REVISTA ELETRÔNICA
ACERVO ENFERMAGEM
ISSN 2674-7189



Proposta para ampliação da participação masculina no pré-natal em Angola

Proposal to increase male participation in prenatal care in Angola

Propuesta para aumentar la participación masculina en la atención prenatal en Angola

Hortêncio Garcia Alberto[1], Valdecyr Herdy Alves[1], Bianca Dargam Gomes Vieira[1], Diego Pereira Rodrigues[1], Julia de Miranda Bezerra[1], Maria Eduarda Teodoro Araujo[1], Raquel Dias Botelho Borborema[1], Jeremias Kalupeteca Joaquim Dambi[1], Hermenegildo da Conceição Tchonza[1], Stephanie Vanessa Penafort Martins Cavalcante[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de elaboração de uma proposta de intervenção voltada à ampliação da participação dos parceiros nas consultas de pré-natal em uma unidade de saúde da província do Uíge, Angola. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida no contexto da especialização em Enfermagem Obstétrica, com base em diagnóstico situacional realizado por meio da análise de registros administrativos agregados da unidade e da observação da rotina do serviço durante estágio supervisionado. A utilização da Árvore de Problemas permitiu identificar causas institucionais e socioculturais relacionadas à baixa participação masculina no pré-natal e orientar a definição de metas e estratégias. O processo resultou na elaboração de um Plano de Ação estruturado em eixos estratégicos, incluindo capacitação da equipe, ações educativas para casais, reorganização do atendimento e medidas institucionais para inclusão do parceiro. **Considerações finais:** A experiência evidenciou a necessidade de mudanças organizacionais e culturais para o fortalecimento do cuidado compartilhado. Também possibilitou a construção de um instrumento técnico aplicável à Atenção Primária à Saúde, com potencial para promover inclusão familiar no pré-natal e fortalecer ações preventivas em saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Pré-natal, Paternidade, Saúde do homem, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of developing an intervention proposal aimed at increasing partner participation in prenatal consultations at a health unit in the Uíge province, Angola. **Experience report:** The experience was developed within the context of a specialization in Obstetric Nursing, based on a situational diagnosis carried out through the analysis of aggregated administrative records of the unit and observation of the service routine during a supervised internship. The use of the Problem Tree allowed the identification of institutional and sociocultural causes related to low male participation in prenatal care and guided the definition of goals and strategies. The process resulted in the development of an Action Plan structured in strategic axes, including team training, educational actions for couples, reorganization of care, and institutional measures for partner inclusion. **Final considerations:** The experience highlighted the need for organizational and cultural

[1] Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói – RJ.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

changes to strengthen shared care. It also enabled the construction of a technical instrument applicable to Primary Health Care, with the potential to promote family inclusion in prenatal care and strengthen preventive actions in sexual and reproductive health.

Keywords: Prenatal care, Fatherhood, Men's health, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Informar sobre la experiencia de desarrollar una propuesta de intervención dirigida a incrementar la participación de la pareja en las consultas prenatales en una unidad de salud de la provincia de Uíge, Angola. **Informe de la experiencia:** La experiencia se desarrolló en el contexto de una especialización en Enfermería Obstétrica, a partir de un diagnóstico situacional realizado mediante el análisis de los registros administrativos agregados de la unidad y la observación de la rutina del servicio durante una pasantía supervisada. El uso del Árbol de Problemas permitió identificar las causas institucionales y socioculturales relacionadas con la baja participación masculina en la atención prenatal y orientó la definición de objetivos y estrategias. El proceso resultó en el desarrollo de un Plan de Acción estructurado en ejes estratégicos, que incluye capacitación de equipos, acciones educativas para parejas, reorganización de la atención y medidas institucionales para la inclusión de la pareja. **Consideraciones finales:** La experiencia puso de relieve la necesidad de cambios organizativos y culturales para fortalecer la atención compartida. Asimismo, permitió la construcción de un instrumento técnico aplicable a la Atención Primaria de Salud, con potencial para promover la inclusión familiar en la atención prenatal y fortalecer las acciones preventivas en salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Control prenatal, Paternidad, Salud del hombre, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o planejamento reprodutivo e as ações em saúde voltadas à gestação, parto e puerpério foram concebidos com ênfase no binômio mãe-criança, o que contribuiu para a centralidade da mulher como principal (e, muitas vezes, única) destinatária do cuidado, com baixa incorporação do parceiro como sujeito corresponsável no processo gestacional (BRASIL, 2023). Nesse cenário, a presença masculina no pré-natal tende a ser compreendida como acessória, restringindo-se ao papel de acompanhante eventual, sem participação efetiva no acolhimento, no apoio emocional e na tomada de decisões em saúde. Ainda assim, mudanças graduais nas discussões sobre paternidade têm reforçado a importância da relação pai-filho e do envolvimento paterno como dimensões relevantes na construção de vínculos, no fortalecimento da família e no cuidado à gestante (BALICA LO e AGUIAR RS, 2019).

