

GUÍA DE
**ATENCIÓN
PRENATAL DEL
COMPAÑERO**
PARA PROFESIONALES
DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

GUÍA DE
**ATENCIÓN
PRENATAL DEL
COMPAÑERO**
**PARA PROFESIONALES
DE SALUD**

Brasília - DF
2023

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL
Secretaría de Atención Primaria de Salud
Departamento de Gestión del Cuidado Integral

GUÍA DE
**ATENCIÓN
PRENATAL DEL
COMPAÑERO**
**PARA PROFESIONALES
DE SALUD**

Brasília – DF
2023

2023 Ministerio de Salud de Brasil.



Esta obra está disponible bajo la Licencia Creative Commons – Asignación - No comercial - Compartir bajo la misma licencia 4.0 internacional. Es permitida la reproducción parcial o total de esta obra siempre que sea citada su fuente.

La colección institucional del Ministerio de Salud puede ser encontrada integralmente en la Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud de Brasil: <http://bvsmms.saude.gov.br>

Título original en portugués: Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde

Tirada: 1ª edición – 2023 – versión electrónica

Elaboración, distribución e informaciones:

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL
Secretaría de Atención Primaria de Salud
Departamento de Gestión del Cuidado Integral
Coordinación General de Articulación del Cuidado Integral
Coordinación de Atención a la Salud del Hombre
SRTV 702, Via W 5 Norte
CEP: 70723-040 – Brasília/DF
Site: aps.saude.gov.br
E-mail: dgci@saude.gov.br

Editor general:

Nésio Fernandes de Medeiros Junior
Marcos Vinicius Soares Pedrosa
Grace Fátima Souza Rosa

Coordinación:

Celmário Castro Brandão

Elaboración de texto:

Celmário Castro Brandão
Fernando Pessoa de Albuquerque
Isabela Machado Sampaio Costa Soares
José Maria Viana dos Santos
Julianna Miwa Takarabe
Patrícia Santana Santos do Amaral
Rafael da Silva Magalhães

Colaboración:

Benedito Medrado (UFPE)
Jorge Lyra (UFPE)

Maria Lúcia Chaves Lima (UFPA)
Eric Alvarenga (UFPA)
Marcos Nascimento (Fiocruz)
Daniel Campos (UFRJ)
Vanessa Fonseca (UFF)
Áurea Corrêa (UFMT)
Jeane Anschau (UFMT)
Patrícia Caetano (UFPE)
Juliana Keila (UFPE)
Marília Torres (UFPE)
Francisco Norberto Moreira da Silva
(COPID/DGCI/SAPS)
Renata Gomes Soares (DGCI/SAPS)

Coordinación editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Revisión:

Claudia de Amorim Souto

Proyecto gráfico y maquetación:

Roosevelt Ribeiro Texeira

Normalización:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Traducción:

Félix Héctor Rigoli

Ficha Bibliográfica

Brasil. Ministério de Salud de Brasil. Secretaría de Atención Primaria de Salud. Departamento de Gestión del Cuidado Integral.

Guia de Atención Prenatal del Compañero para Profesionales de Salud [recurso electrónico] / Ministério de Salud de Brasil, Secretaría de Atención Primaria de Salud, Departamento de Gestión del Cuidado Integral. – Brasília : Ministerio de Salud de Brasil, 2023.

72 p. : il.

Traducción del Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde

Modo de acceso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_prenatal_companero_profissionais_salud.pdf
ISBN 978-65-5993-481-2

1. Atención Prenatal. 2. Paternidad. 3. Hombres. 4. Atención Primaria de Salud. I. Título

CDU 616-022.6:578.834

Catalogación en la fuente - Coordinación General de Información y Documentación – Editora MS – OS 2023/0318

Agradecimientos

La Coordinación de Atención a la Salud del Hombre agradece el compromiso y las relevantes contribuciones de los gestores, técnicos e investigadores que elaboraron la 1ª edición de esta publicación:

Michelle Leite da Silva
Eduardo Schwarz Chakora
Daniel Costa Lima
Cicero Ayrton Brito Sampaio
Francisco Norberto Moreira da Silva
Renata Gomes Soares
Juliano Mattos Rodrigues

Se agradece también a los técnicos y gestores del Ministerio de Salud que contribuyeron al proceso de revisión de esta 2ª edición:

Aline Gonçalves Pereira
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
Jacqueline Paula Silva Barbosa
Danielle da Silva Gois Araújo
Julio Mariano Kersul de Carvalho
Kelly Viviane Gomes Marques

Nuestro profundo agradecimiento a los gestores y profesionales de la salud de las 27 Unidades Federativas que enviaron sus comentarios y sugerencias, y que participaron en los debates que subvencionaron la revisión y mejora de la Guía de Cuidados Prenatales del Compañero para profesionales de la salud.

RESUMEN

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN | 6 |
| La Estrategia Prenatal del Compañero (EPNC)..... | 8 |
| Compañero, compañera o pareja..... | 10 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| Hombres, género, paternidad y cuidados..... | 13 |
| LA PATERNIDAD COMO OPORTUNIDAD PARA PROMOVER LA SALUD MASCULINA | 20 |
| LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD Y LA ESTRATEGIA PRENATAL DEL COMPAÑERO | 28 |
| PROCESO DE ACOGIDA DEL/LA COMPAÑERO(A) | 34 |
| Numero de consultas..... | 36 |
| Dinámica de las consultas..... | 37 |
| Flujo de introducción al prenatal para las Embarazadas y sus Compañeros..... | 38 |
| Etapas del procedimiento Consulta prenatal del Compañero..... | 39 |
| CALENDARIO DE VACUNAS | 50 |
| ESTRATEGIA ORGANIZATIVA PARA AMPLIAR EL REALIZACIÓN DEL PRENATAL | 61 |
| LICENCIA POR PATERNIDAD | 64 |
| REFERENCIAS | 69 |

PRESENTACIÓN



La *Guía de Atención Prenatal del Compañero para Profesionales de Salud* fue originalmente publicada en 2016 para presentar la Estrategia de Atención Prenatal del Compañero (EPNC), que busca orientar a los profesionales y gestores del Sistema Único de Salud (SUS) sobre la importancia de la participación masculina a lo largo del ciclo embarazo-puerperio.

