificados 3,3% de DM entre os parceiros e a taxa de intolerância à glicose foi de 43,2%. Investigação nacional³⁴ mostrou que 6,7% dos homens apresentavam o diagnóstico de DM, sendo este mais incidente a partir de 45 anos. Em 2016 a Vigitel verificou o aumento de diagnóstico de DM entre homens de 6,7% para 7,8%, crescimento que reforça a necessidade de criar ações que facilitem o acesso da população masculina na Atenção Básica³⁵.

Complicações referentes ao DM como cegueira, insuficiência renal, DCV e amputações elevam os custos hospitalares. De 2008 a 2010 gastos por complicações de DM foram quatro vezes maiores que as internações do diagnóstico de DM, sendo o custo de todas as internações referentes a este período de R\$ 1,7 bilhões de reais no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶⁶.

Um estudo realizado em duas UBS do município de São Paulo mostrou a comparação da pressão arterial de 290 pacientes entre mulheres e homens hipertensos, evidenciando que o controle da pressão arterial pelas mulheres foi superior à dos homens⁶⁷. O mesmo resultado foi verificado por outro estudo em que a questão de gênero ainda é um fator importante para ausência e/ou não a adesão aos tratamentos⁶⁸. Assim, o acesso aos serviços de saúde deve ser revisto e incentivado por profissionais de saúde, pela mídia e pela sociedade organizada, com ênfase na divulgação da PNAISH.

O diagnóstico precoce de doenças crônicas como DM, HAS e dislipidemias são preconizadas pela PNAISH, sendo o diabetes tipo 2 uma doença crônica e um fator de risco importante para DCV. Em 2005, a incidência de mortalidade masculina no país, na faixa etária de 25 a 59 anos foi em média 26,8% por doenças do aparelho circulatório e responsável por 40,5% das internações

hospitalares em 2007⁵.

Não houve relato de história pregressa de HIV e sífilis em parceiros no presente estudo.

O DMG é responsável por várias complicações durante a gestação, constituindo um agravo de alto impacto na saúde materno-fetal⁶². Está presente entre três e 25% das gestações e seu rastreamento deve ser feito na primeira consulta da gestante com a solicitação da glicemia de jejum⁶¹.

Os valores preconizados para o diagnóstico de glicemia são $\geq$ a 126 mg/dl ou $\geq$ 92 mg/dl e $<$ 126 mg/dl, sendo necessária a confirmação do resultado com uma nova coleta. Se a glicemia resultar $<$ 92 mg/dl, a gestante deve realizar novos exames entre a 24ª e a 28ª semana. Porém, até 2015 não havia um consenso de indicação e método de rastreamento para o DMG, sendo utilizados como referência consensos de especialistas^{61,69}.

Em meados de 2016 a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Diabetes, consultores da Organização Pan-Americana da Saúde e assessores do MS realizaram uma discussão sobre a necessidade de determinar o método de diagnóstico de DMG e valores de corte na concentração da glicemia, resultando na deliberação de duas condutas de rastreio. A primeira considera o diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total; a segunda considera a situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial. Ambas as situações utilizam como parâmetro a glicemia de jejum e os valores do Teste de Tolerância à Glicose Oral (TTGO) de 75g de dextrose⁷⁰.

No presente estudo, verificou-se que 67,8% os resultados da glicemia de jejum das gestantes apresentavam valores entre $\geq$ 92 mg/dl e $<$ 126 mg/dl, sendo classificadas como DMG. Porém, não é possível inferir que essas gestantes tenham realizado a segunda dosagem para confirmação do diagnóstico, nem que foram orientadas e tratadas como gestantes portadoras de DMG. Ressalta-se também que não foram identificados índices de complicações durante a gestação por DMG.

Em um estudo retrospectivo que avaliou 506 gestantes atendidas em um hospital do sul de Santa Catarina⁷¹, verificou-se a positividade para o rastreamento de DMG em 30,2% das gestantes. No entanto, somente 19% delas realizaram o TTGO. Isso possibilitou averiguar que os profissionais de saúde não realizam

corretamente o rastreio para o DMG. Esse achado foi confirmado na presente pesquisa.

A investigação e detecção do DMG possibilitam intervenções, como a utilização de insulina, controle glicêmico e reeducação alimentar minimizando repercussões fetais como hipoglicemia e problemas respiratórios⁶⁹.

Observou-se que a incidência de parceiros com diagnóstico de pré-diabetes ou intolerantes foi de 43,2%, um elevado índice em comparação ao percentual encontrado em estudo anterior⁷², no qual a prevalência foi de 15,9% de alteração glicêmica entre os homens. Outro aspecto a ser considerado é a prevalência majoritária da faixa etária de 20 a 40 anos, ou seja, adultos jovens.

Aliado a doenças como a HAS e o DM, as dislipidemias representam risco objetivo no sentido de elevar as taxas de morbidade cardiovascular como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial periférica, dentre outras⁵. Segundo as observações da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose adequada para esta casuística (2013)⁴⁶, verificou-se que 84,8% dos parceiros apresentaram algum distúrbio do metabolismo lipídico, lideradas pela redução do HDL-Colesterol e pelo aumento dos triglicerídeos. Sem a estratégia PNP estes perderiam a chance do diagnóstico precoce e a adoção de estratégias visando a normalização destes parâmetros bioquímicos. Em 2015, estudo sobre o perfil lipídico em 55 alunos de ambos os sexos, do curso de Bacharelado em Biomedicina de Patos/PA⁷³ mostrou que 68% dos homens apresentavam dislipidemias e que não houve o registro de hipercolesterolemia isolada, coincidindo com os achados da presente investigação.

Em 2003, foram analisados os fatores de risco de indivíduos com IAM em idade até 40 anos, em uma população 80% masculina. Os autores verificaram que 51,3% apresentavam hipercolesterolemia, 47,4% HAS e 7,9% DM⁷⁴. Os fatores de risco mais prevalentes para IAM em jovens de ambos os sexos foram o LDL-colesterol elevado e o tabagismo³⁷.

Em estudo realizado em um hospital de Florianópolis, SC, sobre as características clínicas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, verificou-se em 79,9% dos pacientes do sexo masculino, com idade menor que 60 anos (50%) eram portadores de dislipidemia (72,9%), HAS (83,3%) e DM 37,5%⁷⁵.

Os resultados do presente estudo ratificam que a partir do diagnóstico

precoce de HAS, DM e dislipidemias entre os homens desta casuística, faz-se necessário implantar orientações e ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de complicações. Dentre essas estratégias incluem-se mudanças no estilo de vida, realização de atividade física e alimentação equilibrada, conforme preconizado pelo MS²⁸.

O fato de identificar uma gestante com diagnóstico de sífilis na 16ª semana de gravidez possibilitou seu tratamento de forma adequada, evitando a TV⁶⁵. Apesar de ser apenas um caso, relembra-se que essa avaliação considerou 118 mulheres (0,8%), resultados comparáveis aos obtidos em estudo anterior⁶⁵.

Em 2015, foram diagnosticados 54 casos de sífilis em gestantes no município de Franca, SP, Brasil²² e quatro casos de SC, demonstrando falha nessa abordagem. Com o diagnóstico precoce (que foi possível neste estudo), é possível realizar ações para evitar a TV e cria-se a oportunidade de inserir o parceiro na rede de saúde, dificultando a cadeia de transmissão^{16-18,27,65}.

O diagnóstico da infecção pelo HIV nas gestantes está adequadamente estabelecido na atenção PN no município de Franca, SP, Brasil sendo diagnosticados oito novos casos de HIV em gestantes em 2015, mas os dados da condição sorológica do parceiro, no que se refere a essa infecção deixam a desejar²².

O diagnóstico da infecção pelo HIV foi possível em um dos parceiros em decorrência de sua inclusão no PNP (0,8%). Após a identificação da sua sorologia positiva, procedeu-se o rastreamento e a busca ativa imediata dele para a realização de um teste confirmatório. A gestante, que era soronegativa, pôde usufruir dos benefícios da profilaxia para evitar a infecção pelo HIV de forma mais efetiva.

O MS preconiza que as gestantes tenham pelo menos seis consultas durante o PN, iniciando precocemente os cuidados estabelecidos, como a realização de exames e vacinação². Estudos realizados sobre a assistência PN verificaram que mais de 60% das gestantes tiveram o mínimo de seis consultas durante a gravidez, corroborando com os dados encontrados, nos quais 58,4% participaram de sete ou mais consultas de PN^{52,55}. Os dados demonstram que houve acesso à assistência PN, fator importante a ser considerado. Em um país com tantas diversidades, garantir o acesso integral e de qualidade torna-se um desafio.

Ressalta-se que o número reduzido de consultas (1 a 3) de PN pode

propiciar a falta de detecção de doenças e complicações como prematuridade, DMG, transmissão vertical e outras morbimortalidades neonatais, trazendo impacto na qualidade da assistência e disparidade ao acesso^{52,55}.

No decorrer do acompanhamento gestacional no PN de baixo risco, a evidência de agravamentos como doenças e complicações obstétricas, condição preexistente ou advinda/desencadeada da gravidez com identificação de risco dedutível para o binômio materno-fetal, a gestante deve ser referenciada ao centro especializado multidisciplinar do município de Franca, SP, Brasil.

Considerando a Estratégia PNP, a gestante é aconselhada a convidar o parceiro na primeira consulta, visto que os benefícios da participação paterna no PN, parto e puerpério evidenciam o aumento do vínculo do trinômio^{7,8,13}.

Em 2007, estudo apontou que os parceiros que não participaram do PN apontaram como dificuldades o trabalho, o gênero e o desconhecimento da importância de sua presença¹.

O atendimento às gestantes com doença obstétrica e/ou comprometimentos clínicos, traz grande demanda técnica e social a todas as Unidades de Saúde. No intuito de otimizar o atendimento o MS orienta que as de baixo e médio risco devem ser acompanhadas pelo obstetra da UBS próxima do seu domicílio². Uma vez identificado risco dedutível para a mãe ou ao feto a gestante deve ser atendida no AGAR.

Diante dos dados apresentados faz-se necessária a discussão quanto às justificativas para os encaminhamentos das gestantes ao AGAR, uma vez que o fato dela apresentar fatores indicativos de risco nem sempre é critério para referenciá-la a um serviço de maior complexidade, podendo ser acompanhada na AB².

Observa-se que das 43 gestantes atendidas no AGAR, 33,3% foram referenciadas por mais de um fator indicativo de risco.

A realização de sorologias pela gestante é uma importante ação de assistência PN, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce e reduzindo índices de TV das infecções e morbimortalidade materna².

Segundo o MS, toda gestante deve realizar sorologias de HIV, sífilis e hepatite B no PN. Em complementação, o Programa Rede Cegonha preconiza a realização do teste rápido de HIV e sífilis nas gestantes logo após o teste rápido positivo de gravidez, possibilitando diagnóstico e início de tratamento precoces⁷⁶. A

indicação do MS é a realização de duas sorologias para HIV e sífilis (VDRL) e uma de hepatite B². Do ponto de vista prático, deveriam ser realizadas na primeira consulta (preferencialmente no 1º trimestre) e no 3º trimestre, pois, se houver alguma alteração, há tempo para iniciar o tratamento. No presente estudo, foi observado que as gestantes realizaram a segunda sorologia no 2º trimestre de gestação. Essa antecipação pode repercutir de forma desfavorável para a tríade mãe/parceiro/filho, visto que há o risco de infecção e reinfecção até o parto².

Quanto ao número de sorologias realizadas pelas gestantes, verificou-se que 77,1% delas realizaram as duas sorologias de HIV e sífilis e 92,3% realizaram uma única sorologia de hepatite B. Avaliando essa situação em publicações nos últimos anos, constatou-se uma elevada taxa de falhas em cumprir todas as indicações de exames sorológicos durante o PN^{77,78}.

Neste estudo, observou-se que houve gestantes que realizaram apenas uma sorologia de HIV e sífilis, demonstrando uma lacuna entre o número de consultas e a solicitação desses exames. Destaca-se que a sorologia para hepatite C em gestantes ainda não é rotina em Franca, SP, Brasil⁴⁵.

Embora o teste rápido para HIV e sífilis seja realizado no momento do parto, a detecção precoce dessas doenças durante a gestação permite o tratamento precoce e a diminuição de TV, além de evitar tratamentos dos RN.

A grande parte da aceitação e do sucesso da estratégia de inclusão do parceiro na assistência PN depende diretamente do envolvimento da equipe de saúde.

Para que o parceiro participe do PN, uma questão primordial é o acolhimento dos profissionais de saúde para convidá-lo e motivá-lo a comparecer às consultas e/ou aos grupos de gestante, mesmo que as ações da unidade de saúde estejam voltadas para a atenção materno-infantil. Esse apoio da equipe na motivação do parceiro para o acompanhamento da gestante nas consultas de PN está preconizado na PNAISH⁵.

Estudos têm demonstrado benefícios da participação do parceiro para a tríade, tais como reforçar a adesão ao PN, reduzir a violência doméstica e fazer diagnóstico de doenças transmissíveis e não transmissíveis com a redução horizontal e vertical de sífilis, HIV e hepatites B e C^{1,6,12,13,15}. Não restam dúvidas de que a inserção dessa estratégia no Programa Rede Cegonha pode contribuir

objetivamente para seu sucesso.

Em algumas afirmações dos parceiros, ficou evidente o valor do acolhimento da equipe, como citar os nomes dos profissionais que prestaram assistência à tríade, sendo os médicos os profissionais mais referidos por eles. No entanto, contrariamente às expectativas dos parceiros, evidenciou-se em seus discursos o desconhecimento/despreparo/dificuldade dos profissionais de saúde na forma de abordá-los e acolhê-los. Esses resultados corroboram achados anteriores⁶⁵, os quais demonstraram que dentre as 44 unidades de saúde participantes do projeto a adesão do parceiro variou de 2,5 a 97,8% caracterizando a atuação acolhedora ou indiferente/apática da equipe frente ao PNP.

Em algumas entrevistas realizadas com os parceiros, constatou-se que os profissionais de saúde convidaram-nos, estimulando-os a estarem sempre presentes, porém, a forma como eles foram acolhidos pode não ter sido tão efetiva, visto que muitos deles não sabiam o nome ou tampouco sabiam referir à profissão desses profissionais.

Anteriormente, evidenciou-se que 94% dos parceiros desejavam participar das consultas de PN, sentindo seus direitos negligenciados quando foi negada sua presença¹.

Ressalta-se que o envolvimento da equipe é importante para receber e acolher o parceiro, bem como a orientação sobre a importância de sua presença deve ser incentivada pelos profissionais de saúde; estas pessoas devem ser qualificadas para tal abordagem e orientar sobre a importância desse envolvimento, pois as unidades de saúde ainda permanecem referenciadas como ambiente de assistência materno-infantil^{79,80}.