Embora o discurso sobre “paternidade ativa” venha ganhando espaço, persistem barreiras socioculturais que dificultam a participação do parceiro nas rotinas assistenciais. A cultura machista e a manutenção de papéis de gênero rígidos frequentemente afastam o homem do percurso gestacional, reforçando a ideia de que gestação e cuidado pertencem prioritariamente ao universo feminino (INSTITUTO PROMUNDO, 2019). Essa configuração sociocultural se traduz, na prática dos serviços, em baixa busca espontânea pelos homens, pouca oferta de estratégias de inclusão e, em diversos casos, inexistência de fluxos assistenciais que reconheçam o parceiro como parte do cuidado pré-natal. Uissiramo VTL, et al. (2022) destacam que, mesmo quando há reconhecimento dos benefícios do envolvimento masculino, fatores como normas culturais, dinâmicas familiares e organização institucional do atendimento continuam limitando a presença do parceiro de forma sistemática.

Entretanto, evidências recentes demonstram que a participação ativa do parceiro no pré-natal pode produzir efeitos positivos no acompanhamento gestacional e em desfechos maternos e neonatais, especialmente ao fortalecer o suporte social à gestante e ampliar o compromisso compartilhado com o cuidado (CARVALHO DSM, et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a necessidade de uma atenção pré-natal centrada na mulher e em seu contexto de vida, incluindo a família e a rede de apoio, como forma de promover uma experiência positiva na gravidez (OMS, 2016). Apesar disso, a concretização dessas recomendações depende de condições socioculturais e institucionais que nem sempre estão presentes, sobretudo em contextos em que os serviços de saúde permanecem orientados por modelos tradicionais de cuidado e por limitações estruturais.

No contexto de Angola, apesar de avanços relacionados à organização do sistema de saúde e à ampliação de registros e estratégias de monitoramento assistencial, permanecem desafios concentrados na redução da mortalidade materna e infantil e na qualificação de ações na Atenção Primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2021). Nessa realidade, a participação masculina no pré-natal tende a ser ainda mais limitada quando inexistem diretrizes locais claras e práticas institucionais de acolhimento do parceiro, o que compromete a integralidade do cuidado e amplia iniquidades de gênero na saúde reprodutiva. Diante disso, torna-se necessário produzir e sistematizar propostas que, mesmo antes de sua implementação, orientem equipes e gestores na reorganização do cuidado e na inclusão do parceiro como componente estratégico do pré-natal.

Essa vivência envolveu análise do contexto, articulação com evidências científicas e sistematização de ações viáveis para o serviço, configurando-se como um percurso técnico-reflexivo voltado à transformação da prática. Assim, este artigo tem como objetivo relatar a experiência de elaboração de uma proposta de intervenção para promover o envolvimento dos parceiros nas consultas pré-natais no Centro de Saúde do Candombe Velho, no município de Uíge, Angola, com foco na sensibilização de gestantes, parceiros e profissionais de saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A elaboração da proposta de intervenção teve início em uma unidade de saúde da província de Uíge, Angola, no contexto das atividades formativas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. A experiência foi vivenciada por profissional angolano inserido no próprio cenário de prática, o que possibilitou acompanhar de forma direta a rotina assistencial e identificar, no cotidiano do serviço, a baixa presença dos parceiros nas consultas de pré-natal.