Más recientemente, entre 2021 y 2023 este documento pasó por un proceso de revisión/actualización liderado por la Coordinación de Atención a la Salud del Hombre del Ministerio de Salud del Brasil (COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS), con la participación de investigadores pertenecientes a Instituciones públicas de investigación y formación académica (Gema/UFPE; UFPA; UFMT y el IFF/Fiocruz). Este proceso contó también con diálogos y opiniones de gestores y gestoras de las Coordinaciones estatales y municipales de Salud del Hombre, de las áreas técnicas de la Secretaría de Atención Primaria de Salud (SAPS) del Ministerio de Salud, así también con trabajadores y trabajadoras de la atención primaria de salud (APS) y representantes de la sociedad civil.

Para poder ampliar la participación de los hombres en la APS se precisa que las trabajadoras y trabajadores, así como las gestoras y gestores revisen sus prácticas e ideas y estén más atentas a las construcciones socio-culturales de género, y a las singularidades de las personas y los territorios, con el fin de asegurar espacios de reflexión sobre las prácticas de cuidado en salud. Es por lo tanto necesario desarrollar y revisar

las estrategias para ampliar la participación de los hombres en el prenatal. Y asimismo, garantizar el registro adecuado de las acciones realizadas en una dimensión institucional y programática en los sistemas de información en salud.

Es con gran satisfacción que presentamos esta nueva edición, que fue construida gracias a la participación de quienes con sus conocimientos y actuación profesional cotidiana ayudan a fortalecer y expandir el SUS universal, integral y equitativo.

La Estrategia Prenatal del Compañero (EPNC)

Desde 2009, el COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS trabaja para reducir los problemas de salud en los hombres, que, en términos generales, se asocian a un modelo cultural que defiende que los hombres no se cuidan a sí mismos ni a los demás. En este sentido, los ejes *Acceso y Acogimiento* y *Paternidad y Cuidado* de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) asumen un lugar especial.

A partir del eje *Acceso y Acogimiento*, se pretende sensibilizar a los trabajadores de la salud y a los hombres en general sobre la importancia de promover la presencia de los hombres en la atención primaria, con la oferta de promoción y prevención de la salud, evitando la demanda de asistencia especializada, motivada, en general, por algún agravio ya instalado.

En el caso del eje *Paternidad y Cuidado*, se destaca la importancia de promover la participación de los hombres en todo el proceso de planificación reproductiva, embarazo, parto, puerperio y desarrollo

infantil, brindando oportunidades para crear vínculos afectivos y saludables, en consonancia con los principios de humanización del prenatal, parto y nacimiento y la Ley del Acompañante (11.108/2005), entre otros dispositivos formales.

El Ministerio de Salud creó en 2016 la Estrategia Prenatal del Compañero (EPNC) como una de las propuestas para la implementación de la PNAISH en los territorios que es el eje de *Paternidad y Cuidado*. La EPNC se inspira en diversas experiencias locales, para estimular la participación consciente y activa de los hombres, padres y/o compañeros, sean adolescentes, jóvenes, adultos o ancianos, en todas las acciones relacionadas con la planificación reproductiva, el embarazo, el parto y el puerperio, que durante mucho tiempo fueron considerados roles exclusivamente femeninos, y centrados en el binomio madre-bebé.

A través del EPNC, por lo tanto, se busca romper y transformar en la práctica las construcciones sociales de género que, por un lado, dirigen a las mujeres todas las responsabilidades relacionadas con la reproducción y el cuidado de los hijos y, por otro, mantienen a los compañeros alejados de los compromisos y deberes, así como de los placeres y aprendizajes que rodean a este universo. El involucramiento de los hombres en todas las etapas de la planificación reproductiva y del embarazo puede ser determinante para la creación y/o el fortalecimiento de vínculos afectivos sanos entre ellos y sus parejas, hijas e hijos.

Al mismo tiempo, desde el punto de vista del trabajo cotidiano de las trabajadoras y trabajadores de APS, la EPNC pretende contribuir a la ampliación y mejora del acceso y acogida de estos hombres en los servicios de salud, centrados en la Atención Primaria de Salud, todo lo cual expande la PNAISH en los territorios.

Al acercarlos a sus Unidades Básicas de Salud (UBS) y Equipo de Salud de la Familia (eSF) de referencia, favorece la creación de vínculos y confianza entre estos actores, la que es propiciada en el momento en que los hombres acompañan a las embarazadas en las consultas prenatales. A partir de entonces es posible el desarrollo de acciones, entre estos hombres y los equipos de salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral a su salud.

Y un punto importante que se trabaja en estas acciones es la idea de deconstruir el concepto de que el hombre es un mero acompañante, reforzando así su participación activa en todo el proceso del embarazo.

Esta Guía viene así a incentivar y apoyar el desarrollo de acciones orientadas por la EPNC, por trabajadoras y trabajadores de APS que realizan acciones con hombres, en diversas realidades del país.

Compañero, compañera o pareja

En el contexto de la atención integral a la salud de los hombres, esta publicación utiliza el término "compañero" entendiendo que **los beneficios de la EPNC se extienden a todos los hombres**, padres biológicos o no, cisgénero o transgénero, homosexuales, bisexuales o heterosexuales, independientemente de su raza, color, origen o clase social, pero que están al lado de una persona embarazada (que puede ser tanto una mujer cisgénero como un hombre transgénero), apoyando y cumpliendo su rol de pareja en el ejercicio de la paternidad.

Al mismo tiempo, como veremos más adelante, COSAH reconoce la diversidad de arreglos familiares y configuraciones de género diversas y plurales, que incluyen parejas heterosexuales, parejas formadas por dos mujeres, por dos hombres, familias monoparentales (padre solo o madre sola) y tantas otras posibilidades de diseños familiares, legitimados por la sociedad y reconocidos por el Código Civil Brasileño.

También es importante el reconocimiento de las cuestiones relacionadas con la dimensión racial, con la dimensión territorial y con las condiciones físicas singulares, prestando especial atención a los hombres negros, a los hombres con discapacidad y a las demandas y necesidades particulares de los territorios.