O acolhimento é uma premissa da PNH, dispositivo que permite um olhar sobre a qualidade da assistência, as relações de trabalho, modelos de atendimento e de gestão. Também é um ato ético perante à escuta qualificada, a responsabilidade sobre ações de saúde e o adoecimento do usuário⁸¹.

Aliada ao interesse e à expectativa do parceiro em participar do acompanhamento do PN, há a necessidade dos profissionais de saúde valorizarem e estimularem sua participação, bem como criarem um ambiente favorável à mesma. É inegável que a presença do parceiro abre uma importante perspectiva de atuação da equipe de saúde na divulgação de estratégias e ações que resultam em melhora

dos padrões de saúde materna, paterna e perinatal.

No presente estudo, observou-se que a maioria dos parceiros relatou que a equipe de saúde não estimulou sua participação durante o PN.

Esses dados corroboram os de estudo de 2005 sobre o desafio da atenção primária na assistência dos homens em que as equipes de saúde não acolhiam adequadamente os parceiros a participarem do PN⁸⁰. No Quênia, observou-se que muitos parceiros tinham sido ignorados pelos profissionais de saúde com atitudes e palavras hostis ao tentarem participar do PN e do parto⁸². Neste estudo, constatou-se que o comportamento das equipes de saúde frente à participação dos parceiros nas consultas foi passivo em sua maioria, visto que eles referiam não saber detalhes como o nome e a profissão das pessoas que lhe atenderam. Adicionalmente, a equipe considerada como passiva não convidou o parceiro a participar das consultas.

A motivação própria do parceiro para participação no PN permitiu identificar que, a princípio, eles inferem percepções e pensamentos que essencialmente confirmam dados da literatura¹, como o desejo de acompanhar a gestante nas consultas de PN e parto.

O parceiro participativo demonstra sentimentos “bons” de envolvimento, sensibilidade e entusiasmo em relação à gravidez da companheira, deixando muitas vezes clara a percepção que a gravidez foi planejada.

Um estudo realizado em Dourados (MT)⁵⁶ apontou que os parceiros têm muitas curiosidades sobre a gravidez e que, quando eles participam do PN, as dúvidas são esclarecidas.

O parceiro envolvido no PN sente-se responsável pela saúde do binômio, permitindo maior proximidade emocional da parceira e criação de oportunidades para demonstrar atenção, apoio emocional e material, além do prazer em acompanhá-la^{7,57}.

O encanto do parceiro em vivenciar todos os momentos da gravidez emociona-o e estimula-o a participar do parto, pois tem expectativas de participar do nascimento de seu filho⁵⁶.

Sem dúvidas, a sua participação traz calma e tranquilidade à gestante. Esse envolvimento traduz o apoio emocional do parceiro à sua companheira, visto que a forma de dialogar fica mais pacífica, a colaboração nos afazeres domésticos

também é valorizada e vista com alegria por elas ao sentir que seu parceiro preocupa-se com a saúde dela e do filho^{8,56,57}.

A participação do parceiro qualificado como passivo revelou sua presença esporádica nas consultas, relatando que o horário de funcionamento das UBS e AGAR é o mesmo período em que exerce suas atividades laborais, dificultando o acompanhamento no PN, já que o tempo de espera para a resolutividade é superior ao que ele teria disponível^{80,83,84}. O parceiro participativo, mesmo apresentando essas dificuldades, procura objetivamente suplantá-las priorizando a presença na consulta PN.

Mesmo havendo empecilhos para participar do PN, o parceiro acredita que sua participação é importante para a saúde do trinômio⁵⁶.

Verificou-se, neste estudo, que o parceiro passivo demonstra curiosidade e vontade de participar, porém prefere ficar do lado de fora do consultório ou somente levar e buscar a parceira, adentrando raramente no consultório, sendo também passivo durante as perguntas e inquietações de seu cônjuge referente às orientações prestadas pelo profissional de saúde. Frequentemente, relataram que a sua contribuição no processo gestacional era somente emocional e financeira, confirmando dados de um estudo realizado em Recife/PE em 2009⁸⁵.

Uma questão importante a ser abordada para qualificar o parceiro como não participativo nas intervenções ligadas ao PN é sua identificação como a figura do pai provedor da família, sendo ele quem deve trazer o sustento à prole. Um estudo realizado no Quênia, em 2012, verificou que os parceiros tinham dificuldades em faltar ao trabalho para participarem das consultas, fato agravado pela demora no atendimento, provocando atrasos em seus afazeres, diminuindo e prejudicando os valores recebidos por suas atividades laborais⁸². O trabalho é um fator limitador da participação do parceiro no acompanhamento do PN^{1,8,10,11,86}. Em outro estudo, foi possível verificar que, quando o parceiro solicita dispensa do trabalho e acompanha o PN, ele tem possibilidade de ser demitido⁷.

Investigação realizada em São Gonçalo do Amarante/RN evidenciou que, quando o parceiro é ausente ao PN, a gestante tende a presenciar conflitos em seu relacionamento conjugal, sentindo-se excluída, o que pode comprometer sua saúde física e emocional⁷⁹.

Em 2007, estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, comprovou que 86%

dos parceiros alegavam que sua ausência era devido à preocupação em não ser acolhido pela equipe, não entender o que é orientado, medo de não ter sua falta aceita no trabalho e de participar do parto¹. A falta de interesse do parceiro e a percepção de que ele não precisa participar das consultas de PN foram relatadas neste estudo, confirmando resultados anteriores de 2007⁷.

No presente estudo, verificou-se que os parceiros participaram de forma ativa no PN, parto e puerpério em 63,5%. Para esse grupo, o fator primordial de sua presença nesses momentos foi o anseio de colaborar com a companheira.

Evidências demonstram vários benefícios para a saúde do trinômio quando há a participação do parceiro no PN, parto e puerpério, dentre elas o envolvimento emocional mais profundo com a gestante, contato precoce com o filho, aumento da adesão ao PN, redução da violência e da depressão puerperal^{1,6,10-13}. Tanto nas consultas quanto nos grupos, os parceiros adquirem conhecimento, tiram dúvidas e entendem as transformações físicas e psicológicas que estão ocorrendo em cada etapa da maternidade. Envolvido no processo gestacional, há aumento do vínculo, colaboração com atividades domésticas, reforço de orientações, prescrição médica e adesão aos cuidados pré-natais.

Aliado às contribuições dos parceiros no período puerperal, também foi evidenciado a sua inclusão durante o parto, vindo de encontro com a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos estabelecimentos de saúde do SUS⁸⁷. Desde então, o MS realiza ações para capacitar e qualificar os profissionais de saúde para acolherem o parceiro e estimularem sua participação nesse momento, traduzindo a Estratégia Pré-natal do Parceiro como uma oportunidade de ampliar o conhecimento e a divulgação desse direito.

Em 2007, estudo evidenciou que a presença do parceiro nas consultas de PN aumenta seu interesse sobre os fenômenos gestacionais, auxilia nos cuidados com o neonato e com a puérpera, percebendo a importância da sua participação na saúde dessa tríade⁷.

Outra pesquisa realizada no mesmo ano demonstrou que, na dependência da situação clínica materna (gestação de baixo ou alto risco), até 94% dos parceiros de gestantes de alto risco que foram entrevistados gostariam de participar das consultas de pré-natal¹.

Estudo qualitativo realizado em Uganda arrolou 16 parceiros de esposas que tiveram complicações obstétricas e evidenciou que, ao contrário do que se pensava, eles queriam participar, aprender e estar junto da parceira durante o trabalho de parto e do parto⁸⁸.

A participação do parceiro na assistência ao PN no Quênia demonstrou que os parceiros acompanhavam mais suas parceiras nas consultas e na maternidade em caso de alguma complicação durante o PN⁸².

Vários são os fatores que contribuem para o parceiro não ser participativo durante o PN, parto e puerpério. Além do trabalho, também há a sua recusa em acompanhar a gestante, sendo esses os fatores que refletem diretamente na vida do trinômio.

Houve relatos nos quais o parceiro demonstrou claramente sua negativa e desinteresse em participar das consultas de PN por achar que não é necessário ou pela discordância de sua parceira em relação à sua presença. Pela questão de gênero, os parceiros podem não se envolver com as questões referentes à gravidez. Eles também acreditam que o PN é assunto exclusivo da mulher e acatam o que as gestantes decidirem sobre a presença e a participação deles nas consultas^{7,82}.

Se o parceiro não participa das consultas, isso não significa que ele está ausente nos cuidados a sua companheira, uma vez que sua presença e contribuição podem advir de várias maneiras e diferentes atitudes. Contudo, quando comparece, presencia e participa das consultas, há mais benefícios nos cuidados com a saúde materna^{7,79}.

Apesar de não participarem das consultas de PN, do parto ou das atividades do puerpério, as entrevistas com os parceiros permitiram concluir que existe preocupação deles, principalmente durante o puerpério. São fatos importantes as crenças referentes ao “resguardo”, ao feto e ao vínculo com a parceira e filho. No presente estudo, a percepção paterna sobre a Estratégia PNP foi referida como positiva em um elevado percentual (77,9%), demonstrando as contribuições desta estratégia para a tríade no olhar do parceiro.

A gravidez é um momento de muitas mudanças na vida da gestante e da família. O convívio familiar deve proporcionar à esta mulher um ambiente seguro, benéfico, de apoio e proteção para o binômio mãe/filho^{1,11,14}.

Nas entrevistas deste estudo, ficou claro que 78,8% das mães relataram

impressão positiva da presença do parceiro em algum momento da gravidez, parto ou puerpério. Referiram que melhor seria nos três períodos, mas compreendem as limitações de seus parceiros, principalmente aquelas ligadas ao trabalho. Uma das entrevistadas citou que deveria haver uma legislação específica que outorgasse direitos ao parceiro para participar de todas as etapas do processo grávido-puerperal. Com o apoio legal, imagina-se que a participação seria mais efetiva. As gestantes também demonstraram que querem a participação dos parceiros nas consultas, parto e puerpério, mesmo que seja “na medida do possível”.

Estudos demonstraram que elas desejam a participação dos parceiros em todos os momentos e que tal participação deixa-os mais sensibilizados^{57,85}.

A impressão passiva da gestante pode ser entendida com ela apresentando a percepção de indiferença em relação à participação de seu parceiro nas consultas de PN, no parto e puerpério.

Embora muitos estudos demonstrem os benefícios do parceiro no acompanhamento PN^{1,6-11}, as mães participantes deste estudo relataram que a presença e/ou participação do parceiro não agregou nenhum benefício para ela ou para seu filho. Felizmente, foram apenas 8,4% da casuística.

Neste estudo, também foi verificado que, em algumas ocasiões, a gestante recusou a participação do parceiro nas consultas de PN e no parto, corroborando com dados de investigação anterior⁷.

7 LIMITAÇÃO DA PESQUISA

Um dos pontos considerados como limitantes da pesquisa foi o número de participantes. Este fato decorreu da baixa adesão das equipes de saúde no acolhimento da Estratégia PNP.

Outro fator limitante foi a baixa taxa de respostas às chamadas telefônicas para as entrevistas.

8. CONCLUSÕES

Com as estratégias metodológicas utilizadas foi possível concluir que a inclusão do parceiro no PN possibilitou:

- Diagnosticar um maior número de parceiros com dislipidemias;
- Diagnosticar um maior número de parceiros com pré-diabetes e DM instalado;
- Diagnosticar um maior número de parceiros com HAS;
- Identificar que a Estratégia PNP não possibilitou aumentar o número de diagnósticos de IST entre as gestantes;
- Verificar alta taxa de DMG e DM entre as gestantes;
- Diagnosticar um caso de infecção pelo HIV entre os parceiros;
- Diagnosticar que elevado percentual das equipes de saúde não foi motivadora para a adoção da Estratégia do PNP;
- Identificar que inclusão dos parceiros no PN foi considerada importante e positiva para as gestantes/mães e para eles próprios.

REFERÊNCIAS

- 1 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. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007;29(4):171-4.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 4 Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):105-11.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 6 Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(3):149-56.
- 7 Cavalcante MAA. A experiência do homem como acompanhante no cuidado do pré-natal. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de São Paulo; 2007.
- 8 Piccinini CA; Silva R; Goncalves TR; Lopes RS; Tudge J. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol Reflex Crit.* 2004;17(3):303-14.
- 9 Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *R. Pol. Públ.* 2011;15(2):327-33.
- 10 Santo LCE; Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *R. Gaúcha Enferm.* 2000;21(2):87-109.
- 11 Sutter C, Bucher-Maluschke JSNF. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico.* 2008;39(1):74-82.
- 12 Edeka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in

the postnatal period. *J Affect Disord.* 2011;33(1-2):356-60.

13 Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004;45(1):26-35.

14 Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(2):52-5.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso: Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

16 Lana FCF, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Enferm.* 2010;63(4):587-94.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DSTs. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

18 Duarte G. Sífilis e gravidez e a história continua! *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(2):49-51.

19 Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(7):325-7.

20 Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Datasus. Informações de Saúde. Sífilis Congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 15 abr. 2014]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>.

22 Secretaria Municipal de Saúde de Franca. Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – Franca. Franca: Vigilância Epidemiológica; 2016.

23 Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(10):647-52.

- 24 Sousa DMN, Costa CC, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oriá MOB, Damasceno AKC. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravado sem controle na saúde mãe e filho. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(1):160-5.
- 25 Santos RCS; Souza, MJA. HIV na gestação. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2012;2(2):11-24.
- 26 Duarte G, Quintana SM, El Beitune P, Figueiró-Filho EA. Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Femina*. 2009;37(8):403-11.
- 27 Figueiró-Filho EA, Nunes BB, Rubert CP, Meneses ER, Franco GB, Nunes RB, et al. Hepatitis C and pregnancy. *Femina*. 2006;35(5):301-7.
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 29 Freitas ED, Haddad JP, Velásquez-Meléndez G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(5):1073-82.
- 30 Black JA, Sharp SJ, Wareham NJ, Sandbaek A, Rutten GEHM, Lauritzen T, et al. Change in cardiovascular risk factors following early diagnosis of type 2 diabetes: a cohort analysis of a cluster randomized trial. *Br J Gen Pract*. 2014;64(621):208-16.
- 31 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015*. Brasília: 2016.160 p.
- 32 Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with metaanalysis. *PLoS One*. 2012;7(10):e 48255.
- 33 Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalence of self-reported arterial hypertension in Brazilian capitals in 2011 and analysis of its trends in the period between 2006 and 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl 1):215-26.
- 34 Chor D, Ribeiro AL, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on

control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. PLoS One. 2015;10(6):e0127382.

35 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 1 maio 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/673-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/l2-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/28387-2016>.

36 Lotufo PA. Um desafio para 2025: reduzir a mortalidade precoce por doenças crônicas em todo o mundo. Diagn Tratamento. 2015;20(2):51-2.