Durante o estágio supervisionado, essa percepção foi se tornando mais evidente não apenas pela reduzida presença masculina nas consultas, mas também pela ausência de estratégias institucionais voltadas ao acolhimento do parceiro e à sua inserção nas ações desenvolvidas pela unidade. A partir dessa inquietação inicial, definiu-se a necessidade de aprofundar a análise do problema e estruturar uma proposta de intervenção compatível com a realidade local.

Em seguida, realizou-se o diagnóstico situacional com base em registros administrativos agregados, disponibilizados pelo responsável técnico da unidade, sem acesso a informações individualizadas dos usuários, e em observação da rotina do serviço no contexto do estágio supervisionado. Os dados evidenciaram participação masculina incipiente no acompanhamento gestacional.

Em 2023, de um total de 4.200 consultas de pré-natal realizadas, apenas 11 contaram com a presença dos parceiros. Em 2024, embora o número total de consultas tenha aumentado para 5.040, a participação masculina reduziu-se para nove parceiros. Além desses números, observou-se baixa inserção dos homens em atividades educativas e inexistência de rotinas que orientassem a equipe quanto ao convite sistemático ao acompanhante. A análise conjunta dessas informações permitiu compreender que a ausência do parceiro não se restringia ao momento da consulta, mas compunha uma dinâmica mais ampla de pouca inserção masculina no cuidado pré-natal.

Com base nesse diagnóstico, utilizou-se a metodologia da Árvore de Problemas para identificação do problema central, de suas causas e de suas consequências, organizadas graficamente (**Figura 1**). A construção dessa ferramenta ocorreu como atividade formativa orientada, tomando como referência as situações observadas na unidade e os dados levantados no diagnóstico situacional.

A análise definiu como problema central a baixa participação dos parceiros nas consultas pré-natais e identificou, como causas-raízes, os padrões socioculturais patriarcais, o desconhecimento acerca dos

benefícios do envolvimento paterno e a ausência de práticas institucionais de acolhimento ao parceiro. Esse processo permitiu sistematizar o problema de maneira objetiva e orientar a definição de prioridades para o planejamento da intervenção.

Figura 1 - Árvore de Problemas elaborada para análise da baixa participação dos parceiros nas consultas pré-natais.



Fonte: Alberto HG, et al., 2026.

A partir da Árvore de Problemas, que permitiu identificar as principais causas estruturais da baixa participação masculina no pré-natal, foram definidos os eixos do Plano de Ação. Esses eixos foram organizados em três dimensões estratégicas complementares: (1) conscientização e capacitação da equipe; (2) educação e informação para gestantes e parceiros; e (3) adoção de estratégias facilitadoras na rotina da unidade.

O plano operacional foi delineado em sete etapas sequenciais, com definição de atividades, prazos, resultados esperados e indicadores de monitoramento. A primeira etapa consistiu no aprofundamento do diagnóstico situacional e na sensibilização institucional, por meio de reuniões com gestores e equipe de enfermagem. A segunda previu a capacitação dos profissionais de saúde, com oficinas voltadas ao acolhimento do casal, à humanização da assistência e ao incentivo à participação masculina. A terceira etapa contemplou ações educativas direcionadas a gestantes e parceiros, incluindo rodas de conversa e encontros conjuntos sobre paternidade responsável, apoio emocional e corresponsabilidade no cuidado. A quarta etapa envolveu mobilização comunitária e divulgação, com produção de materiais educativos e articulação com lideranças locais.