Esta **diversidad** necesita ser reconocida y merece una atención especial, como defiende el SUS, reconociendo la equidad como uno de sus principios fundamentales. Todas las personas tienen los mismos derechos, sin embargo, las personas no son iguales ni viven en las mismas condiciones y, por lo tanto, tienen necesidades particulares.

Además, en nuestra sociedad, las personas suelen ser discriminadas por no encajar en un sistema patriarcal, marcadamente sexista y racista. Por lo tanto, la equidad significa tratar con más atención a las personas que, debido a diferentes condiciones o contextos, reciben un trato desigual en nuestra sociedad.

Este entendimiento implica el compromiso de los servicios públicos de salud, especialmente de las UBS, de ofrecer un servicio humanizado, único y respetuoso de las particularidades y condiciones de las personas.

INTRODUCCIÓN



Hombres, género, paternidad y cuidados

En nuestra cultura y en nuestras prácticas cotidianas (incluidas las profesionales), a menudo reproducimos la idea de que el cuidado es responsabilidad de las mujeres. Este patrón cultural muchas veces no nos permite reconocer la diversidad de experiencias de hombres y mujeres, arreglos familiares plurales y formas de cuidar (Medrado; Lyra, 2002).

Sin embargo, en las últimas décadas, la importancia y la necesidad de una mayor participación de los hombres en la planificación reproductiva, el embarazo, el parto y el puerperio, así como en la división sexual del trabajo doméstico y en el cuidado de los hijos, se han consolidado en el campo de la salud y de los derechos reproductivos, promoviendo debates, acciones y, especialmente, un cambio de visión por parte de los responsables de las políticas públicas, gestores, trabajadores de la salud, investigadores y activistas (Arihla Unbehaum; Medrado, 1998).

Generalmente, el embarazo es definido por los cambios observados en el cuerpo de la gestante, desde los meses iniciales. En este contexto, muchas veces, el ejercicio de la paternidad se expresa sólo cuando el niño nace o incluso cuando ya es mayor. Sin embargo, el embarazo es una experiencia que va más allá del cuerpo de la gestante, involucra dimensiones subjetivas y culturales, e incluye a toda la familia y a la comunidad a la que pertenecerá la futura hija/hijo.

En el día a día de los servicios sanitarios son recurrentes las denuncias de hombres que no se implican en el embarazo de sus parejas y de otros que no desarrollan ningún vínculo con sus hijos o hijas, especialmente cuando no mantienen una relación afectiva con la madre. Sin embargo, hay un gran esfuerzo por cambiar esta situación.

Por ello, es importante dar visibilidad a las diferentes formas de ser padre y ejercer el rol de cuidado de los hijos e hijas, y reconocer la diversidad de posibilidades de vivir la paternidad, ya sea en familias heterosexuales u homosexuales, o con otros arreglos, como padres solteros, viudos, divorciados, padrastros u otras identidades de género, como los hombres trans.



La EPNC contempla y reconoce a toda persona que se identifique como hombre y se dedica a promover el fortalecimiento de la diversidad de paternidades, bajo sus distintas posibilidades en cuanto a la conformación de una familia. Padre biológico, padre adoptivo, padre socioafectivo, padres del mismo sexo, etc., ya que todas las configuraciones familiares deben ser aceptadas.

Quienes han pasado por todas las etapas del embarazo hasta el desarrollo de un hijo pueden comprobar fácilmente que, independientemente de la configuración familiar, este período trae consigo una serie de emociones y decisiones que repercuten en el día a día de las familias ya formadas o futuras.

En este sentido, el período de gestación es de gran importancia para todas las personas involucradas, para que los cambios de rutina y las adaptaciones resultantes de la llegada de esta nueva vida, transcurran de forma tranquila y fluida para todos.

Tradicionalmente, las estrategias y acciones de salud del Sistema Único de Salud (SUS) centradas en los derechos reproductivos, incluyendo el seguimiento del embarazo y el parto, se han centrado casi exclusivamente en las mujeres y bebés.

Sin embargo, existen pruebas contundentes de los resultados positivos de la participación activa de los miembros de la pareja en todo este proceso. Por ejemplo, los bebés que cuentan con la figura y los cuidados del padre en la dinámica familiar desarrollan una mayor seguridad emocional y tienen menos problemas de salud en la infancia. La ausencia del padre, además del bajo peso al nacer y los ingresos familiares, se asocia a riesgos de retraso en el desarrollo neuro-psicomotor (Araújo; Melo; Israel, 2017). La ausencia del padre durante el embarazo también interfiere negativamente en el peso del bebé, es decir, el niño presenta bajo peso al nacer.

La inserción del compañero en el embarazo, parto, posparto y cuidados del bebé es un factor protector, no sólo para el niño, sino también para la salud materna. Hay evidencia de la existencia de una relación entre el cuidado paterno y la atenuación de los síntomas de depresión posparto. La participación paterna durante las consultas prenatales permite orientar al padre en relación con los cambios emocionales y físicos experimentados durante el parto y el posparto, contribuyendo así a reducir la violencia doméstica (Henz, 2018).

El ejercicio de la paternidad puede representar un ancla de seguridad identitaria para hombres desprovistos y marginados de otros símbolos de prestigio masculino (trabajo, renta familiar, seguridad, etc.), afectados por la superficialidad e inestabilidad de las relaciones socioafectivas (Cruz *et al.*, 2015). Con ello, el ejercicio de la paternidad puede representar un factor de protección y promoción de la salud (Albuquerque, 2020).

Por otro lado, también es posible encontrar obstáculos y resistencias, comunes a cualquier proceso que implique un cambio de paradigmas y nuevas formas de trabajo, por parte de algunos gestores, trabajadores de la salud y un porcentaje significativo de la población masculina y femenina en relación al compromiso del compañero en estas cuestiones.