37 Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjó AM, Neto PAL, Ramires JAF. Comparação entre homens e mulheres jovens com Infarto Agudo do Miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. 2002;79(5):510-25.

38 Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira; 2012. 128 p.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica: Brasília: 2013; 128 p. (caderno 37).

40 Behr P. Avaliação lipídica: quando, como e para quem? Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. 2011;19(23).

41 Lima WA, Glaner MF. Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum. 2006;8(1):96-104.

42 Duncan BB, Chor D, Aquino EMLD, Benseñor IJM, Mill JG, Schmidt MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública. 46(supl.1):126-34, 2012.

43 Moura EC, Lima AMP, Urdaneta M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ciênc. Saúde Coletiva. 2012;17(10):2597-606.

44 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre os municípios brasileiros. Cidades. Brasília: IBGE; 2016 [citado 18 mar. 2017]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/H4X>.

45 Franca. Prefeitura Municipal de Franca. 2016 [citado em 10 jul. 2016]. Disponível em: www.franca.sp.gov.br.

46 Xavier HT, Izar MC, Faria NJR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013;101(Supl.1):1-22.

47 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2010;33:S11-61.

48 Gualandro DM, Azevedo FR, Calderaro D, Marcondes-Braga FG, Caramelli B, Schaan BD, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2014. 566-97.

49 Freedman D, Pisani R, Purves R. Statistics. 4th ed. New York: Norton & Company; 2007.

50 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Étnico-raciais da população. Um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

51 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010. 3ª ed. Brasília: MTE, SPPE; 2010. 1828 p.

52 Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014;30:(Supl.1):S85-100.

53 Ganchimeg T, Ota E, Moraski N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121(Suppl 1):40-8

54 Gonçalves SD, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(4):406-12.

- 55 Fonseca SC, Monteiro DSA, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(7):1991-8.
- 56 Figueiredo MGAV, Marques AC. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. *Cogitare Enferm*. 2011;16(4):708-13.
- 57 Krob AD, Piccinini CA, Silva MR. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicol USP*. 2009;20(2):269-91.
- 58 Ferreira TN, Almeida DR, Brito HM, Cabral JF, Marin HA, Campos FMC, et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. *G&S*. 2014;5(2):337-45.
- 59 Bruno ZV, Feitosa FEDL, Silveira KP, Moraes IQD, Bezerra MDF. Subsequent pregnancy among adolescents. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(10):480-4.
- 60 Grandi C, Tapia JL, Cardoso VC. Impact of maternal diabetes mellitus on mortality and morbidity of very low birth weight infants: a multicenter Latin America study. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(3):234-41.
61. World Health Organization. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;103(3):341-63.
- 62 Massa AC, Rangel R, Cardoso M, Campos A. Diabetes gestacional e o impacto do actual rastreio. *Acta Med Port*. 2015;28(1):29-34.
- 63 Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- 64 Catov JM, Nohr EA, Olsen J, Ness RB. Chronic hypertension related to risk for preterm and term small for gestational age births. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1):290-6.
- 65 Fabio SV. Pré-natal do parceiro como estratégia para redução da transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis e melhora dos indicadores de saúde perinatal. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2016.

- 66 Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to diabetes mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2014;60(3):222-30.
- 67 Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(1):50-8.
- 68 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promotion, prevention and arterial hypertension care in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2012;46(3):543-50.
- 69 Milech A, Angelucci AP, Golbert A, Matheus A, Carrilho AJF, Ramalho AC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.
- 70 Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: OPAS, 2016.
- 71 Zapelini RM, Martinelli MT, João RM, Iser BPM. Critérios diagnósticos e prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional em um hospital do sul de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS.* 2015;59(3):177-81.
- 72 Gomide NAC, Moreira O, Oliveira RAR, Amorim PRS, Marins JCB. Prevalência de glicemia sugestiva de diabetes mellitus e intolerância a glicemia de jejum em uma cidade do interior do Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR.* 2013;17(3):147-52.
- 73 Leite AHP, Danta TS, Rolim LADMM, Silva NQ, Morato CBA. Perfil lipídico em adultos jovens e fatores de risco associados a doenças cardiovasculares. *REBES.* 2015;5(2):15-20.
- 74 Solimene MC, Conti RAS, Benjó AM, Lemos PAN, Luz AI. Características clínicas de indivíduos jovens com infarto agudo do miocárdio. *RBM Rev. Bras. Med.* 2003;60(6):341-349.
- 75 Cani KC, Araujo CLP, Karloh M, Alexandrino DFH, Palú M, Rojas DB, et al. Clinical characteristics of patients undergoing myocardial revascularization surgery. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2015;6(3):43-54.

- 76 Brasil. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília (2011 jun. 25); Sec. 1.
- 77 Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2014;48(5):766-74.
- 78 Martinelli, KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(2):56-79 Silva FCB, Brito RS. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. Rev. Rene. 2010;11(3):95-102.
- 80 Figueiredo W. Assistance to the men health: a challenge for the services of primary attention. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(1):105-9.
- 81 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 82 Kwambai TK, Dellicour S, Desai M, Ameh CA, Person B, Achieng F, et al. Perspectives of men on antenatal and delivery care service utilisation in rural western Kenya: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013;13(1):134.
- 83 Knauth DR, Couto MT, Figueiredo VS. The standpoint of professionals on the presence and demands of men on the healthcare services: perspectives for the analysis of the implementation of the Comprehensive Healthcare Policy for Men. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012;17(10):2617-26.
- 84 Siqueira MJT, Mendes D, Finkler I, Guedes T, Gonçalves MDS. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? Estud. psicol. (Natal). 2002;7(1):65-72.
- 85 Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. Cogitare Enferm. 2009;14(1):73-8.
- 86 Oliva TA, Nascimento ER, Santo FRE. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. Rev. enferm. UERJ. 2010;18(3):435-40.

87 Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.808, de 19 de setembro de 1990, que garante as parturientes o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União, Brasília (2005 abr. 8); Sec. 1:1.

88 Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:54.

Apêndice A

Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria de Saúde

Franca, 02 de outubro de 2015.

Ofício nº

Assunto: Solicitação para realizar exames no Laboratório Municipal de Franca

Ilmo Sra. **Rosane Aparecida Moscardini Alonso**

Eu Mônica Isabel Alves, venho mui respeitosamente através deste, agradecer a liberação de 96.240 reais, segundo a Tabela Sistema Único de Saúde para os 1.500 parceiros realizarem os exames laboratoriais conforme ofício 2014.

Relato que novamente estou redigindo o Projeto para o Mestrado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e uma das vertentes do projeto será verificar os resultados dos exames laboratoriais dos parceiros das gestantes que fazem o pré-natal no Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR). Assim, solicito a liberação para os parceiros realizarem os seguintes exames:

- Teste de VDRL para detecção de Sífilis;
- Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV 1 + HIV-2 (Elisa);
- Pesquisa de Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG);
- Pesquisa de Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite (Anti- HCV);
- Dosagem de glicose;
- Dosagem de Colesterol Total;
- Dosagem de Colesterol LDL;
- Dosagem de Colesterol HDL;
- Dosagem de Triglicerídeos.

Autorizado
Rosane A. Moscardini Alonso
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Franca
02/10/2015

Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria de Saúde

Todos esses exames já são realizados no Laboratório Municipal de Franca sendo a referência para as gestantes. Assim peço pra ver se é possível a liberação para os parceiros realizarem os exames supracitados no mesmo local. A composição necessária para este estudo é de 300 homens. Segundo a Tabela Sistema Único de Saúde o gasto para a realização dos exames será de 20.669,00 reais.

Por fim, de acordo com o exposto e considerando que a inclusão do parceiro/homem na assistência ao pré-natal pode modificar os indicadores de saúde como acesso do homem ao serviço de saúde, diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil e da incidência de sífilis congênita em Franca, pede deferimento.

Assim, conto com a compreensão e colaboração.

Mônica Isabel Alves
Serviço de Diagnóstico por Imagem e Vigilância Epidemiológica

Ilma Sra
Rosane Aparecida Moscardini Alonso
Secretária de Saúde

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos sobre a pesquisa “Pré-Natal do Parceiro” para as gestantes cujos parceiros aceitaram participar deste estudo.

Estamos realizando uma pesquisa para avaliar se a participação do seu parceiro junto com você durante o pré-natal pode aumentar a chance de diagnósticos de diabetes, pressão arterial elevada e colesterol elevado nele. Além disso, haverá a oportunidade de diagnosticar se ele é portador de sífilis, hepatites B e C e infecção pelo vírus da Aids. Para cumprir esses objetivos, estamos lhe convidando para participar desta pesquisa.

Essas informações serão coletadas por meio de entrevistas e preenchimento de questionários. As entrevistas e a aplicação dos questionários serão realizadas por enfermeiras experientes na prática clínica e na aplicação dos questionários que farão parte da pesquisa. Todos os métodos propostos para a obtenção destes dados, e a pesquisa como um todo, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRPUSP e da Secretaria Municipal de Saúde de Franca. **Será garantido o sigilo dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, preservando sua privacidade ao máximo.**

Você não terá nenhuma premiação em dinheiro ou outra vantagem adicional participando do estudo, **tendo em vista que você não arcará com nenhum gasto para participar da pesquisa**, apenas estará colaborando para o entendimento melhor do efeito da participação do seu parceiro no pré-natal sobre a possibilidade de melhorar a saúde dele ao diagnosticar as doenças que já foram citadas. Na realidade, melhorando a saúde dele, haverá melhora também da sua saúde e de seu bebê.

Como não haverá coleta de nenhuma amostra sanguínea específica para este projeto, não se espera nenhuma complicação que venha prejudicar a sua saúde ou a de seu bebê. **Mesmo assim, caso ocorra qualquer dano a você decorrente da pesquisa, seus direitos a uma indenização estão assegurados conforme as leis vigentes do país.** Estou à disposição para conversarmos sobre isso.

Se você concordar em participar da pesquisa intitulada “Pré-natal do Parceiro”, gostaríamos que ficasse claro o entendimento dos seguintes quesitos:

1. O estudo implica que você responda a uma série de perguntas sobre

seu passado obstétrico, suas condições de saúde e os resultados de seus exames.

2. Não existe nenhuma evidencia científica de que esta entrevista traga algum prejuízo para sua saúde.

3. Você não é obrigada a continuar participando do projeto e pode, a qualquer momento, pedir para que os seus dados não façam parte da pesquisa, sem que, por isso, você deixe de ser tratada como as demais gestantes na sua situação assistidas nesta Unidade Básica de Saúde.

Franca, _____ de _____ de 2015.

Nome da paciente: _____

Assinatura da paciente

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Para maiores informações e esclarecimentos, entre em contato com os pesquisadores responsáveis ou o Comitê de Ética em Pesquisa.

Prof. Dr. Geraldo Duarte: (16) 3602-2588

E-mail: gduarte@fmrp.usp.br

Enfermeira Mônica Isabel Alves: (16) 3711-9425 ou (16) 3711-9428

E-mail: monicaalves@franca.sp.gov.br ou monicaisabelalves@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: (16) 3602-2228

Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos sobre a pesquisa “Pré-Natal do Parceiro” para os homens que aceitaram participar deste estudo, cujas mulheres estão em seguimento pré-natal nesta Unidade Básica de Saúde.

Estamos realizando uma pesquisa para avaliar se a sua participação no pré-natal junto com sua parceira pode aumentar a possibilidade de diagnosticar se você tem diabetes, pressão arterial alta e colesterol também alto. Além disso, haverá a oportunidade de diagnosticar se você é portador de sífilis, hepatites B e C ou infecção pelo vírus da Aids. Fazendo o diagnóstico precoce de todas estas doenças (ou de alguma delas), não há dúvidas de que isso pode antecipar o tratamento de todas elas, melhorando sua chance de cura para algumas dessas doenças e controle precoce para outras. Na eventualidade de diagnosticar uma dessas doenças, você tem acesso rápido ao sistema de saúde para início de seu tratamento.

As informações para esta pesquisa serão coletadas utilizando entrevistas e preenchimento de questionários. Essas entrevistas e a aplicação dos questionários serão realizadas por enfermeiras experientes na prática clínica e na aplicação dos questionários que farão parte da pesquisa. Todos os métodos propostos para a obtenção destes dados, e a pesquisa como um todo, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRPUSP e da Secretaria Municipal de Saúde de Franca. **Será garantido o sigilo dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, preservando sua privacidade ao máximo.**

Você não terá nenhuma premiação em dinheiro ou outra vantagem adicional participando do estudo, **tendo em vista que você não arcará com nenhum gasto para participar da pesquisa**, apenas estará colaborando para o entendimento melhor do efeito da sua participação no pré-natal sobre a possibilidade de melhorar a sua saúde ao diagnosticar precocemente as doenças que já foram citadas. Na realidade, melhorando a sua saúde, haverá melhora também da saúde de sua parceira e de seu bebê.

Haverá coleta de amostra sanguínea específica para este projeto, mas não se espera nenhuma complicação que venha prejudicar a sua saúde. **Mesmo assim, caso ocorra qualquer dano a você decorrente da pesquisa, seus direitos a uma**

indenização estão assegurados conforme as leis vigentes do país. Estou à disposição para conversarmos sobre isso.

Se você concordar em participar da pesquisa intitulada “Pré-natal do Parceiro”, gostaríamos que ficasse claro o entendimento dos seguintes quesitos:

1. O estudo implica que você responda a uma série de perguntas sobre seu passado, suas condições de saúde e os resultados de seus exames.
2. Não existe nenhuma evidencia científica de que esta entrevista ou a coleta de sangue traga algum prejuízo para sua saúde.
3. Você não é obrigado a continuar participando do projeto e pode, a qualquer momento, pedir para que os seus dados não façam parte da pesquisa, sem que, por isso, você deixe de ser tratado como um beneficiário do Sistema Único de Saúde nesta Unidade Básica.

Franca, _____ de _____ de 2015.

Nome do paciente: _____

Assinatura da paciente

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Para maiores informações e esclarecimentos, entre em contato com os pesquisadores responsáveis ou o Comitê de Ética em Pesquisa.