Na quinta etapa, foram propostas estratégias facilitadoras no serviço, como flexibilização de horários, ajustes no fluxo de atendimento, registro sistemático da presença dos parceiros e criação do “Dia do Casal Gestante”. Também se previu padronização mínima do acolhimento ao parceiro, com orientação clara no momento da recepção, convite ativo para participação e estímulo à realização de ações preventivas e testes rápidos, quando pertinentes ao cuidado reprodutivo. A sexta etapa envolveu articulação com instâncias gestoras, mediante elaboração de proposta de nota técnica a ser encaminhada aos níveis municipal e provincial de gestão em saúde. Por fim, a sétima etapa previu avaliação e devolutiva da proposta, com sistematização das ações planejadas, reuniões com profissionais e representantes comunitários e elaboração de relatório técnico contendo recomendações para futura implementação.

Além do Plano de Ação, foram produzidos materiais técnicos de apoio, incluindo folder educativo, cartaz institucional e proposta de nota técnica (ALBERTO HG, et al., 2025a, 2025b, 2025c). Esses produtos foram elaborados no âmbito do processo formativo e disponibilizados em repositório público de acesso aberto, permitindo sua consulta e potencial utilização por outros serviços de Atenção Primária.

Embora a intervenção ainda não tenha sido executada, o processo de sua elaboração constituiu experiência formativa relevante, ao exigir análise situacional, priorização de problemas, definição de estratégias, elaboração de indicadores e construção de instrumentos técnicos coerentes com a realidade local.

Por tratar-se de relato de experiência de caráter formativo, fundamentado em observação do processo de trabalho e em dados administrativos agregados, sem identificação individual e sem abordagem direta de usuários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo preservados o sigilo institucional e a confidencialidade das informações utilizadas.

DISCUSSÃO

Os dados identificados no diagnóstico situacional evidenciam que a baixa participação masculina no pré-natal não constitui evento pontual, mas expressão de barreiras socioculturais e institucionais persistentes. A reduzida presença de parceiros nas consultas, mesmo diante do aumento do número total de atendimentos, reforça que a simples oferta do serviço não garante adesão. Esse achado converge com a literatura que discute a permanência de modelos tradicionais de gênero, nos quais o cuidado reprodutivo permanece associado predominantemente à mulher (SANTOS DN, et al., 2025).

Nessa perspectiva, a experiência analisada revela que o pré-natal, quando organizado como espaço exclusivamente feminino, tende a reproduzir padrões sociais já consolidados, dificultando a inserção do homem como sujeito do cuidado e limitando a corresponsabilização parental. Essa condição foi descrita em estudos que apontam a persistência de práticas e simbologias institucionais que reforçam a ideia de que o parceiro “não pertence” ao cenário da consulta (CABRITA BAC, et al., 2012).

A observação realizada na unidade de saúde de Uíge também mostrou que a ausência do parceiro não se restringe ao comparecimento à consulta, mas se manifesta na baixa participação em atividades educativas e na inexistência de rotinas institucionais de convite e acolhimento. Esse aspecto dialoga com achados que descrevem obstáculos institucionais e socioculturais, incluindo limitações de horário, barreiras de acesso e baixa sensibilização dos serviços para inclusão do homem (MENDES SC e SANTOS KCB, 2019). Além disso, a influência da masculinidade hegemônica no afastamento dos homens dos serviços de saúde é amplamente descrita.

Guedes IS e Prazeres IMA (2022) apontam que a autopercepção de invulnerabilidade pode dificultar a busca por acompanhamento preventivo, enquanto Santos DN, et al. (2025) discutem que a chamada paternidade ativa ainda enfrenta resistência em contextos marcados por papéis de gênero rígidos. Assim, os achados observados na unidade dialogam com evidências que reconhecem o impacto das construções sociais sobre o comportamento masculino em saúde (GUEDES IS e PRAZERES IMA, 2022; SANTOS DN, et al., 2025).