Esto es comprensible, ya que, siguiendo valores transmitidos por una cultura y una sociedad patriarcal, todavía predominantemente machista, esta mentalidad defiende el mantenimiento de rígidos roles de género para mujeres y hombres. A menudo, esto incluye la percepción de que el embarazo y el cuidado de los hijos son asunto exclusivo de las mujeres. Específicamente relacionado con la población masculina, notamos que la vivencia de un

número significativo de hombres brasileños está marcada por una constante vigilancia y cuestionamiento sobre lo que de hecho representa ser un "verdadero hombre" y cómo debe comportarse de esa forma.

En este escenario, la necesidad de negar cualquier aspecto que pueda ser interpretado como "femenino" es algo estrictamente ligado a las experiencias masculinas, lo que los aleja, por ejemplo, del afecto y del cuidado con sus hijos y también del cuidado de su propia salud.

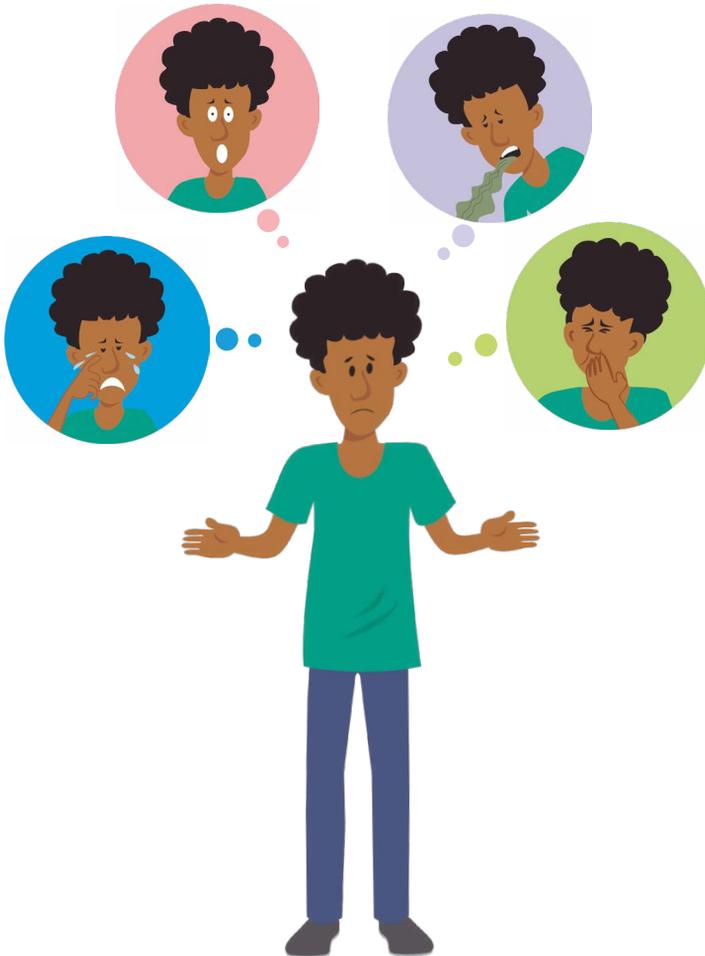
En otras palabras, como señala el investigador canadiense Michael Kaufman, observamos una "paradoja del poder masculino", en la que, para tener acceso a una serie de privilegios y más poder en relación con las mujeres, los hombres construyen corazas que los aíslan del contacto afectivo con los demás y de la esfera del cuidado y de la salud, ya sea de los demás o de sí mismos (Kaufman, 1999).

A partir de este estereotipo, que aún permea el imaginario simbólico y concreto de muchos hombres, podemos entender no sólo su distanciamiento en relación a la paternidad, sino también la exposición a diversas situaciones de riesgos innecesarios para la salud, que han colaborado decisivamente para que, en Brasil, los hombres vivan en promedio siete años menos que las mujeres.

Dentro de esta misma lógica, sabemos que un número significativo de hombres no se involucra con los embarazos de sus compañeras y que otros no desarrollan ningún vínculo con sus hijos e hijas, más aún cuando no tienen una relación afectiva con la madre.

Para algunos hombres, el periodo de embarazo puede despertar las más diversas emociones e incluso síntomas físicos. Al igual que las mujeres, algunos futuros padres engordan, sufren náuseas, tienen antojos y crisis de llanto, entre otros síntomas.

Siendo característicos del síndrome de Couvade, estos síntomas no representan un trastorno o enfermedad, al contrario, pueden demostrar que los compañeros sienten, asumen y desean el embarazo junto con su pareja.





El embarazo es cosa de hombres y estimular la participación del compañero durante todo este proceso es fundamental para el bienestar biopsicosocial de la madre, del bebé y de él mismo. ¡y el control prenatal es el momento adecuado y apropiado para ello!



Es importante reforzar que, aunque el control prenatal del compañero es una práctica de larga data, pero difundida por el Ministerio de Salud desde 2016, la adhesión a la estrategia por parte de los profesionales de la atención primaria de salud, más aún, por parte de los usuarios de estos servicios, aún tiene mucho por avanzar. Este hecho resalta la dimensión del desafío que ha sido dar visibilidad a la estrategia, señalando sus principales beneficios directos: mayor acceso de los hombres a los servicios de salud, reducción de la transmisión vertical/horizontal de ETS, disminución de los casos de violencia doméstica, entre otros.



Los hombres adolescentes y jóvenes todavía carecen de una mirada inclusiva, ya que a menudo son vistos como "obstáculos para la planificación reproductiva y sin el reconocimiento de que pueden ser participantes indispensables en los acontecimientos de la sexualidad y la reproducción (Brasil, 2013).

LA PATERNIDAD COMO OPORTUNIDAD PARA PROMOVER LA SALUD MASCULINA



La Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH), creada en 2009, tiene como objetivo promover la mejora de las condiciones de salud de la población masculina brasileña entre 20 y 59 años, contribuyendo efectivamente a la reducción de la morbilidad y mortalidad de esta población, mediante el abordaje de los factores de riesgo y vulnerabilidades, Promover el acceso a acciones y servicios de atención integral a la salud, respetando las diferentes expresiones de las masculinidades, desde la perspectiva de género, que considera las masculinidades como construcciones socioculturales implicadas en las relaciones de poder entre hombres y mujeres a través de la actuación en aspectos socioculturales, bajo la perspectiva relacional de género.