Prof. Dr. Geraldo Duarte: (16) 3602-2588

E-mail: gduarte@fmrp.usp.br

Enfermeira Mônica Isabel Alves: (16) 3711-9425 ou (16) 3711-9428

E-mail: monicaalves@franca.sp.gov.br ou monicaisabelalves@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: (16) 3602-2228

Apêndice D - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA GESTANTES

Data da entrevista: ____/____/____

1. Nome: _____
2. Número SISPRENATAL: _____
3. Idade: _____ anos
4. Cor referida: branca () negra () mestiça () mulata () amarela ()
5. Estado civil: casada () amasiada () solteira () separada () viúva ()
6. Escolaridade:
 - Até 8 anos – Ensino Fundamental ()
 - Até 12 anos – Ensino Médio/Técnico ()
 - Acima de 12 anos – Superior ()
7. Paridade: _____
8. Renda familiar: até 1 SM () até 5 SM () até 10 SM () acima de 10 SM ()
7. Doença crônica não infecciosa já diagnosticada: Sim () Não (). Qual? _____
8. IST anteriormente diagnosticada: Sim () Não (). Qual? _____
9. Idade gestacional quando realizou sorologias: _____
9. Positividade das sorologias:
 - Sífilis: Sim () Não (). Tratamento: Adequado () Inad. ()
 - Hepatite C: Sim () Não ()
 - Hepatite B: Sim () Não ()
 - HIV: Sim () Não ()
10. Número de consultas no pré-natal: _____
11. Número de sorologias realizadas na gravidez: _____
12. Teve complicação na gravidez: Sim () Não (). Qual?: _____
13. Gestação de alto risco: Sim () Não (). Qual? _____
14. Filho teve transmissão vertical? Sim () Não (). Qual? _____

Apêndice E - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA O PARCEIRO

Data da entrevista: ____/____/____

1. Nome: _____
2. Número SISPRENATAL: _____
3. Idade: _____ anos
4. Cor referida: branco () negro () mestiço () mulato () amarelo ()
5. Estado civil: casado () amasiado () solteiro () separado () viúvo ()
6. Escolaridade:
 - Até 8 anos – Ensino Fundamental ()
 - Até 12 anos – Ensino Médio/Técnico ()
 - Acima de 12 anos – Superior ()
7. Doença crônica não infecciosa já diagnosticada: Sim () Não (). Qual? _____
8. IST anteriormente diagnosticada: Sim () Não (). Qual? _____
9. Positividade das sorologias
 - Sífilis: Sim () Não (). Tratamento: Adequado () Inad. ()
 - Hepatite C: Sim () Não ()
 - Hepatite B: Sim () Não ()
 - HIV: Sim () Não ()
10. Resultado da glicemia: Normal () Anormal valor: _____ mg%
11. Resultado dos exames lipídicos: Normal () Anormal ()
Colesterol: _____ mg%; Triglicérides: _____ mg%; HDL: _____ mg%; LDL: _____ mg%
12. Pressão arterial: Normal () Anormal valor: _____ mmHg
13. Número de consultas nas quais ele participou? _____
14. Número de reuniões de gestantes que ele participou? _____
15. Filho teve transmissão vertical? Sim () Não (). Qual? _____

Apêndice F - ENTREVISTA PARA MÃES

1. Nome: _____
2. Profissão/ocupação: _____
3. Atualmente exerce a profissão? (☐) Sim (☐) Não
4. Com quanto tempo de gestação descobriu a gravidez ? _____
5. Você influenciou na participação do parceiro nas consultas e parto? (☐) Sim (☐) Não
6. Qual colaboração/contribuição o Projeto Pré-natal do Parceiro proporcionou a você e seu filho?

Apêndice G - ENTREVISTA PARA O PARCEIRO

Data da entrevista: ____/____/____

1. Nome:
2. Profissão/ocupação:
3. Sentimento em relação à gravidez:
4. Foi acolhido pela equipe de saúde? ☐ Sim ☐ Não.
☐ Médicos ☐ Enfermeiros ☐ Téc/Aux.enf. ☐ Assistente social ☐ Dentista ☐ outros
5. Participou de consultas na UBS? ☐ Sim ☐ Não Quantas:
Qual motivo para participar
6. Participou de consultas na AGAR? ☐ Sim ☐ Não Quantas: Qual motivo para participar
7. Foi orientado quanto a importância dos exames para o futuro do bebê? ☐ Sim ☐ Não
8. Participou de reuniões de gestantes? ☐ Sim ☐ Não Quantas: Qual motivo para participar
Qual o motivo para não participar
9. Teve dificuldades em acompanhar as consultas na UBS: ☐ Sim Quais: _____ ☐ Não
10. Você foi incentivado/convidado pelos profissionais a acompanhá-la nas consultas?
☐ Sim ☐ Não
11. Houve fornecimento de material informativo sobre mudanças/ transformações que ocorrem durante a gravidez/parto/puerpério? ☐ Sim ☐ Não ☐ vídeos ☐ informações gravadas enviadas por telefone ☐ folhetos ☐ cartilhas ☐ outros
12. Contribuição do parceiro no processo gestacional:
13. Contribuição do parceiro no puerpério:
14. Sabia que podia participar no momento do parto? ☐ Sim ☐ Não
15. Participou do momento do parto: ☐ Sim ☐ Não Por que?
16. Como foi participar e acompanhar as consultas?
17. Qual colaboração/contribuição o Projeto Pré-natal do Parceiro proporcionou a você, sua companheira e seu filho?

Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 3602-2583 - Fax (016) 3602-1524

Ribeirão Preto, 29 de outubro de 2014.

Ilmo. Sr. Prof. Dr.

Geraldo Duarte

Prezado Professor,

O projeto intitulado ***“Pré-natal do parceiro no município de Franca, Estado de São Paulo”***, protocolado sob nº 496 de sua autoria foi analisado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Informamos que o projeto foi **APROVADO** no dia 29/10/14 para ser desenvolvido em nosso Departamento, devendo ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Paula Andrea de Albuquerque Salles Navarro
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia

Anexo B – Comitê de Ética e Pesquisa do HCRP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2015

Ofício nº 466/2015
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“PRÉ-NATAL DO PARCEIRO NO MUNICÍPIO DE FRANCA, ESTADO DE SÃO PAULO” – Versão 2, de 29/12/2014**, foi analisado “AD REFERENDUM” pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão 2, de 08/12/2014**, de acordo com o Processo HCRP nº 16516/2014.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DR^a. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

PROF.DR.GERALDO DUARTE(Orientador)
MÔNICA ISABEL ALVES
Depto. de Ginecologia e Obstetrícia

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(16) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

Anexo C - Manuscrito para publicação

Título: Inclusão do parceiro na assistência pré-natal

Title: Inclusion of the partner in prenatal care

Autores: Monica Isabel Alves, Geraldo Duarte

Instituição: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Monica Isabel Alves: Aluna do Programa de Mestrado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

monicaisabelalves@yahoo.com.br

Geraldo Duarte: Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

gduarte@fmrp.usp.br

Ribeirão Preto

2017

Inclusão do parceiro na assistência pré-natal

RESUMO

Objetivos: Este estudo teve como objetivo primário avaliar a estratégia de incluir o parceiro no Pré-Natal do Parceiro (PNP) no município de Franca-Brasil. Constituíram os objetivos secundários: 1) Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e triglicérides; 2) Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de glicemia de jejum; 3) Detectar a prevalência de parceiros com HAS; 4) Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre gestantes; 5) Verificar a taxa de DMG e de DM entre as gestantes; 6) Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre os parceiros das gestantes; 7) Avaliar a motivação da equipe de saúde em acolher a Estratégia PNP; 8) Avaliar a aceitação materna e do parceiro sobre a estratégia de inclusão do parceiro no PNP. **Métodos:** Estudo descritivo quantitativo, realizado em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Gestação de Alto Risco de Franca-Brasil, totalizando 118 casais. Foi utilizado o teste "t" de *Student* para comparações das variáveis paramétricas e o teste Qui-quadrado para as variáveis não paramétricas, considerando significativo o valor de $p < 0,05$ em quaisquer dos testes. **Resultados:** Foi possível identificar quatro parceiros com hipertensão arterial (3,4%) e 51 (43,2%) com intolerância à glicose, verificando-se que em quatro casos, a glicemia possibilitou diagnosticar diabetes *mellitus*. A prevalência de dislipidemias entre eles foi de 84,4%. No tocante às sorologias identificou-se um casal (1,5%) com sorologia discordante para sífilis (gestante com sífilis) e outro casal, no qual o parceiro foi diagnosticado como portador da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cujo diagnóstico só foi possível por sua participação no PNP. Foi possível identificar que 57 parceiros (48,3%) qualificaram as equipes de saúde como não motivadoras para a adoção da Estratégia PNP. No entanto, 58 parceiros (49,1%) participaram por motivação própria. A percepção paterna sobre o PNP foi referida como positiva por 77,9% dos parceiros e 93 gestantes/mães (78,8%) consideraram importante e positiva a inclusão do parceiro no PNP. **Conclusão:** Foi identificado que a inclusão do parceiro no PNP foi importante no diagnóstico e tratamento precoces de doenças de transmissão vertical e crônicas e que é necessário

incentivar a equipe de saúde a difundir os benefícios da participação do parceiro no PNP, contribuindo com a saúde da tríade gestante-parceiro-filho.

Palavras-Chave: Pré-natal do Parceiro; Doenças sexualmente transmissíveis; Transmissão vertical; Saúde do homem; Saúde perinatal.

Inclusion of the partner in prenatal care

ABSTRACT

Alves MI. Inclusion of the Male Partner in Prenatal Care [dissertation]. Ribeirão Preto: University of São Paulo, Ribeirão Preto Medical School; 2017.

Keywords: Male involvement in prenatal care. Sexually transmitted disease. Vertical transmission. Men's health. Perinatal health.

This study's primary objective was to analyze the strategy of including the male partner in prenatal care in the city of Franca, Brazil. The secondary objectives were: 1) To detect the prevalence of male partners with abnormal levels of total cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol and triglycerides; 2) To detect the prevalence of male partners with abnormal levels of fasting blood glucose; 3) To detect the prevalence of systemic hypertension among male partners; 4) To detect the prevalence of syphilis, HIV, hepatitis B and hepatitis C among pregnant women; 5) To find out the frequency of Gestational diabetes mellitus (GDM) and of Diabetes mellitus (DM) among pregnant women; 6) To detect the prevalence of syphilis, HIV, hepatitis B and hepatitis C among the pregnant women's male partners; 7) To gauge the health team's motivation to implement the strategy of male involvement in prenatal care; 8) To assess maternal acceptance and male partner acceptance of the strategy of including the male partner in prenatal care. This was a quantitative study, which used the Student's t-test to compare parametric variables and the Chi-squared test for the nonparametric variables and which considered a p-value < 0.05 as significant in both tests. The results identified 4 male partners with hypertension (3.4%) and 51 male partners (43.2%) with glucose intolerance, of which four had a diagnosis of Diabetes mellitus as a result of the blood glucose test. We found that the

prevalence of dyslipidemia among the male partners was 84.4%. Regarding serology tests, we identified a couple (1.5%) with discordant syphilis serology (pregnant woman with syphilis) and another couple in which the male partner was diagnosed with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection with such diagnosis only having been possible because of his participation in prenatal care. We could identify that 57 male partners (48.3%) classified the health teams as not encouraging of the male involvement in prenatal care. However, 58 male partners (49.1%) participated by self-motivation. The fathers' perception of their involvement in prenatal care was referred to as positive by 77.9% of the male partners and 93 pregnant women / mothers (78.8%) considered the inclusion of the male partner in prenatal care important and positive. We identified that the inclusion of the male partner in prenatal care was important in the early diagnosis and early treatment of vertical transmission diseases and chronic diseases as well as that it is crucial to encourage health teams to communicate the benefits of the inclusion of the male partner in prenatal care, thus contributing to the health of the father- mother-child triad.

INTRODUÇÃO

A adesão ao pré-natal (PN) é de extrema importância, uma vez que é essencial para reduzir os elevados índices de mortalidade materna e perinatal. Visando também à redução de doenças preveníveis durante a gravidez e agravos fetais, a Estratégia Pré-natal do Parceiro (PNP) tem como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) estimulando o parceiro a participar e acompanhar a gestante nas consultas de PN, com a finalidade de direcionar ações para garantir a saúde dos homens e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde¹.

O Pré-natal do Parceiro (PNP) possui três componentes: 1 - Humanístico e de afeto: nesse componente, o objetivo principal do PNP é promover o acolhimento do parceiro nos serviços de saúde ensinando-o e orientando-o sobre as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem durante toda a gravidez, parto e puerpério; 2 - Saúde do casal: tem a finalidade de fortalecer o vínculo parceiro-gestante-gravidez. O parceiro é inserido na realização de exames que possibilitam a detecção e tratamento precoces de doenças de transmissão vertical (TV) durante a gravidez, como sífilis, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites B e C e

doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM) e dislipidemias; 3 - Saúde perinatal: com esse componente, o parceiro torna-se parte essencial no processo de saúde da família, incluindo o feto e o recém-nascido (RN) na amamentação e, principalmente, na redução da transmissão vertical de infecções sexualmente transmissíveis (IST)².

Esclarecido e envolvido no processo da gravidez, o parceiro adquire ou aprimora o conhecimento dos fenômenos gestacionais e puerperais, compreende com clareza a importância da sua participação nesse processo, reforça a adesão aos cuidados pré-natais e de amamentação e têm oportunidades de receber ensinamentos por meio de atividades educativas, orientações, apoio aos cuidados materno-fetais, à própria saúde e à saúde de sua família³.

Algumas pesquisas demonstraram os benefícios da participação paterna durante o PN, parto, puerpério e aleitamento materno, ressaltando a importância desse envolvimento e do fortalecimento do vínculo gestante-parceiro-filho^{4,5}. Paulatinamente, o parceiro começa a compreender, com mais clareza, os fenômenos gestacionais, promovendo um envolvimento emocional mais profundo e um contato mais precoce com o filho^{6,7}. Sua participação no momento do parto traz segurança e confiança à parturiente, favorece o fortalecimento da relação conjugal, reduz a necessidade de analgésicos, as taxas de depressão pós-parto, à violência e aumenta as intervenções para restringir as transmissões do HIV e da sífilis^{2,8,9,10}.

A participação do parceiro no PNP além de possibilitar o diagnóstico das IST, facilita a investigação precoce da HAS, das dislipidemias e do DM entre adultos jovens. Não existem dúvidas acerca dos efeitos positivos dessa medida, a qual possibilita evitar os efeitos dessas doenças se forem diagnosticadas precocemente e, conseqüentemente, instituir intervenções na tentativa de seu controle previamente à ocorrência de suas complicações^{11,12,13}. O diagnóstico precoce desses agravos é um dos objetivos da PNAISH e a inclusão da aferição da pressão arterial e da dislipidemia dos parceiros durante o PN de suas parceiras/esposas é francamente estimulado pelo MS¹.