A construção da Árvore de Problemas mostrou-se particularmente relevante por permitir a sistematização, no plano operativo, de elementos que a literatura já reconhece como condicionantes da baixa participação masculina. As causas-raízes identificadas no processo formativo — padrões socioculturais patriarcais, desconhecimento sobre os benefícios do envolvimento paterno e ausência de práticas institucionais de acolhimento — são compatíveis com estudos que descrevem obstáculos relacionados à organização do serviço, à naturalização da exclusão masculina no pré-natal e à baixa sensibilização institucional para inclusão do homem (CABRITA BAC, et al., 2012; MENDES SC e SANTOS KCB, 2019; FERREIRA MGBL, et al., 2021). Nesse sentido, a ferramenta não apenas organizou o raciocínio interventivo, mas também conferiu coerência entre o problema identificado no serviço e as estratégias propostas.

Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que, embora a exclusão masculina nem sempre ocorra de forma explícita, ela pode ser sustentada por práticas organizacionais e ambientes pouco acolhedores. Mendes LMC, et al. (2024) discutem que representações profissionais sobre masculinidade podem influenciar a forma como o parceiro é recebido no serviço.

De modo semelhante, Ferreira MGBL, et al. (2021) destacam que estratégias de reorganização do cuidado são fundamentais para qualificar o pré-natal e ampliar sua resolutividade, enquanto Branco VMC, et al. (2009) reforçam a importância de iniciativas institucionais voltadas à inclusão do parceiro. A ausência de marcos institucionais, como orientações explícitas, convites ativos e fluxos padronizados, favorece uma exclusão simbólica do parceiro, reforçada por uma ambiência pouco representativa e por rotinas que não preveem sua participação (CABRITA BAC, et al., 2012). Dessa forma, a inclusão masculina depende não apenas de mudanças individuais no comportamento dos homens, mas também da reorganização do processo de trabalho e do compromisso institucional com práticas de acolhimento mais amplas.

Por outro lado, a literatura aponta que a participação do parceiro no pré-natal está associada a benefícios relevantes para o cuidado. Estudos demonstram associação entre a presença do parceiro e melhores desfechos maternos e neonatais (CARVALHO DSM, et al., 2023).

Uissiramo VTL, et al. (2022) identificaram que essa presença contribui para maior adesão ao acompanhamento gestacional e fortalecimento do suporte emocional à gestante. As recomendações da Organização Mundial da Saúde reforçam a importância de estratégias centradas na família, visando a uma experiência positiva na gravidez (OMS, 2016).

Nesse sentido, o envolvimento do homem não deve ser compreendido apenas como apoio à mulher, mas como oportunidade assistencial, uma vez que sua inclusão amplia o alcance de ações preventivas e de rastreio de infecções com repercussão direta na saúde materno-infantil, sobretudo em contextos nos quais ainda persistem lacunas no diagnóstico oportuno e no tratamento do casal (DUARTE G, 2007).

A proposta de intervenção elaborada procurou responder diretamente a essas barreiras ao articular capacitação da equipe, reorganização do fluxo de atendimento e ações educativas voltadas a gestantes e parceiros. Essa direção está em consonância com recomendações que defendem a reorganização do cuidado como elemento essencial para qualificar o pré-natal e ampliar a inclusão masculina (FERREIRA MGBL, et al., 2021; PARANÁ, 2022; BRANCO VMC, et al., 2009).

Ao considerar diretrizes e materiais voltados ao pré-natal do parceiro, a proposta também dialoga com políticas públicas orientadas para a prevenção da transmissão vertical de infecções e para a promoção da corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2023; BRASIL, 2022; ALMEIDA DF, et al., 2021).

Além disso, ao incorporar o conceito de “pré-natal da parceria”, aproxima-se de recomendações que defendem o acolhimento do casal como estratégia mais abrangente do que ações centradas exclusivamente no homem, por reconhecer dinâmicas familiares, diversidade de arranjos e a necessidade de cuidado compartilhado (RIO DE JANEIRO, 2025).