El PNAISH apuesta por la perspectiva de la inclusión del tema de la paternidad y el cuidado, a través de la Estrategia Prenatal del Compañero, en los debates y en las acciones dirigidas a la planificación reproductiva como una estrategia esencial para cualificar la atención al embarazo, parto, nacimiento y desarrollo de los niños, fortaleciendo la relación entre los trabajadores de la salud y la comunidad y, sobre todo, mejorando los vínculos afectivos familiares de los usuarios en los servicios ofrecidos.

La Coordinación de Atención a la Salud del Hombre, responsable por la conducción del PNAISH, ha desarrollado diferentes acciones, como campañas, elaboración de materiales educativos, seminarios y capacitaciones dirigidas a la valorización de la

paternidad y a la organización de los servicios, a partir de la sensibilización de hombres y mujeres, familias y comunidades, gestores y trabajadores de salud sobre el tema.

Estas acciones buscan resaltar la importancia de:

- Difundir imágenes y mensajes positivos sobre la asociación, el padre y la paternidad, reconociendo la importancia del papel del hombre para la socialización y educación de los hijos, considerando la complejidad de este papel, mucho más allá de la visión tradicional donde padre significa solamente proveedor;
- Sensibilizar y capacitar a los agentes de salud para acoger e involucrar a los compañeros desde la prueba de embarazo, permitiéndoles identificarse



con la propuesta y vincularse tempranamente con ese niño que nacerá, con especial atención a los padres adolescentes y jóvenes;

- Elaborar material de comunicación con vistas a difundir los principios, directrices y acciones que conforman la Estrategia Prenatal del Compañero;
- Explicar a la embarazada y a su compañero los beneficios de su participación en todas las etapas del embarazo, desde las consultas prenatales hasta el parto y el posparto;
- Animar y orientar a los padres, compañeros y embarazadas sobre la importancia del registro civil de nacimiento de sus hijos, con especial atención a los padres, parejas y embarazadas adolescentes y jóvenes;
- Valorizar la participación del compañero durante toda la atención prenatal, basada en la escucha calificada, con el fin de abrir un canal de comunicación para que el hombre, padre o compañero pueden compartir sus dudas, dificultades y emociones vividas en este período, favoreciendo y fortaleciendo el vínculo con profesionales de la salud;
- Divulgar ampliamente la Ley n.º 11.108/2005, o Ley del Acompañante, incentivando que este acompañante - incluso en el caso de padres adolescentes - sea el padre, compañero, respetando la libre elección de la mujer;
- Valorizar la participación del compañero en acciones simples a lo largo del parto, como el apoyo a su pareja,

el pinzamiento (corte) del cordón umbilical y el primer baño, por ejemplo;

- Destacar la presencia del compañero incluyendo su nombre en la placa del recién nacido y en las oficinas de los servicios sanitarios;
- Enfatizar en el día a día de los servicios, que el "padre no es un visitante": hacer hincapié en que el compañero nunca debe ser visto como un "visitante", sino como el cuidador y como integrante de la familia, y debe tener acceso libre y sin restricciones a su pareja y a su hijo/a en el ambiente en donde estén;
- Invitar al compañero a participar en el Método Canguro (Brasil, 2018), especialmente cuando el recién nacido es prematuro y/o de bajo peso;
- Orientar sobre cómo el compañero puede estimular y promover la lactancia materna de su pareja, además de compartir las actividades domésticas y las tareas de cuidado del niño.

Para todas estas acciones, el PNAISH destaca la importancia de la reflexión continua sobre las construcciones sociales de género centradas en las masculinidades, buscando la deconstrucción de los roles estereotipados que alejan a los hombres de la salud, del cuidado, del afecto y de la construcción de relaciones más equitativas y humanizadas en sus relaciones de pareja sexuales y afectivas



VIOLENCIA

La violencia doméstica durante el embarazo, causada principalmente por las parejas íntimas, ha demostrado tener posibles repercusiones negativas en la madre y el bebé. Su prevalencia oscila entre el 1% y el 28%, según un estudio multinacional de ONU Mujeres (Al Shidhani; Al Kendi; Al Kiyumi, 2020; Jahanfar; Howard; Medley, 2014). Por tanto, durante el embarazo, la atención prenatal, ya sea de la gestante o de su compañero, favorece la identificación de situaciones de riesgo o violencia, pudiendo los equipos sanitarios actuar tanto en la prevención como en la atención a las afectadas.

También hay que tener en cuenta que fomentar que el compañero cuide activamente de la madre y del hijo durante el embarazo y después del parto fortalece los vínculos familiares y afectivos, colaborando con la salud de la familia en su conjunto, pudiendo reducir también los casos de violencia doméstica.



Para más información, acceda al *Cuaderno de Atención Básica* n.º 8, sobre *Violencia intrafamiliar: orientaciones para la práctica de los servicios* (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf)

Con esto, la política busca enfatizar que el momento del embarazo y el posterior cuidado de los hijos también deben ser aprovechados para valorar modelos positivos de masculinidad, guiados por la cooperación, el diálogo, el respeto, el cuidado, la no violencia y las relaciones entre los géneros que respeten la diversidad, la pluralidad y la equidad como principios básicos.



PATERNIDADES NEGRAS E INDÍGENAS

Es importante destacar que las paternidades negras e indígenas tienen sus propias particularidades, muchas veces oprimidas e invisibilizadas por procesos colonizadores que silenciaron las prácticas comunitarias y tradicionales de cuidado.

Según el 1º Informe sobre las Paternidades Negras en Brasil, elaborado por el Instituto Promundo:

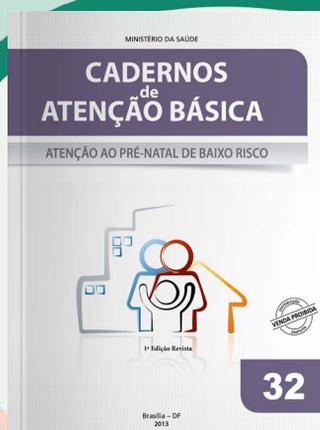
Hay un proverbio africano que dice que "se necesita una aldea para criar a un niño". A lo largo de la historia, el pueblo negro ha poseído la cultura del afecto y del cuidado colectivo.