OBJETIVOS

O objetivo primário é avaliar a estratégia de incluir o parceiro no Pré-Natal do Parceiro (PNP) no município de Franca, SP, Brasil. Constituíram os objetivos

secundários: 1) Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e triglicérides; 2) Detectar a prevalência de parceiros com dosagens alteradas de glicemia de jejum; 3) Detectar a prevalência de parceiros com HAS; 4) Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre gestantes; 5) Verificar a taxa de DMG e de DM entre as gestantes; 6) Detectar a prevalência da sífilis, HIV, hepatites B e C entre os parceiros das gestantes; 7) Avaliar a motivação da equipe de saúde em acolher a Estratégia Pré-natal do Parceiro; 8) Avaliar a aceitação materna e do parceiro sobre a estratégia de inclusão do parceiro na assistência PN.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo observacional descritivo analítico quantitativo de 118 gestantes cadastradas no SISPRENATAL e seus parceiros, em cinco Unidades Básicas de Saúde no município de Franca, SP, Brasil.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas (HC) da FMRP-USP, sob o número 886.293 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para as gestantes foram solicitados os exames laboratoriais rotineiros da assistência PN do município de Franca, SP, Brasil. Para o parceiro foram solicitados os exames sorológicos (VDRL, hepatites B e C e anti-HIV), além de glicemia e lipidograma. Adicionalmente, foi aferida sua pressão arterial.

Também foi realizada uma entrevista estruturada realizada direcionada aos parceiros e suas mulheres, pelo telefone com agendamento prévio, no período pós-parto, pela pesquisadora, visando maior uniformidade dos parâmetros obtidos.

A partir das entrevistas telefônicas dos parceiros e das mães foram quantificadas as estratificações em cinco domínios: o envolvimento/comprometimento da equipe no convite do parceiro para participar do PNP, a motivação do parceiro para participar do PNP, a presença e/ou participação do parceiro nas consultas de PNP, parto e puerpério, a percepção paterna e percepção materna em relação à inclusão do parceiro no PNP.

Todos os resultados foram inseridos na plataforma EXCEL com dupla digitação. As entrevistas foram gravadas e transcritas após escuta.

Para a análise estatística foi utilizados o teste "t" de *Student* para comparações das variáveis paramétricas e o teste Qui-quadrado para as variáveis não paramétricas. Foi considerado significativo o valor de $p < 0,05$ em quaisquer dos testes estatísticos utilizados¹⁴. A coleta de dados com as gestantes e seus parceiros foi realizada de fevereiro de 2015 a dezembro de 2016.

RESULTADOS

A Estratégia Pré-Natal do Parceiro (PNP) foi liberada para implementação no município de Franca, SP, Brasil em janeiro de 2015, após treinamento realizado com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos da rede de saúde.

Na Tabela 1 podem ser encontradas as informações referentes às características sociodemográficas e econômicas das gestantes e seus parceiros. Houve dezoito adolescentes grávidas (15,2%), predomínio daquelas na faixa etária entre 20 e 30 anos (50,8%), sendo a média de idade de 28,1 anos. Verificou-se que havia três parceiros adolescentes (2,5%), com distribuição na faixa etária entre 20 e 30 anos (44%) e média de idade de 32,1 anos.

A cor referida pelas gestantes e parceiros foi predominantemente a cor branca: 61% e 50,8%, respectivamente.

Sobre o nível de escolaridade, 50% das gestantes possuíam ensino médio. Essa variável é semelhante para os parceiros, sendo predominante o ensino médio (56,7%).

Para o item ocupação, verificou-se que 29,6% das gestantes são "donas de casa". Para os parceiros, o setor calçadista responde por 22% de seus empregos.

Considerando a renda familiar dos casais, verificou-se que 53 (44,9%) estavam situados na faixa salarial de um salário mínimo.

Sobre a situação conjugal, verificou-se que a maioria dos casais são casados/relacionamento estável (85,5%).

Tabela 1 - Gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo suas características socioeconômicas e demográficas. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)		Parceiro (n= 118)	
	n	%	n	%
Faixa etária (anos)				
11 a 19	18	15,2	3	2,5
20 a 30	60	50,8	52	44
31 a 40	36	30,5	47	39,8
41 ou mais	4	3,3	16	13,5
Cor referida				
Branco	72	61	60	50,8
Não Branco	46	38,9	58	49,1
Escolaridade				
Ensino Fundamental	52	44	47	39,8
Ensino Médio/Téc.	59	50	67	56,7
Ensino Superior	7	5,9	4	3,3
Ocupação				
Do lar	35	29,6	-	-
Setor calçadista	29	24,5	26	22
Autônomo	-	-	2	1,6
Outros	45	38,1	76	64,4
Não respondeu	9	7,6	14	11,8
Renda Familiar (salário mínimo)				
Até 1	53	44,9	-	-
Até 5	65	55	-	-
Situação Conjugal				
Casado/relacionamento estável	101	85,5	-	-
Solteiro/sem relacionamento estável	17	14,4	-	-

Na Tabela 2 encontram-se os dados referentes à unidade de origem dos participantes da pesquisa, verificando-se que houve diferentes percentuais entre as UBS participantes do PNP, variando de 48,3% a 8,4%.

Tabela 2 - Distribuição numérica de gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo a unidade de saúde de origem. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)		
UBS Aeroporto III	57	48,3
UBS Brasilândia	17	14,4
UBS Horto	15	12,7
UBS São Sebastião	13	11
UBS Leporace	10	8,4
AGAR	1	0,8
Outras cidades	5	4,2

Na Tabela 3 encontram-se os dados referentes ao perfil reprodutivo das gestantes, verificando-se que 51,6% dessas mulheres tiveram de um a dois partos anteriores.

Tabela 3 - Distribuição numérica das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo sua paridade. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Paridade		
Nulípara	40	33,9
1 a 2	61	51,6
3 a 4	9	7,6
Maior ou igual 5	8	6,7

Quanto à história pregressa de doenças dos (as) participantes desse estudo, os resultados estão na Tabela 4. Os relatos de doenças crônicas demonstrou que 15 gestantes eram hipertensas (12,7%) e nove tinham DM (7,6%). Constatou-se, também, a presença de dislipidemia, tireoidopatias, depressão, epilepsia, cardiopatia, rim único, retinose pigmentar e trombofilia. Entre os parceiros, os dados indicaram a HAS (6,7%) e DM (2,5), a dislipidemia, bronquite e tireoidopatias em 1,6% dos entrevistados, seguidos por gota, anemia falciforme e megaloblástica,

todas com 0,8%. Porém, a grande maioria de gestantes e parceiros relatou não apresentar qualquer doença crônica, respectivamente 72% e 83%. Observa-se que os 118 casais (100%) relataram a ausência de diagnósticos referentes à HIV e/ou sífilis. Entretanto, duas gestantes e um parceiro mencionaram ser portadoras do Papilomavírus Humano (HPV).

Houve sete gestantes que mencionaram ter mais que uma doença crônica, cinco delas possuem HAS e DM, uma com HAS e trombofilia e outra com depressão e epilepsia.

Tabela 4 - Distribuição numérica das gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro segundo a história pregressa de doenças. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)		Parceiro (n= 118)	
	n	%	n	%
Doença crônica				
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	15	12,7	8	6,7
Dislipidemia	2	1,6	2	1,6
Tireoidopatias	6	5	2	1,6
Depressão	2	1,6	-	-
Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	9	7,6	3	2,5
Epilepsia	2	1,6	-	-
Cardiopatias	1	0,8	-	-
Rim único	1	0,8	-	-
Trombofilia	1	0,8	-	-
Retinose pigmentar	1	0,8	-	-
Bronquite	-	-	2	1,6
Gota	-	-	1	0,8
Anemia falciforme	-	-	1	0,8
Anemia megaloblástica	-	-	1	0,8
Ausência de doenças crônicas	85	72	98	83
Infecção Sexualmente Transmissível (IST)				
Papilomavírus Humano (HPV)	2	1,6	1	0,8
Ausência de IST	116	98,3	117	99,1

Na Tabela 5 são observados os resultados referentes à glicemia das gestantes. Cinco delas (4,2%) apresentaram glicemia compatível com diagnóstico de

DM (glicemia de jejum > 126 mg/dl), 75 gestantes (63,6%) tiveram o resultado desse exame alterado na primeira glicemia de PN (glicemia de jejum $\geq$ 92 mg/dl e < 126 mg/dl), sendo classificadas como tendo Diabetes *mellitus* gestacional (DMG), demonstrando a importância do rastreio de DMG na gravidez. Informa-se que a glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dl e menor que 126 mg/dl para gestantes é considerado DMG¹⁵.

Tabela 5 - Distribuição numérica dos resultados da glicemia das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)	
	n	%
Glicemia		
Normal	38	32,2
Diabetes <i>mellitus</i> gestacional (DMG)	75	63,6
Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	5	4,2

Glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dl (Miligrama por decilitro) e menor que 126 mg/dl para gestantes é considerado DMG.

Os dados referentes à glicemia dos parceiros estão representados na Tabela 6. Três relataram ser diabéticos, mas 43,2% deles apresentaram valores definidos como intolerância à glicose ou pré-diabético. Em quatro casos, a glicemia possibilitou diagnosticar DM. Homens com glicemia de jejum maior a 126 mg/dl são consideradas como diabéticos¹⁵.

Tabela 6 - Distribuição numérica dos resultados da glicemia dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Glicemia		
Normal	63	53,3
Intolerante	51	43,2
Diabetes <i>mellitus</i> (DM)	4	3,3

Homens com glicemia de jejum igual ou maior a 126 mg/dl são consideradas como diabéticos.

Os resultados do lipidograma dos parceiros demonstraram normalidade em apenas 15,2% dos integrantes deste estudo, mas foi possível diagnosticar 84,8%

deles como portadores de algum tipo de distúrbio dislipidêmico. Na Tabela 7 estão agrupadas todas as alterações dislipidêmicas observadas neste grupo de parceiros.

Tabela 7 - Distribuição numérica dos resultados do lipidograma dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Lipidograma		
Normal	18	15,2
Hipercolesterolemia isolada	1	0,8
Hipertrigliceridemia isolada	23	19,4
Hiperlipidemia mista	6	5
HDL-Colesterol baixo	70	59,3

O MS preconiza a realização das sorologias em gestantes e apoia essa estratégia para o parceiro^{16,1}. Observa-se que o resultado da sorologia de sífilis para um casal foi reagente (0,8%) para a gestante e não reagente para o parceiro. Quanto à sorologia para hepatite C (9,3%), foi realizada somente em 11 gestantes, pois esta não é rotina no PN de Franca, SP, Brasil. Encontrou-se, em outro casal, a sorologia de anti-HIV (0,8%) reagente para o parceiro e não reagente para a gestante. Em três gestantes não foi realizada a pesquisa do HBsAg (2,5%).

Tabela 8 - Distribuição numérica dos resultados das sorologias de gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Sorologia	Gestante (n= 118)				Parceiro (n= 118)			
	Reagente		Não Reagente		Reagente		Não Reagente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VDRL	1	0,8	117	99,1	-	-	118	100
Anti-HIV	-	-	118	100	1	0,8	117	99,1
HBsAg	-	-	115	100	-	-	118	100
Anti-HCV	-	-	11	100	-	-	118	100

Na Tabela 9 encontram-se os dados referentes à Pressão Arterial entre os parceiros. No total, oito identificaram-se como hipertensos previamente, porém foi constatado que mais quatro (3,4%) foram diagnosticados com HAS. Portanto, a

inclusão dos homens no PN representou benefício objetivo para o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, nos parceiros dessa casuística.

Tabela 9 - Distribuição numérica dos resultados da pressão arterial dos parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Pressão Arterial	Parceiro (n= 118)	
	Normal	Elevado
	n	%
Ótima	80	67,8
Normal	26	22
HAS	12	10,1

O número de consultas que gestantes e parceiros participaram, tanto na UBS quanto no AGAR, está representado na Tabela 10. Os resultados demonstraram que 69 gestantes (58,4%) participaram de sete ou mais consultas durante o PN, indo de encontro com o número preconizado pelo MS^{16,17}, e que 23,7% realizaram três consultas ou menos, tornando-as mais vulneráveis aos agravos relacionados à gravidez.

Quanto ao AGAR, o número de consultas das gestantes também atende às normativas do MS^{16,17} sendo, respectivamente, de quatro a seis consultas (12,7%) e mais de sete (18,6%). A participação do parceiro no AGAR foi de 22% na categoria de uma a três consultas e em relação à participação de quatro a seis, 3,3%. Seis (68,6%) relataram não participar das consultas.

Tabela 10 - Distribuição numérica de consultas realizadas nas UBS e AGAR de gestantes e parceiros incluídos na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil

Consultas	Gestante (n= 118)				Parceiro (n= 118)			
	UBS		AGAR		UBS		AGAR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	1,6	-	-	29	24,5	6	68,6
1 -- 3	28	23,7	6	5	58	49,1	26	22
4 -- 6	19	16,1	15	12,7	15	12,7	4	3,3
7 ou mais	69	58,4	22	18,6	16	13,5	7	5,

Foram seguidas apenas 43 gestantes no AGAR.

O AGAR atende gestantes com doenças preexistentes e/ou complicações advindas da gravidez, que são encaminhadas das UBS do município e de cidades vizinhas pertencentes a DRS VIII. Os dados representados na Tabela 11 são referentes às gestantes encaminhadas das UBS de origem ao AGAR.

Tabela 11 - Distribuição numérica das gestantes encaminhadas ao AGAR, segundo sua unidade de origem incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Unidade Básica de Saúde	Gestante (n= 43)	
	n	%
UBS Aeroporto III	15	34,8
UBS Brasilândia	8	18,6
UBS Leporace	5	11,6
UBS São Sebastião	5	11,6
Outras cidades	5	11,6
UBS Horto	4	9,3
AGAR	1	0,8

Foram seguidas apenas 43 gestantes no AGAR.

Na Tabela 12 encontram-se os dados referentes aos fatores de risco indicativos nos encaminhamentos das gestantes para o AGAR. Dentre os fatores de risco 54,8% estão relacionados à gravidez atual, como HAS prévia, DHEG, DMG e gemelaridade. Dentre as condições e fatores de risco prévios à gravidez observou-se elevado percentual de DM e tireoidopatias.

Tabela 12 - Distribuição numérica das condições e fatores de risco das gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro, que justificaram o encaminhamento ao AGAR. Franca, SP, Brasil.

Fatores de risco relacionados (n= 62)	Gestante (n= 45)	
	n	%
À gravidez atual	34	54,8
Às condições prévias	24	38,7
Às características individuais e às condições sociodemográficas Desfavoráveis	3	4,8
À história reprodutiva anterior	1	1,6

Os números da Tabela 13 representam as sorologias realizadas pelas gestantes de acordo com cada trimestre, sendo que o MS recomenda o diagnóstico da infecção pelo HIV e pelo TP na primeira visita da gestante à unidade, repetindo-as em torno da 30ª semana e no parto^{16,17}. Observa-se que 86,4% delas realizaram a primeira sorologia no primeiro trimestre da gravidez, evidenciando o início precoce do PN. Porém, a realização da segunda sorologia ocorreu no segundo trimestre para 27,1%. Esse fato pode colaborar com a deficiência diagnóstica desses agravos no terceiro trimestre.