As ações educativas e comunitárias previstas no plano também merecem destaque. A opção por metodologias participativas considerou que, em contextos de baixa adesão masculina, estratégias educativas isoladas tendem a ter efeito limitado quando não acompanhadas de ações institucionais e comunitárias articuladas (MENDES SC e SANTOS KCB, 2019).

Do mesmo modo, a valorização da discussão de casos e da problematização do cotidiano assistencial na etapa de capacitação profissional aproxima-se de abordagens que defendem processos formativos voltados à reflexão crítica da prática e à construção de ambientes mais inclusivos (FERREIRA MGBL, et al., 2021). Nessa perspectiva, o plano estruturado apresenta potencial para qualificar a Atenção Primária ao integrar dimensões educativas, organizacionais e comunitárias, favorecendo sua replicabilidade em serviços com características semelhantes, especialmente em contextos de recursos limitados (PARANÁ, 2022).

A sistematização da proposta em etapas, com definição de metas, prazos, resultados esperados e indicadores, também representa uma fortaleza do processo. A lógica adotada dialoga com recomendações

metodológicas para elaboração de projetos de intervenção e com princípios de planejamento e gestão em saúde, que valorizam leitura sistêmica do problema, priorização de ações e monitoramento de resultados (OLIVEIRA CMCS e OLIVEIRA MA, 2015; MAXIMINIANO ACA, 2002).

Embora esses referenciais não substituam a vivência do serviço, eles contribuíram para conferir maior consistência técnica ao processo de elaboração do plano. Nesse mesmo sentido, a produção de materiais técnicos de apoio, como folder educativo, cartaz institucional e proposta de nota técnica, reforça a dimensão prática da experiência e dialoga com recomendações que defendem a institucionalização do pré-natal do parceiro como estratégia de ampliação do acesso do homem aos serviços e de redução de agravos evitáveis, incluindo o rastreio e manejo oportuno de infecções com impacto na saúde materno-infantil (ALMEIDA DF, et al., 2021; DUARTE G, 2007).

Entretanto, este estudo apresenta limitações. A principal refere-se ao fato de a proposta ainda não ter sido implementada, o que impossibilita avaliar seus impactos sobre indicadores assistenciais ou desfechos materno-infantis. Além disso, por tratar-se de relato de experiência baseado em dados agregados e observação institucional, não houve investigação direta da percepção de gestantes, parceiros ou profissionais, o que poderia ampliar a compreensão do fenômeno. Também se reconhece que a análise foi construída a partir de um cenário específico, exigindo cautela na extrapolação automática para outros territórios, embora o detalhamento metodológico possa servir de base para adaptações em serviços com organização semelhante.

Como perspectivas para pesquisas futuras, recomenda-se a implementação piloto do plano de ação, seguida de avaliação longitudinal da adesão masculina e de seus efeitos sobre o acompanhamento gestacional. Estudos qualitativos que explorem as percepções dos homens, das gestantes e dos profissionais de saúde podem contribuir para aprofundar a compreensão das barreiras e facilitadores da participação masculina no pré-natal. Adicionalmente, recomenda-se avaliar a efetividade de estratégias de educação em saúde com casais e de intervenções organizacionais relacionadas a fluxo, ambiência, agenda e convite ativo, bem como investigar o impacto de ações preventivas ofertadas ao parceiro no âmbito do pré-natal, especialmente em relação ao diagnóstico e tratamento oportuno de infecções e sua possível contribuição para redução de agravos evitáveis (BRASIL, 2022; DUARTE G, 2007).

Conclui-se que a elaboração da proposta de intervenção alcançou o objetivo de estruturar ações voltadas à ampliação da participação dos parceiros nas consultas de pré-natal, respondendo a uma demanda concreta identificada na unidade de saúde. A experiência evidenciou que a baixa presença masculina decorre não apenas de fatores individuais, mas de barreiras institucionais, organizacionais e socioculturais que limitam o envolvimento do homem no cuidado reprodutivo.