Este movimiento comunitario puede apoyar a los hombres negros en el ejercicio de la paternidad. Es importante decir que el movimiento colectivo no quita la responsabilidad individual. Otro elemento importante a considerar es el hecho de que la paternidad negra tiene sus propias peculiaridades. Y éstas deben ser respetadas por la comunidad no negra. Los miedos y desafíos de los padres negros en el ejercicio de la paternidad son diferentes de los de los padres no negros, por ejemplo, el miedo constante a la muerte por la violencia del Estado, la inestabilidad financiera que afecta directamente a la población negra, etc. Por lo tanto, es urgente un enfoque interseccional a la hora de tratar el tema de la "paternidad". Sin este abordaje, no podremos considerar las distinciones y pensar políticas públicas que den cuenta de la precariedad a la que estos hombres negros han sido y son socialmente sometidos y, por lo tanto, vulnerabilizados en el ejercicio de sus paternidades.



Disponible en: <https://promundo.org.br/recursos/primeiro-relatorio-sobre-as-paternidades-negras-no-brasil/>

LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD Y LA ESTRATEGIA PRENATAL DEL COMPAÑERO



El Ministerio de Salud defiende desde 2005 que la atención prenatal y puerperal humanizada y de calidad es fundamental para la salud materna y neonatal, y para su humanización y cualificación es necesario:

- 1 Construir una nueva mirada sobre el proceso salud/enfermedad, que comprenda a la persona en su totalidad cuerpo/mente y considere el entorno social, económico, cultural y físico en el que vive;
- 2 Establecer nuevas bases de relación para los distintos sujetos implicados en la producción de salud - trabajadores sanitarios, usuarios y gestores;
- 3 Construir una cultura de respeto a los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, con la debida valoración de los aspectos subjetivos involucrados.

La red de atención a la salud durante el período del embarazo, parto y puerperio tiene como objetivo proporcionar a las mujeres salud, calidad de vida y bienestar durante el embarazo, el parto, el puerperio y el desarrollo del niño hasta los dos primeros años de vida. También pretende reducir la mortalidad materna e infantil y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.

Esta red debe, en primer lugar, llevar a cabo los “diez pasos hacia una atención prenatal de calidad” (Brasil, 2012):

- 1 Iniciar la atención prenatal en la Atención Primaria de Salud antes de la 12^a semana de gestación (captación precoz). ;
- 2 Asegurar los recursos humanos, físicos, materiales y técnicos necesarios para la atención prenatal.
- 3 Se garantizará a toda embarazada la solicitud, realización y evaluación oportuna de los resultados de los exámenes recomendados en el control prenatal.
- 4 Promover la escucha calificada de la gestante y sus acompañantes, considerando aspectos intelectuales, emocionales, sociales y culturales, y no sólo una atención biológica: “mesas redondas de gestantes”.
- 5 Garantizar el transporte público gratuito de las gestantes al control prenatal, cuando sea necesario.
- 6 Es derecho del compañero ser atendido (consultas, exámenes y acceso a la información) antes, durante y después del embarazo: atención prenatal del compañero.
- 7 Garantizar el acceso a una unidad de referencia especializada, en caso necesario. ;
- 8 Estimular e informar sobre los beneficios del parto fisiológico, incluida la elaboración de un plan de parto.
- 9 Toda mujer embarazada tiene derecho a conocer y visitar previamente el servicio de salud donde dará a luz (vinculación).
- 10 Las mujeres embarazadas y sus compañeros deben conocer y ejercer los derechos garantizados por la ley durante el periodo gravídico-puerperal.

La continuidad asistencial es uno de los principios que deben garantizarse a las gestantes a lo largo de todo el ciclo gravídico-puerperal. Los equipos de Atención Primaria y Atención Especializada deben actuar como un único equipo, "hablando el mismo lenguaje" en relación con los criterios de gestión recomendados por las guías clínicas y los instrumentos consensuados, y con canales de comunicación y apoyo mutuo, ágiles y útiles, para una gestión compartida de la atención a la gestante (Brasil, 2021).

La Red de Atención a la Salud en el período gravídico-puerperal fue constituida para cualificar los servicios del Sistema Único de Salud (SUS), en lo que se refiere a la planificación reproductiva, prenatal, parto y puerperio, constituyendo una oportunidad propicia para la inclusión y participación activa de los compañeros.

Además, el Ministerio de Salud defiende un modelo de atención al parto y al nacimiento que se viene discutiendo y construyendo en el país desde 1990, basado en el pionerismo y la experiencia de médicos(as), enfermeras(os), parteras, doulas, académicos(as), antropólogos(as), sociólogos(as), gestores(as), formuladores de políticas públicas, gestantes, activistas e instituciones de salud, entre otros.

El gobierno federal también instituyó, como ya se mencionó, desde 2005, la Ley Federal n.º 11.108/05, que garantiza el derecho a un acompañante de libre elección de la mujer durante todo el período de trabajo de parto, parto y posparto inmediato.



En este contexto, tanto la Estrategia Prenatal del Compañero como la Ley del Acompañante pueden contribuir positivamente para la inclusión de los hombres en las consultas prenatales, y consolidar el cambio crucial del binomio madre-hijo para el binomio padre-madre-hijo.

Para ello, los equipos de salud deben fomentar el involucramiento del compañero y su participación desde la prueba de embarazo, pasando por el puerperio hasta el seguimiento del pleno desarrollo del niño(a).



Tanto enfermeras(os) y/o médicos(as), como miembros de este equipo, son los responsables de la atención prenatal en la atención primaria, y deben facilitar la acogida de las gestantes en la unidad y su integración en el proceso.

Así, la Estrategia Prenatal del Compañero puede constituir una importante "puerta de entrada positiva" de los hombres en los servicios de salud, aprovechando su presencia en las consultas relacionadas con el embarazo para ofrecer pruebas de rutina y pruebas rápidas, invitándolos a participar en actividades educativas y en el ejercicio de la conciencia de paternidad, buscando la integralidad en la atención a esta población.