Tabela 13 - Distribuição numérica de sorologias por idade gestacional (IG) realizada pelas gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

	Gestante (n= 118)					
	Primeira sorologia		Segunda sorologia		Terceira sorologia	
	n	%	n	%	n	%
Não realizou	-	-	22	18,6	112	94,9
1º Trimestre	102	86,4	1	0,8	-	-
2º Trimestre	12	10,1	32	27,1	1	0,8
3º Trimestre	4	3,3	63	53,3	5	4,2

Na Tabela 14 está representado o número de sorologias realizadas pelas gestantes, observando-se que elas realizaram duas sorologias de HIV e VDRL (77,1%), uma para hepatite B (92,3%) e uma para anti-HCV (9,3%).

Tabela 14 - Distribuição numérica de sorologias realizadas pelas gestantes incluídas na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Sorologia	Gestante (n= 118)							
	Anti-HIV		VDRL		HBsAg		AntiHCV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	-	-	-	-	3	2,5	107	90,6
Uma	23	19,4	22	18,6	109	92,3	11	9,3
Duas	91	77,1	91	77,1	6	5	-	-
Três	4	3,3	5	4,2	-	-	-	-

Quanto aos resultados referentes às entrevistas, eles foram estratificados em

cinco domínios conforme estabelecido na seção de sujeitos e métodos, a saber:

1. Envolvimento da equipe de saúde
2. Motivação do parceiro
3. Presença do parceiro
4. Percepção paterna
5. Percepção materna

Em relação ao envolvimento das equipes de saúde na adesão do parceiro à Estratégia Pré-Natal do Parceiro, os resultados foram estratificados de acordo com a motivação delas em: equipes motivadoras e equipes passivas. Esses dados estão representados na Tabela 15, observando-se que apenas 38 parceiros (32,2%) relataram que a equipe foi motivadora, convidando-os à participação. Observou-se que 57 parceiros (48,3%) aderiram à estratégia por iniciativa própria, solicitação da parceira ou outras formas de comunicação (mídia, panfleto, entre outras).

Tabela 15 - Distribuição numérica dos resultados do comportamento das equipes frente a participação do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Comportamento da equipe de saúde	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Motivadora	38	32,2
Passiva	57	48,3
Não respondeu	23	19,4

A motivação própria dos parceiros para participar do PN foi estratificada como parceiro participativo, passivo e não participativo, dados que estão apresentados na Tabela 16. Os resultados apontam que 58 parceiros (49,1%) foram os que participaram do PN por iniciativa própria. Quanto aos parceiros passivos, observa-se que 22 deles (18,6%) participaram porque foram convidados pela gestante e/ou pela equipe de saúde. Os que apenas realizaram os exames laboratoriais e aferiram a pressão corresponderam a 12,7%. No entanto, observou-se que houve associação entre motivação própria dos parceiros em participar no PNP e a equipe motivadora (Teste Qui-quadrado; $p < 0,001$).

Tabela 16 - Distribuição numérica dos resultados da motivação própria do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro quanto a sua participação no projeto. Franca, SP, Brasil.

Motivação própria	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Participativo	58	49,1
Passivo	22	18,6
Não participativo	15	12,7
Não respondeu	23	19,4

Na Tabela 17 observam-se os dados referentes ao parceiro no PN, de acordo com sua presença e/ou participação. Foi evidenciado que 63,5% tiveram participação ativa no processo gestacional, incluindo presença nas consultas, participando do parto e colaborando no puerpério. Observou-se, em contrapartida, que sete parceiros (5,9%) não foram participativos por motivos de gênero ou por desconhecer a importância de sua presença. Houve associação entre presença e/ou participação do parceiro no PNP e a equipe motivadora (Teste Qui-quadrado; $p < 0,001$).

Tabela 17 - Distribuição numérica dos resultados da presença e/ou participação do parceiro incluído na Estratégia Pré-Natal do Parceiro nas consultas do PN, parto e puerpério. Franca, SP, Brasil.

Presença/participação	Parceiro (n= 118)	
	n	%
Participação ativa	75	63,5
Participação passiva	14	11,8
Não participativo	7	5,9
Não respondeu	22	18,6

Em relação à percepção paterna sobre o PNP, observou-se que 77,9% referiram a estratégia como positiva, proporcionando benefícios para a tríade. Os dados estão representados na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição numérica dos resultados da percepção paterna sobre a Estratégia Pré-Natal do Parceiro. Franca, SP, Brasil.

Parceiro (n= 118)		
	n	%
Com impressão positiva	92	77,9
Com impressão passiva	3	2,5
Não respondeu	23	19,4

Avaliando os resultados referentes ao domínio da percepção materna sobre a Estratégia PNP, as mães consideraram importante a presença dos parceiros nas consultas de PN, verificando-se que 78,8% delas tiveram impressão positiva sobre o PNP e relataram ser de grande valia para a saúde do trinômio. Entretanto, 10 mães (8,4%), mostraram uma impressão passiva do projeto, conforme Tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição numérica dos resultados da contribuição da Estratégia Pré-Natal do Parceiro para as gestantes incluídas. Franca, SP, Brasil.

Gestante (n= 118)		
	n	%
Com impressão positiva	93	78,8
Com impressão passiva	10	8,4
Não respondeu	15	12,7

DISCUSSÃO

Recentemente, com base nas políticas públicas referentes à saúde do homem, o MS tem incentivado a inclusão do parceiro no PN como estratégia de fortalecimento do diagnóstico precoce de doenças de TV e crônicas, fortalecendo o vínculo, podendo contribuir para a redução da violência doméstica e complicações que influenciam na qualidade de vida triádica gestante-parceiro-feto (fisiológicas e psicológicas). A adesão do parceiro permite, ainda, que ele seja inserido no sistema de saúde, envolvendo-se em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos evitáveis, visto que os homens demoram mais para procurar os serviços de saúde ^{1,2}.

O MS recomenda a identificação precoce da gravidez para início do PN, com atendimento imediato e identificação de risco a cada consulta, possibilitando

diagnóstico precoce, orientações e encaminhamentos adequados e oportunos. Algumas características socioeconômicas e demográficas são consideradas fatores de risco, como: gravidez na adolescência, idade maior que 35 anos, ocupação, situação conjugal e escolaridade, não devendo essa gestante ser necessariamente referenciadas ao PN de risco¹⁷.

Observou-se, neste estudo, a ocorrência de gravidez na adolescência (15,2%), resultado semelhante encontrado no estudo sobre a assistência PN no Brasil¹⁸. Sabe-se que a gravidez na adolescência repercute em complicações físicas e emocionais, a exemplo de maior risco de eclâmpsia, infecção puerperal, abandono da escola, ilusão de mudança de vida e insegurança no relacionamento¹⁹. Estudos sobre a percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna demonstraram que os parceiros adolescentes gostariam de participar da consulta, mas relataram o medo e a vergonha nessa participação sendo, também, referida a proibição do acompanhamento durante a consulta²⁰.

A faixa etária maior que 41 anos representou 3,3% das gestantes do estudo, enfatizando a importância de ações de planejamento reprodutivo para essa faixa de idade. O aumento da idade está significativamente agregado ao aborto, DMG e outras complicações¹⁰.

Analisando a distribuição das gestantes por faixa etária, verificou-se que houve o predomínio entre 20 e 30 anos, corroborando os estudos sobre a assistência PN de baixo risco no Brasil^{5,21,18,22}.

Como visto nos resultados, entre as cores de peles auto-referidas pelas gestantes e parceiros, houve predomínio da cor branca. Estudo realizado em Niterói-RJ sobre as desigualdades no PN em gestantes, no período de 2000 a 2009, também constatou a predominância da cor branca, seguida pela parda²². Alguns estudos sobre a participação do parceiro no PN enfatizam perfis sociais, como faixa etária, situação conjugal, renda e escolaridade, mas não mencionam a cor da pele dos parceiros^{5,18,23,24}.

A baixa escolaridade está ligada às condições socioeconômicas desfavoráveis e isso pode refletir na diminuta taxa de adesão do casal ao PN¹⁹. Em pesquisa realizada com gestantes sobre a importância da participação paterna durante o PN, verificou-se que 28% delas possuíam o ensino fundamental e 40% o ensino médio²⁵. No entanto, uma pesquisa realizada em 2004 sobre o envolvimento

paterno durante a gestação demonstrou que a escolaridade entre os parceiros variou entre ensino fundamental (22,9%) e ensino médio (25,7%)⁵.

Em relação à ocupação, a maioria das gestantes deste estudo foi identificada como “do lar”, demonstrando o papel da mulher com os afazeres da casa e cuidado com os filhos. No que se refere aos parceiros, a ocupação identificada foi a de trabalhadores da produção de bens e serviços industriais incluindo-se sapateiro e operador de máquinas, corroborando com resultados de outro estudo²³.

A renda constitui um ponto importante para a base familiar, pois os proventos proporcionam alimentação, saúde, transporte, moradia e melhores condições de vida. A ausência de rendimentos pode levar à situações de insegurança e causar desequilíbrios na saúde física, emocional e familiar. No presente estudo verificou-se que a renda familiar dos casais foi de até cinco salários-mínimos, diferindo de outros dados, em que houve variação de um a três salários mínimos²⁰.

Outro fator de risco na gravidez é a situação conjugal². Observou-se que a maioria dos casais participantes deste estudo são casados ou vivem em união estável (85,5%). Esse fato proporciona situação mais confortável para a gestante, que está em um momento de muitas modificações e encontra no parceiro e/ou na relação conjugal o apoio e a contribuição para lidar com essas transformações^{17,23}.

Constatou-se que a inclusão dos casais na Estratégia PNP apresentou diferentes percentuais demonstrando notável diferença no número de casais arrolados. Após toda a rede municipal de saúde ser treinada para adotar esta estratégia, cinco unidades foram selecionadas. Dentre elas a UBS Aeroporto acolheu, incentivou e efetivou, diferenciadamente, a adoção do PNP para sua população de gestantes e parceiros. No entanto, houve UBS que acolheu menos de 10% destes parceiros, contrariando as orientações do MS^{1,17}, as quais estimulam a participação do parceiro no PN. Esses resultados corroboram com outros²⁶, apontando que algumas unidades de saúde também apresentaram percentuais diferentes de adesão, recaindo sobre a motivação da equipe a responsabilidade de “fator primordial” para o sucesso da Estratégia PNP.

Ao avaliar a paridade, observou-se que a maioria das gestantes teve de um a dois partos anteriores. Em relação às adolescentes, dezesseis eram nulíparas, discordando de estudo no qual 40% dessas jovens já haviam tido outra gestação²⁵.

Nesse estudo, também foi identificado que as gestantes da faixa etária de 31

a 40 anos (16,6%) tiveram de 5 a 6 partos anteriores. Estudos demonstram que a idade materna e a multiparidade predis põem a gestante à morbimortalidade^{27,28,29}.

Ao iniciar o PN, são investigados diversos aspectos da vida da gestante. Além das condições sociodemográficas, há também a necessidade de averiguar suas questões de saúde, bem como as de seus familiares e realizar o exame físico.

As causas de mortalidade materna já são conhecidas e seus indicadores não têm demonstrado mudanças expressivas nas últimas décadas. Assim, a história pregressa de doenças nas gestantes é de fundamental importância para direcionar ações, a fim de minimizar as consequências para o binômio mãe e filho³⁰.

Sabe-se que HAS é a principal causa de mortalidade materna em todo o país, representando um grave problema de saúde pública¹⁴. As complicações advindas desse agravo, tais como a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, contribuem decisivamente para desfechos desfavoráveis^{30,31}.

Neste estudo, verificou-se a ocorrência de gestantes com HAS, as quais eram acompanhadas na Atenção Básica e tratadas com medicamentos específicos para tal problema.

Dados sobre a HAS evidenciaram que as complicações podem ser amenizadas ou prevenidas com orientações pré-concepcionais, aderência aos tratamentos medicamentosos, acesso aos serviços de saúde e realização de atividades físicas visando manter os níveis pressóricos próximos à normalidade³¹.

O diagnóstico prévio do DM entre as gestantes favorece o controle dessa enfermidade por meio de ações que podem contribuir significativamente para a redução de agravos ao feto, dentre eles malformações congênitas, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal²⁷.

Sendo o diabetes um fator de risco durante a gestação, a mulher com esse agravo precisa ser monitorada no período pré-concepcional buscando manter bons níveis glicêmicos para o planejamento da gestação. As avaliações devem ser periódicas com acompanhamento de equipe multiprofissional²⁸.

Quanto ao histórico de HIV e sífilis em gestantes, não houve relatos neste estudo. No entanto, foram identificadas duas gestantes portadoras do HPV, dado importante a ser considerado, visto que esse vírus pode causar ulcerações genitais, predispondo à infecção por outras IST. A forma de transmissão é por via sexual e raramente no momento do parto³². Importante ressaltar que a presença de uma IST

pode aumentar o risco de ter outras e a gestação deve ser o momento de eliminar riscos de contaminação de doenças que possam aumentar as estatísticas de TV².

Ao avaliar as doenças preexistentes dos parceiros, a hipertensão e DM foram as mais comuns.

Reconhecendo que os homens adiam a ida ao médico e, geralmente, adentram no sistema de saúde principalmente pela rede especializada, o MS instituiu a PNAISH com a finalidade de garantir acesso precoce à promoção de saúde e prevenção de doenças, melhorando as taxas de morbimortalidade^{1,4}. No entanto, na prática, observa-se que as ações propostas na PNAISH não vêm surtindo efeito. Contudo, o incentivo ao parceiro para participar do PN tem sido uma importante estratégia na busca da inserção masculina no sistema de saúde, possibilitando o diagnóstico precoce de doenças transmissíveis e não transmissíveis²⁶.

Os agravos evitáveis mais comuns aos homens são as doenças crônicas, como as cardiovasculares, levando-os a viverem em média sete anos a menos que as mulheres¹.

Constatou-se que oito homens declararam ser hipertensos (6,7%). No entanto, no momento da aferição da pressão arterial, foi possível identificar mais quatro que desconheciam a presença dessa doença (3,4%). A inclusão desses parceiros na atenção PN possibilitou a detecção precoce do processo hipertensivo e o encaminhamento para consulta médica. Certamente, possibilitou o seu acesso às orientações sobre mudanças de hábitos de vida, realização de atividades físicas e acompanhamento na rede básica de saúde.

Para dimensionar indicadores de DCNT como o DM, HAS e dislipidemias a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do MS, constatou que em 2015, 23,3% dos homens de 26 capitais brasileiras e Distrito Federal referiram diagnóstico médico de HAS. Para mulheres este percentual aumentou para 25,9%³³. Em outro estudo, o predomínio foi maior em homens sendo 40,1% e 32,2% entre mulheres³⁴. No presente estudo, o percentual de parceiros hipertensos foi de 10,1%.