A construção da Árvore de Problemas permitiu sistematizar essas dimensões e orientar a definição de estratégias coerentes com a realidade local. Embora a intervenção não tenha sido implementada, a vivência de sua elaboração, conduzida por profissional angolano inserido no próprio contexto assistencial durante processo de especialização, configurou etapa formativa relevante, fortalecendo competências em análise situacional, planejamento e organização do cuidado na Atenção Primária. O plano apresenta viabilidade técnica e potencial para qualificar a assistência, promover maior inclusão familiar e fortalecer ações preventivas em saúde sexual e reprodutiva. Recomenda-se, portanto, sua implementação e avaliação sistemática, bem como o desenvolvimento de estudos que investiguem seus efeitos sobre a participação masculina e os desfechos materno-infantis.

REFERÊNCIAS

1. ALBERTO HG, et al. Gestar juntos: amar desde o início. eduCAPES, 2025. Disponível em: http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1133315. Acessado em: 06 de fevereiro de 2026.
2. ALBERTO HG, et al. Paternidade ativa: presença que transforma. eduCAPES, 2025. Disponível em: http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1133316. Acessado em: 06 de fevereiro de 2026.

3. ALBERTO HG, et al. Proposta de nota técnica Pré-Natal do Homem na Atenção Primária à Saúde. eduCAPES, 2025. Disponível em: http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1133318. Acessado em: 06 de fevereiro de 2026.
4. ALMEIDA DF, et al. Manual do pré-natal do parceiro. São Luís: UNICEUMA, 2021.
5. BALICA LO, AGUIAR RS. Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. Revista Atenção à Saúde, 2019; 17(61): 114-126.
6. BRANCO VMC, et al. Unidade de Saúde Parceira do Pai. Rio de Janeiro: SMSDC-Rio, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
9. CABRITA BAC, et al. A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2012; 4(3): 1-15.
10. CARVALHO DDSM, et al. A importância da adesão do parceiro ao pré-natal para o acompanhamento e desenvolvimento gestacional. Revista Saúde e Desenvolvimento, 2023; 4(9): 1-10.
11. DUARTE G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2007; 29(4): 1-6.
12. FERREIRA MGBL, et al. Circuito eu sou SUS: uma estratégia para fortalecer a atenção pré-natal. Enferm Foco, 2021; 12(Supl 1): 67-71.
13. GUEDES IS, PRAZERES IMA. O impacto do modelo hegemônico da masculinidade no cuidado em saúde. Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, 2022; 3(2): 21-28.
14. INSTITUTO PROMUNDO. A situação da paternidade no Brasil 2019: tempo de agir. Rio de Janeiro: Promundo, 2019.
15. MAXIMINIANO ACA. Administração de projetos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
16. MENDES LMC, et al. Representações de enfermeiros sobre a participação de parceiros no cuidado pré-natal: perspectiva sobre as masculinidades. Revista Brasileira de Enfermagem, 2025; 78(Supl 1): e20240160.
17. MENDES SC, SANTOS KCB. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. Enciclopédia Biosfera, 2019; 16(29): 2120.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE (ANGOLA). Anuário Estatístico Sanitário: compilação das estatísticas sanitárias do Sistema Nacional de Saúde – 2021. Luanda: Ministério da Saúde, 2021.
19. OLIVEIRA CMCS, OLIVEIRA MA. Projeto de intervenção associado à árvore de problemas: metodologia para elaboração do projeto de intervenção (PI). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2015.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Genebra: OMS, 2016.
21. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado materno infantil do Paraná: atenção materno-infantil: gestão. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022.
22. RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Guia rápido pré-natal: atenção primária à saúde: ciclos da vida. 4. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.
23. SANTOS DN, et al. Paternidade ativa: promovendo o envolvimento dos homens na paternidade e no cuidado. Revista Saberes da Fapan, 2025; 13(2): 1-15.
24. UISSIRAMO VTL, et al. Participação dos parceiros na consulta pré-natal no centro de saúde da cidade de Lichinga. Rev Rio de Janeiro, 2022; (5): 1-10.