Se parte de la constatación de que los hombres suelen acceder al sistema de salud a través de la atención especializada, con el problema de salud ya instalado y evolucionando insatisfactoriamente. Este contexto aumenta el agravamiento de la morbilidad para la población masculina, provocando mayor sufrimiento, menor posibilidad de resolución y mayor carga para el sistema.

La conclusión es que muchas enfermedades y sufrimientos podrían evitarse si los hombres acudieran con más regularidad a los servicios de salud a través de la puerta de entrada prioritaria del SUS, la Atención Primaria.

PROCESO DE ACOGIDA DEL/LA COMPAÑERO(A)



En el momento en que la mujer y/o su compañero acuden al servicio de salud con la sospecha de un embarazo, se deben seguir las orientaciones contenidas en el Test rápido de embarazo (TRE) en Atención Primaria: guía técnica" (Brasil, 2013), elaborado por la Coordinación General de Salud de la Mujer en 2014, que indica el TRE para mujeres en edad fértil que presentan retraso menstrual, siendo, en su mayoría, igual o superior a siete días. El acceso al TRE debe ser ampliamente ofrecido, con respeto y atención específica a las adolescentes, debido a las singularidades del grupo de edad.

Independientemente del resultado del test rápido de embarazo o del test de laboratorio de HCG-beta, este primer contacto debe ser aprovechado para incorporar al hombre en acciones dirigidas al cuidado integral de la salud, que pueden ser desarrolladas en grupos de salud masculina, durante las visitas de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), en lugares estratégicos del territorio (comercios, áreas recreativas, bares), entre otros. Es conveniente ofrecer, ya en la primera consulta, pruebas rápidas para sífilis, VIH, hepatitis virales y consejería.

Ya en la búsqueda activa de las gestantes realizada por los ACS, es posible invitar al compañero a monitorear el control prenatal, siendo también, a partir de ahí, elaborada la Estrategia de Control Prenatal del Compañero.

Destacamos que, en este momento, se debe realizar una acogida humanizada y algunos aspectos, señalados abajo, deben ser observados por los profesionales, de todas las categorías de formación, para abordar al hombre o a la mujer. Si él no puede estar presente, se debe explicar a su pareja la importancia de su participación y ofrecer el consejo de participar en otro horario.

Vale la pena prestar especial atención a esto, ya que hay casos en los que la mujer embarazada no tiene pareja, por diferentes razones, y ella tiene derecho a decidir si quiere compañía, y con quién, como garantiza la Ley n.º 11.108/2005.

Numero de consultas

Vale la pena destacar desde aquí la necesidad de más de 1 consulta prenatal del compañero, pues él tendrá la oportunidad de realizar la 1ª consulta, con la escucha acogedora de los profesionales de los servicios y tendrá la oportunidad de evaluar cómo está su salud de forma integral, siendo invitado y orientado a realizar los exámenes de rutina y los exámenes dirigidos al control prenatal para eliminar cualquier posibilidad de transmisión de enfermedades como sífilis y hepatitis, o incluso VIH/Sida.

La 2ª segunda consulta es esencial para que estos hombres puedan recibir los resultados de los exámenes, ser orientados para los tratamientos adecuados, si es necesario, y vincularse al servicio para una continuidad de los cuidados. En esta segunda consulta, los interlocutores plantean cuestiones a menudo elaboradas tras la primera reunión, que les despiertan temas en los que no habían pensado antes.