Foram identificados, também, 3,3% de DM entre os parceiros e a taxa de intolerância à glicose foi de 43,2%. Em estudo nacional de 2015³⁴, 6,7% dos homens apresentavam o diagnóstico de DM, sendo este mais incidente a partir de 45 anos.

Em 2016, a Vigitel verificou o aumento de diagnóstico de DM entre homens de 6,7% para 7,8%, crescimento que reforça a necessidade de criar ações que facilitem o acesso da população masculina na Atenção Básica³⁵.

Complicações referentes ao DM como cegueira, insuficiência renal, DCV e amputações elevam os gastos hospitalares. De 2008 a 2010 gastos por complicações de DM foram quatro vezes maiores que as internações pelo diagnóstico de DM, sendo o custo de todas as internações referentes a este período de R\$ 1, 7 bilhões de reais no SUS³⁶.

Estudo realizado em duas UBS do município de São Paulo mostrou a comparação da pressão arterial de 290 pacientes entre mulheres e homens hipertensos, evidenciando que o controle pressórico pelas mulheres foi superior ao dos homens³⁷. O mesmo resultado foi obtido em 2012, demonstrando que a questão do gênero ainda é um fator importante para ausência e/ou não adesão aos tratamentos³⁸. Assim, o acesso aos serviços de saúde deve ser revisto e incentivado por profissionais de saúde, pela mídia e pela sociedade organizada, com ênfase na divulgação da PNAISH.

O diagnóstico precoce de doenças crônicas como DM, HAS e dislipidemias são preconizadas pela PNAISH, sendo o diabetes tipo 2 uma doença crônica e um fator de risco importante para DCV. Em 2005, a incidência de mortalidade masculina no país, na faixa etária de 25 a 59 anos foi em média 26,8% por doenças do aparelho circulatório e responsável por 40,5% das internações hospitalares em 2007¹.

Não houve relato de história pregressa de HIV e sífilis em parceiros no presente estudo.

O DMG é responsável por várias complicações durante a gestação, constituindo um agravo de alto impacto na saúde materno-fetal²⁹. Está presente entre três e 25% das gestações e seu rastreamento deve ser feito na primeira consulta da gestante com a solicitação da glicemia de jejum²⁸.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, os valores preconizados para o diagnóstico de glicemia é $\geq$ a 126 mg/dl ou $\geq$ 92 mg/dl e $<$ 126 mg/dl, sendo necessária a confirmação do resultado com uma nova coleta. Se a glicemia resultar $<$ 92 mg/dl, a gestante deve realizar novos exames entre a 24^a e a 28^a semana. Porém, até 2015, não havia um consenso de indicação e método de rastreamento

para o DMG, sendo utilizados como referência consensos de especialistas^{28,39}.

Em meados de 2016, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Diabetes, consultores da Organização Pan-Americana da Saúde e assessores do MS realizaram uma discussão sobre a necessidade de determinar o método de diagnóstico de DMG e valores de corte na concentração da glicemia, resultando na deliberação de duas condutas de rastreio. A primeira considera o diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total; a segunda considera a situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parciais. Ambas as situações utilizam como parâmetro a glicemia de jejum e os valores do Teste de Tolerância à Glicose Oral (TTGO) de 75g de dextrose⁴⁰.

No presente estudo, verificou-se que 67,8% dos resultados da glicemia de jejum das gestantes apresentavam valores entre ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl, sendo classificadas como DMG. Porém, não é possível inferir que essas mulheres tenham realizado a segunda dosagem para confirmação do diagnóstico, nem que foram orientadas e tratadas como portadoras de DMG. Ressalta-se também que não foram identificados índices de complicações durante a gestação por DMG.

Estudo retrospectivo que avaliou 506 gestantes atendidas em um hospital do sul de Santa Catarina verificou-se a positividade para o rastreamento de DMG em 30,2% dessas mulheres⁴¹. No entanto, somente 19% delas realizaram o TTGO. Isso possibilitou averiguar que os profissionais de saúde não realizam corretamente o rastreio para o DMG e esse achado foi confirmado no presente estudo.

A investigação e detecção do DMG possibilitam intervenções, como a utilização de insulina, controle glicêmico e reeducação alimentar minimizando repercussões fetais como hipoglicemia e problemas respiratórios³⁹.

Observou-se que a incidência de parceiros com diagnóstico de pré-diabetes ou intolerantes foi de 43,2%, um elevado índice em comparação aos dados de outra investigação na qual a prevalência foi de 15,9% de alteração glicêmica entre os homens. Outro aspecto a ser considerado é a prevalência majoritária da faixa etária de 20 a 40 anos, ou seja, adultos jovens.

Aliado a doenças como a HAS e o DM, as dislipidemias representam risco objetivo no sentido de elevar as taxas de morbidade cardiovascular como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial

periférica, dentre outras¹. Segundo as observações da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose adequada para esta casuística (2013)⁴², verificou-se que 84,8% dos parceiros apresentaram algum distúrbio do metabolismo lipídico, lideradas pela redução do HDL-Colesterol e pelo aumento dos triglicerídeos. Sem a estratégia PNP, possivelmente eles perderiam a chance do diagnóstico precoce e da adoção de estratégias visando a normalização destes parâmetros bioquímicos. Em 2015, 55 alunos de ambos os sexos, do curso de Bacharelado em Biomedicina de Patos/PA tiveram o seu perfil lipídico estudado. Os autores observaram que 68,0% dos homens apresentavam dislipidemias e que não houve o registro de hipercolesterolemia isolada, coincidindo com os achados do presente estudo⁴³.

Em 2003, foram analisados os fatores de risco de indivíduos com IAM em idade até 40 anos, em uma população 80% masculina. Os autores constataram que 51,3% apresentavam hipercolesterolemia, 47,4% HAS e 7,9% DM⁴⁴. Os fatores de risco mais prevalentes para IAM em jovens de ambos os sexos foi o LDL-colesterol elevado e o tabagismo⁴⁵.

Em estudo realizado em um hospital de Florianópolis, SC, sobre as características clínicas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, verificou-se em 79,9% dos pacientes masculinos, com idade menor que 60 anos (50%) eram portadores de dislipidemias (72,9%), HAS (83,3%) e DM 37,5%⁴⁶.

Os resultados do presente estudo ratificam que a partir do diagnóstico precoce de HAS, DM e dislipidemias entre os homens desta casuística, faz-se necessário implantar orientações e ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de complicações. Dentre essas estratégias incluem-se mudanças no estilo de vida, realização de atividade física e alimentação equilibrada, conforme preconizado pelo MS¹¹.

O fato de identificar uma gestante com diagnóstico de sífilis na 16ª semana de gravidez possibilitou seu tratamento de forma adequada, evitando a TV²⁶. Apesar de ser apenas um caso, relembra-se que essa avaliação considerou 118 mulheres (0,8%), resultados comparáveis aos obtidos em outra investigação²⁶.

Com o diagnóstico precoce (que foi possível neste estudo), consegue-se realizar ações para evitar a TV, cria-se a oportunidade de inserir o parceiro na rede de saúde e impedir a cadeia de transmissão^{26,32,47,48,49}.

O diagnóstico da infecção pelo HIV foi possível em um dos parceiros em decorrência de sua inclusão no PNP (0,8%). Após a identificação da sorologia positiva desse parceiro, procedeu-se o rastreamento e a busca ativa imediata dele para a realização de um teste confirmatório. A gestante, que era soronegativa, pôde usufruir dos benefícios da profilaxia para evitar a infecção pelo HIV, de forma mais efetiva.

O MS preconiza que as gestantes tenham pelo menos seis consultas durante o PN, iniciando precocemente os cuidados estabelecidos, como a realização de exames e vacinação¹⁷. Estudos realizados sobre a assistência PN verificaram que mais de 60% das gestantes tiveram o mínimo de seis consultas durante a gravidez, corroborando com os dados encontrados, nos quais 58,4% participaram de sete ou mais consultas de PN^{18,22}. Os dados demonstram que houve acesso à assistência PN, fator importante a ser considerado. Em um país com tantas diversidades, garantir o acesso integral e de qualidade torna-se um desafio.

Ressalta-se que o número reduzido de consultas (1 a 3) de PN pode propiciar a falta de detecção de doenças e complicações como prematuridade, DMG, transmissão vertical e outras morbimortalidades neonatais, trazendo impacto na qualidade da assistência e disparidade ao acesso^{18,22}.

No decorrer do acompanhamento gestacional no PN de baixo risco, a evidência de complicações como doenças e complicações obstétricas e de condição preexistente ou advinda/desencadeada da gravidez com identificação de risco dedutível para o binômio materno-fetal, direciona para que a gestante seja referenciada ao centro especializado multidisciplinar do município de Franca, SP, Brasil.

Considerando a Estratégia Pré-Natal do Parceiro, a gestante é aconselhada a convidá-lo na primeira consulta, visto que os benefícios da participação paterna no PN, parto e puerpério evidenciam o aumento do vínculo do trinômio gestante-parceiro-filho.^{4,5,10}

Em 2007, os parceiros que não participaram do PN apontaram como dificuldades o trabalho, o gênero e o desconhecimento da importância de sua presença².

O atendimento as gestantes com doença obstétrica e/ou comprometimentos clínicos, traz grande demanda técnica e social a todas as Unidades de Saúde. No

intuito de otimizar o atendimento o MS orienta que as gestantes de baixo e médio risco devem ser acompanhadas pelo obstetra da UBS próxima do seu domicílio¹⁷. Uma vez identificado risco dedutível para a mãe ou ao feto a gestante deve ser atendida no AGAR.

Diante dos dados apresentados faz-se necessária a discussão quanto às justificativas para os encaminhamentos das gestantes ao AGAR, uma vez que o fato dela apresentar fatores indicativos de risco nem sempre é critério para referenciá-la a um serviço de maior complexidade, podendo estas ser acompanhada na AB¹⁷. Observa-se que das 43 gestantes atendidas no AGAR, 33,3% foram referenciadas por mais de um fator indicativo de risco.

A realização de sorologias pela gestante é uma importante ação de assistência PN, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce e reduzindo índices de TV das infecções e morbimortalidade materna¹⁷.

A indicação do MS é a realização de duas sorologias para HIV e sífilis (VDRL) e uma de hepatite B². Do ponto de vista prático, deveriam ser realizadas na primeira consulta (preferencialmente no 1º trimestre) e no 3º trimestre, pois, se houver alguma alteração, há tempo para iniciar o tratamento. Neste estudo, foi observado que as gestantes realizaram a segunda sorologia no 2º trimestre de gestação. Essa antecipação pode repercutir de forma desfavorável para a tríade, visto que há o risco de infecção e reinfecção até o parto¹⁷.

Quanto ao número de sorologias realizadas pelas gestantes, verificou-se que 77,1% delas realizaram as duas sorologias de HIV e sífilis e 92,3% realizaram uma única sorologia de hepatite B. Avaliando essa situação em publicações nos últimos anos, constatou-se a existência de uma elevada taxa de falhas para cumprir todas as indicações de exames sorológicos durante o PN^{50,51}.

Neste estudo, observou-se que houve gestantes que realizaram apenas uma sorologia de HIV e sífilis, demonstrando uma lacuna entre o número de consultas e a solicitação desses exames. Destaca-se que a sorologia para hepatite C em gestantes ainda não é uma rotina em Franca, SP, Brasil⁵².

Embora o teste rápido para HIV e sífilis seja realizado no momento do parto, a detecção precoce dessas doenças durante a gestação permite o tratamento precoce e a diminuição de TV, além de evitar tratamentos para os RN.

A grande parte da aceitação e do sucesso da estratégia de inclusão do

parceiro na assistência PNP depende diretamente do envolvimento da equipe de saúde.

Para que o parceiro participe do PNP, uma questão primordial é o acolhimento dos profissionais de saúde para convidá-lo e motivá-lo a comparecer às consultas e/ou nos grupos de gestante, mesmo que as ações da unidade de saúde estejam voltadas para a atenção materno-infantil. Esse apoio da equipe na motivação do parceiro a participar e acompanhar a gestante nas consultas está preconizado na PNAISH¹.

Estudos têm demonstrado benefícios da participação do parceiro para a tríade gestante-parceiro-filho, tais como reforçar a adesão ao PN, reduzir a violência doméstica e fazer o diagnóstico de doenças transmissíveis e não transmissíveis com a redução horizontal e vertical de sífilis, HIV e hepatites B e C^{2,3,9,10,53}. Não restam dúvidas de que a inserção dessa estratégia no Programa Rede Cegonha vai contribuir objetivamente para seu sucesso.

Em algumas afirmações dos parceiros, ficou evidente o valor do acolhimento da equipe, pois citaram os nomes dos profissionais que prestaram assistência à tríade, sendo os médicos os mais referidos. No entanto, contrariamente às expectativas dos parceiros, evidenciou-se em seus discursos o desconhecimento/despreparo/dificuldade dos profissionais de saúde na forma de abordá-los e acolhê-los. Esses resultados corroboram com outros achados²⁶, os quais demonstrou que dentre as 44 unidades de saúde participantes do projeto a adesão do parceiro variou de 2,5 a 97,8% caracterizando a atuação acolhedora ou indiferente/apática da equipe frente ao PNP.

Em algumas das entrevistas realizadas, observou-se que os profissionais de saúde convidaram os parceiros, estimulando-os a estarem sempre presentes, porém, a forma que eles foram acolhidos pode não ter sido efetiva, visto que muitos deles não sabiam o nome ou tampouco sabiam referir a profissão desses profissionais.

Estudo realizado² evidenciou que 94% dos parceiros desejavam participar das consultas de PN, sentindo seus direitos negligenciados quando foi negada sua presença.

Ressalta-se que o envolvimento da equipe é importante para receber e acolher o parceiro, bem como a orientação sobre a importância de sua presença

deve ser incentivada pelos profissionais de saúde, que precisam ser qualificados para tal abordagem e devem orientar sobre a importância desse envolvimento, pois as unidades de saúde ainda permanecem referenciadas como ambiente de assistência materno-infantil^{54,55}.

Aliada ao interesse e à expectativa do parceiro em participar do acompanhamento do PN, há a necessidade dos profissionais de saúde valorizarem e estimularem sua participação, bem como criarem um ambiente favorável a sua presença. É inegável que a presença do parceiro abre uma importante perspectiva de atuação da equipe de saúde na divulgação de estratégias e ações que resultam em melhora dos padrões de saúde materna, paterna e perinatal.

No presente estudo, observou-se que a maioria dos parceiros relatou que a equipe de saúde não estimulou sua participação durante o PNP.

Esses dados confirmam outros de 2005 sobre o desafio da atenção primária na assistência dos homens, em que as equipes de saúde não acolhiam adequadamente os parceiros a participarem do PN⁵⁵. No Quênia, observou-se que muitos desses homens tinham sido ignorados pelos profissionais de saúde com atitudes e palavras hostis ao tentarem participar do PN e do parto⁵⁶. Porém, observou-se que o comportamento das equipes de saúde frente à participação dos parceiros nas consultas foi passivo em sua maioria, visto que eles desconheciam alguns detalhes como o nome e a profissão das pessoas que lhes atenderam. Adicionalmente, a equipe considerada como passiva não os convidou a participar das consultas.

A motivação própria dos parceiros para participação no PN permitiu identificar que, a princípio, eles inferem percepções e pensamentos que essencialmente confirmam dados da literatura², como o desejo de acompanhar a gestante nas consultas de PN e parto.

O parceiro participativo demonstra sentimentos “bons” de envolvimento, sensibilidade e entusiasmo em relação à gravidez da companheira, deixando muitas vezes clara a percepção que a gravidez foi planejada.

Um estudo realizado em Dourados (MT)²³ apontou que esses homens têm muitas curiosidades sobre a gravidez e que, quando eles participam, as dúvidas são esclarecidas.

O parceiro envolvido no PN sente-se responsável pela saúde do binômio

mãe/filho, permitindo maior proximidade emocional da parceira e criação de oportunidades para demonstrar atenção, apoio emocional e material, além do prazer em acompanhá-la^{4,24}.

Sem dúvidas, a sua participação traz calma e tranquilidade à gestante. Esse envolvimento traduz o apoio emocional do parceiro à sua companheira, visto que a forma de dialogar fica mais pacífica, a colaboração nos afazeres domésticos também é valorizada pelas mulheres e vista com alegria pelas gestantes, sentindo que seu parceiro preocupa-se com a saúde dela e do filho^{5,23,24}.

A participação do parceiro qualificado como passivo revelou a sua presença esporádica nas consultas, relatando que o horário de funcionamento das UBS e AGAR é no mesmo período em que exerce suas atividades laborais, dificultando o acompanhamento no PN, já que o tempo de espera para a resolutividade é superior ao que ele teria^{55,57,58}. O parceiro participativo, mesmo apresentando essas dificuldades, procura objetivamente suplantá-las priorizando a presença na consulta PN.

Mesmo havendo dificuldades de participar do PN, o parceiro acredita que sua participação é importante para a saúde do trinômio gestante-parceiro-filho²³.

Verificou-se, neste estudo, que os parceiros passivos demonstram curiosidade e vontade de participar, porém preferem ficar do lado de fora do consultório ou somente levar e buscar as companheiras, adentrando raramente no consultório, sendo também passivos durante as perguntas e inquietações de seus cônjuges, referentes às orientações prestadas pelo profissional de saúde. Frequentemente, relataram que a sua contribuição no processo gestacional era somente emocional e financeira, confirmando dados de um estudo realizado em Recife/PE em 2009⁵⁹.

Uma questão importante a ser abordada para qualificar o parceiro como não participativo nas intervenções ligadas ao PN é sua identificação como a figura do pai provedor da família, sendo ele quem deve trazer o sustento à prole. Um estudo realizado no Quênia em 2012 verificou que os parceiros tinham dificuldades em faltar ao trabalho para participar das consultas, fato agravado pela demora no atendimento, provocando atrasos em seus afazeres, diminuindo e prejudicando os valores recebidos por suas atividades laborais⁵⁶. O trabalho é, então, um fator limitador da participação do parceiro no acompanhamento PN^{2,5,7,8,60}. Em outro estudo, foi possível verificar que, quando o parceiro solicita dispensa do trabalho e

acompanha o PN, ele tem possibilidade de ser demitido⁴.

Um estudo realizado em São Gonçalo do Amarante/RN evidenciou que, quando o parceiro é ausente ao PN, a gestante tende a presenciar conflitos em seu relacionamento conjugal, sentindo-se excluída, o que pode comprometer sua saúde física e emocional⁵⁴.

Em 2007, estudo mostrou que 86% dos parceiros alegavam que sua ausência era devido à preocupação em não ser acolhido pela equipe, não entender o que é orientado, medo de não ter sua falta aceita no trabalho e de participar do parto². A falta de interesse do parceiro e a percepção de que ele não precisa participar das consultas de PN foram relatadas neste estudo, confirmando outros dados⁴.

Na presente investigação, constatou-se que os parceiros participaram de forma ativa no PN, parto e puerpério em 63,5%. Para esse grupo, o fator primordial de sua presença nesses momentos foi o anseio de colaborar com a companhia.

Evidências demonstram vários benefícios para a saúde do trinômio gestante-parceiro-filho, quando há participação do parceiro no PN, parto e puerpério, dentre elas o envolvimento emocional mais profundo com a gestante, contato precoce com o filho, aumento da adesão ao PN, redução da violência e da depressão puerperal^{2,3,7-10}.

A presença do parceiro nas consultas de PN aumenta seu interesse sobre os fenômenos gestacionais, auxilia nos cuidados com o neonato e com a puérpera, percebendo a importância da sua participação na saúde da tríade⁴.

Na dependência da situação clínica materna (gestação de baixo ou alto risco), até 94% dos parceiros de gestantes de alto risco que foram entrevistados gostariam de participar das consultas de pré-natal².

Vários são os fatores que contribuem para o parceiro não ser participativo durante o PN, parto e puerpério. Além do trabalho, também há a sua recusa em acompanhar a gestante, sendo esses os fatores que refletem diretamente na vida do trinômio gestante-parceiro-filho.

Houve relatos nos quais o parceiro demonstrou claramente sua negativa e desinteresse em participar das consultas de PN por achar que não é necessário ou pela discordância de sua companheira em relação à sua presença. Pela questão de gênero, os parceiros não se envolvem com as questões referentes à gravidez; eles também acreditam que o PN é assunto exclusivo da mulher e acatam o que a

gestante decidir sobre a sua presença e participação nas consultas^{4,56}.

Se o parceiro não participa das consultas, isso não significa que ele está ausente nos cuidados a sua companheira, uma vez que sua presença e contribuição podem advir de várias maneiras e diferentes atitudes. Contudo, quando comparece, presencia e participa das consultas, há mais benefícios nos cuidados com a saúde materna^{4,54}.

Apesar de não participarem das consultas de PN, do parto ou das atividades do puerpério, os parceiros entrevistados mostraram que existe preocupação de suas partes, principalmente durante o puerpério. São fatos importantes as crenças referentes ao “resguardo”, ao afeto e ao vínculo com a parceira e filho. No presente estudo, a percepção paterna sobre a Estratégia PNP foi referida como positiva em um elevado percentual (77,9%), demonstrando que houve contribuições desta estratégia para a tríade gestante-parceiro-filho, no olhar do parceiro.

A gravidez é um momento de muitas mudanças na vida da gestante e da família. O convívio familiar deve proporcionar a gestante um ambiente seguro, benéfico, de apoio e proteção para o binômio mãe/filho^{2,8,21}.

Nas entrevistas deste estudo, ficou claro que 78,8% das mães relataram impressão positiva da presença do parceiro em algum momento da gravidez, parto ou puerpério. Referiram que melhor seria nos três períodos, mas compreendem as limitações de seus parceiros, principalmente aquelas ligadas ao trabalho. Uma das entrevistadas citou que deveria haver uma legislação específica que outorgasse direitos ao parceiro para participar de todas as etapas do processo grávido- puerperal. Com o apoio legal, imagina-se que a participação seria mais efetiva. As gestantes também demonstraram que querem a participação do parceiro nas consultas, parto e puerpério, mesmo que seja “na medida do possível”.

As gestantes desejam a participação dos parceiros em todos os momentos e sua participação deixam-nos mais sensibilizados^{24,25}.

Embora estudos demonstrem os benefícios do parceiro no acompanhamento do PN²⁻⁸, algumas mães participantes deste estudo relataram que a presença e/ou participação do parceiro não lhes agregou qualquer benefício, nem para elas e nem para seu filho. Felizmente, foram apenas 8,4% da casuística.

Neste estudo, também foi verificado que, em algumas ocasiões, a gestante recusou a participação do parceiro nas consultas de PN e no parto, conforme

também foi evidenciado em pesquisa anterior⁴.

LIMITAÇÃO DA PESQUISA

Um dos pontos considerados como limitantes da pesquisa foi o número de participantes. Este fato decorreu da baixa adesão das equipes de saúde no acolhimento da Estratégia PNP.

Outro fator limitante foi a baixa taxa de respostas às chamadas telefônicas para as entrevistas.

CONCLUSÕES

Com as estratégias metodológicas utilizadas concluiu-se que a inclusão do parceiro no PN possibilitou:

- Diagnosticar um maior número de parceiros com dislipidemias;
- Diagnosticar um maior número de parceiros com pré-diabetes e DM instalado;
- Diagnosticar um maior número de parceiros com HAS;
- Identificar que a Estratégia PNP não possibilitou aumentar o número de diagnósticos de IST entre as gestantes;
- Verificar alta taxa de DMG e DM entre as gestantes;
- Diagnosticar um caso de infecção pelo HIV entre os parceiros;
- Diagnosticar que elevado percentual das equipes de saúde não foi motivadora para a adoção da Estratégia PNP;
- Identificar que inclusão dos parceiros no PN foi considerada importante e positiva para as gestantes/mães e para eles próprios.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

2. 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. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007;29(4):171-4.
3. Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(3):149-56.
4. Cavalcante MAA. A experiência do homem como acompanhante no cuidado do pré-natal. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de São Paulo; 2007.
5. Piccinini CA; Silva R; Goncalves TR; Lopes RS; Tudge J. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol Reflex Crit.* 2004;17(3):303-14.
6. Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *R. Pol. Públ.* 2011;15(2):327-33.
7. Santo LCE; Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *R. Gaúcha Enferm.* 2000;21(2):87-109.
8. Sutter C, Bucher-Maluschke JSNF. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico.* 2008;39(1):74-82.
9. Edoka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord.* 2011;33(1-2):356-60.
10. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004;45(1):26-35.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

12. Freitas ED, Haddad JP, Velásquez-Meléndez G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(5):1073-82.
13. Black JA, Sharp SJ, Wareham NJ, Sandbaek A, Rutten GEHM, Lauritzen T, et al. Change in cardiovascular risk factors following early diagnosis of type 2 diabetes: a cohort analysis of a cluster randomized trial. *Br J Gen Pract*. 2014;64(621):208-16.
14. Freedman D, Pisani R, Purves R. *Statistics*. 4th ed. New York: Norton & Company; 2007.
15. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33:S11-61.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30:(Suppl.1):S85-100.
19. Ganchimeg T, Ota E, Moraski N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121(Suppl 1):40-8
20. Gonçalves SD, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(4):406-12.
21. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(2):52-5.

-
22. Fonseca SC, Monteiro DSA, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(7):1991-8.
23. Figueiredo MGAV, Marques AC. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. *Cogitare Enferm*. 2011;16(4):708-13.
24. Krob AD, Piccinini CA, Silva MR. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicol USP*. 2009;20(2):269-91.
25. Ferreira TN, Almeida DR, Brito HM, Cabral JF, Marin HA, Campos FMC, et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. *G&S*. 2014;5(2):337-45.
26. Fabio SV. Pré-natal do parceiro como estratégia para redução da transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis e melhora dos indicadores de saúde perinatal. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2016.
27. Grandi C, Tapia JL, Cardoso VC. Impact of maternal diabetes mellitus on mortality and morbidity of very low birth weight infants: a multicenter Latin America study. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(3):234-41.
28. World Health Organization. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;103(3):341-63.
29. Massa AC, Rangel R, Cardoso M, Campos A. Diabetes gestacional e o impacto do actual rastreio. *Acta Med Port*. 2015;28(1):29-34.
30. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

-
31. Catov JM, Nohr EA, Olsen J, Ness RB. Chronic hypertension related to risk for preterm and term small for gestational age births. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2 Pt 1):290-6.
32. Duarte G. Sífilis e gravidez e a história continua! *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(2):49-51.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015.* Brasília: 2016.160 p.
34. Chor D, Ribeiro AL, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127382.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 1 maio 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/673-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/l2-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/28387-2016>.
36. Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to diabetes mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2014;60:(3):222-30.

37. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):50-8.
38. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promotion, prevention and arterial hypertension care in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(3):543-50.
39. Milech A, Angelucci AP, Golbert A, Matheus A, Carrilho AJF, Ramalho AC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.
40. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: OPAS, 2016.
41. Zapelini RM, Martinelli MT, João RM, Iser BPM. Critérios diagnósticos e prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional em um hospital do sul de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*. 2015;59(3):177-81.
42. Xavier HT, Izar MC, Faria NJR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(Supl.1):1-22.
43. Leite AHP, Danta TS, Rolim LADMM, Silva NQ, Morato CBA. Perfil lipídico em adultos jovens e fatores de risco associados a doenças cardiovasculares. *REBES*. 2015;5(2):15-20.
44. Solimene MC, Conti RAS, Benjó AM, Lemos PAN, Luz AI. Características clínicas de indivíduos jovens com infarto agudo do miocárdio. *RBM Rev. Bras. Med*. 2003;60(6):341-349.
45. Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjó AM, Neto PAL, Ramires JAF.

Comparação entre homens e mulheres jovens com Infarto Agudo do Miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. 2002;79(5):510-25.

46. Cani KC, Araujo CLP, Karloh M, Alexandrino DFH, Palú M, Rojas DB, et al. Clinical characteristics of patients undergoing myocardial revascularization surgery. ASSOBRAFIR Ciência. 2015;6(3):43-54.

47. Lana FCF, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG. Rev. Bras. Enferm. 2010;63(4):587-94.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras ISTs. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

49. Grandi C, Tapia JL, Cardoso VC. Impact of maternal diabetes mellitus on mortality and morbidity of very low birth weight infants: a multicenter Latin America study. J Pediatr (Rio J). 2015;91(3):234-41.

50. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2014;48(5):766-74.

51. Martinelli, KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(2):56-79.

52. Franca. Prefeitura Municipal de Franca. 2016 [citado em 10 jul. 2016]. Disponível em: www.franca.sp.gov.br.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso: Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

54. Silva FCB, Brito RS. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. *Rev. Rene*. 2010;11(3):95-102.
55. Figueiredo W. Assistance to the men health: a challenge for the services of primary attention. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(1):105-9.
56. Kwambai TK, Dellicour S, Desai M, Ameh CA, Person B, Achieng F, et al. Perspectives of men on antenatal and delivery care service utilisation in rural western Kenya: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(1):134.
57. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo VS. The standpoint of professionals on the presence and demands of men on the healthcare services: perspectives for the analysis of the implementation of the Comprehensive Healthcare Policy for Men. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2617-26.
58. Siqueira MJT, Mendes D, Finkler I, Guedes T, Gonçalves MDS. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? *Estud. psicol. (Natal)*. 2002;7(1):65-72.
59. Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):73-8.
60. Oliva TA, Nascimento ER, Santo FRE. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. *Rev. enferm. UERJ*. 2010;18(3):435-40.