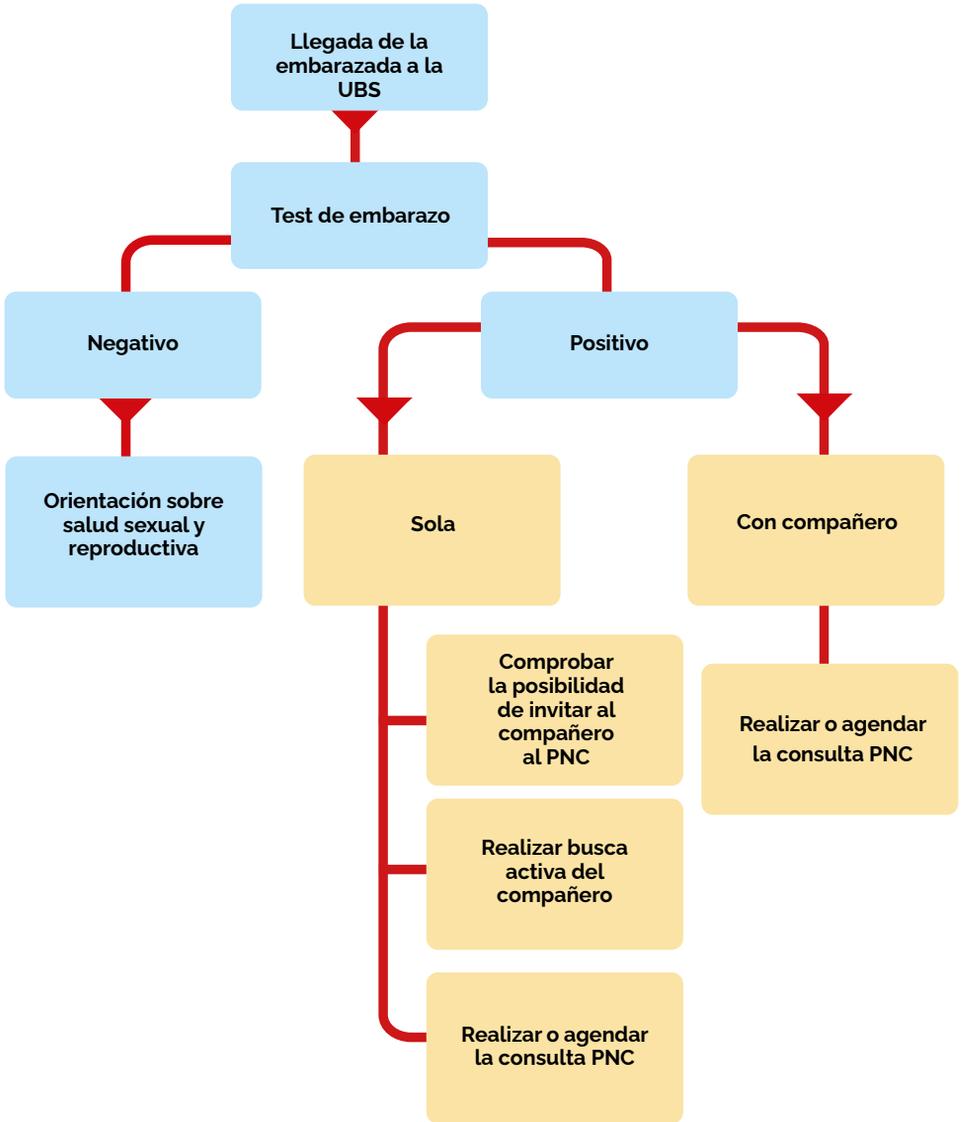
Dinámica de las consultas

Recordemos, entonces, que la acogida no es un momento fijo o una etapa, sino una postura ética, política y, sobre todo, empática, que puede ocurrir en la mayoría de los momentos de interacción entre los usuarios y todos los profesionales de salud que actúan en el servicio. Cuanto mayor es el vínculo establecido, más se potencializan los intercambios reales entre lo compañero y los profesionales que la atienden, permitiendo así el acceso respetuoso a las informaciones más íntimas de estos hombres sobre sexualidad, prácticas y eventuales comportamientos de riesgo, dinámica conyugal, división de papeles y tareas en esta relación.

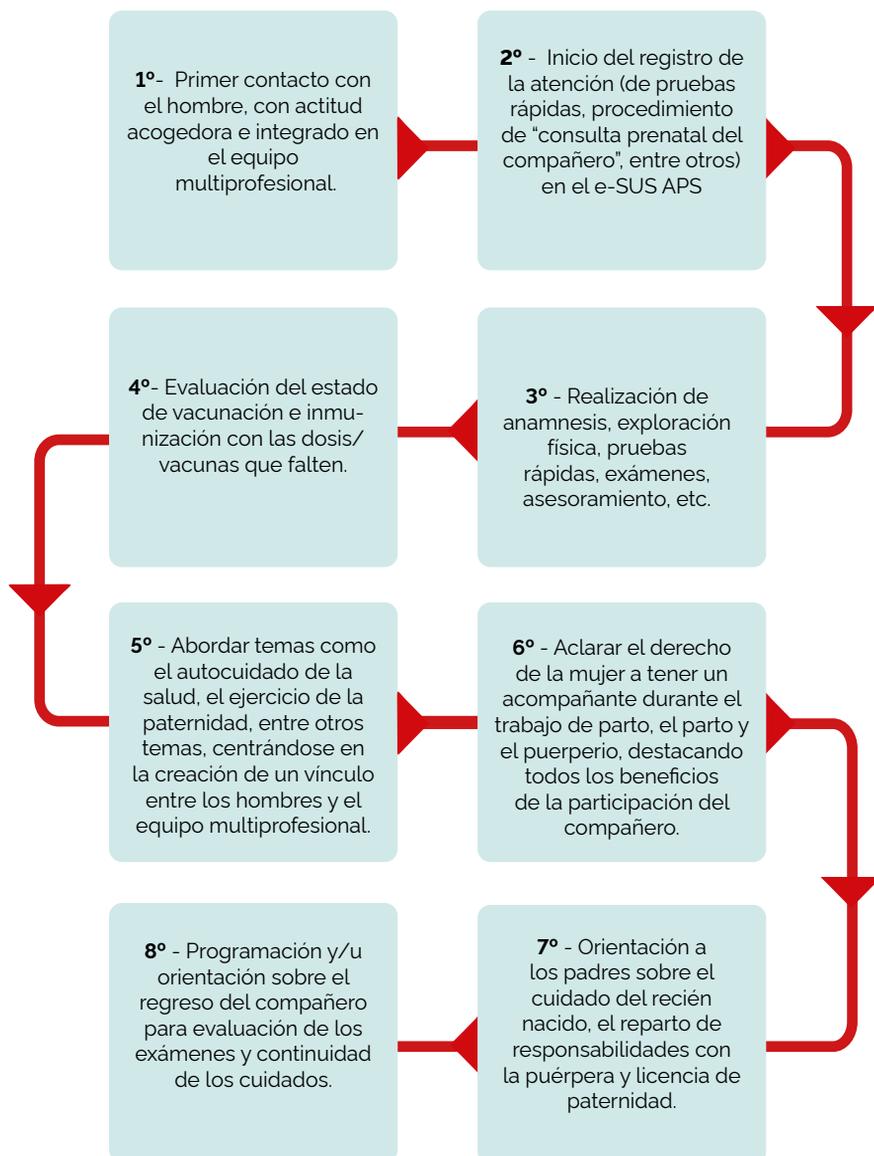
Una vez que el embarazo se confirma mediante un TRE positivo y la embarazada está sola, es importante hablar de la situación sanitaria de su compañero. Es importante orientar a la gestante para que pueda identificar a su pareja y corresponsabilizarla, si así lo desea. Si se identifica al compañero, es posible orientar a la embarazada sobre la importancia de invitarla al PNC. Además, el eSF debe realizar, si es necesario, una búsqueda activa para localizarlo, invitándolo a participar de las actividades ofrecidas por la unidad de salud, programando su cita.

Una vez que la prueba de detección del TRE da negativo, se puede aprovechar el momento para hablar con la embarazada sobre su salud sexual y reproductiva, planificación reproductiva, formas de evitar las ETS y comprobación de que su cartilla de vacunación está al día, entre otras cosas.

Flujo de introducción al prenatal para las Embarazadas y sus Compañeros



Etapas del procedimiento Consulta prenatal del Compañero



Después de la confirmación del embarazo, en consulta médica o de enfermería, se inicia la participación del compañero en el seguimiento rutinario de la gestante y la inserción en el autocuidado. Este proceso se compone de ocho pasos.

Para realizar la consulta prenatal del compañero, no es necesario que el hombre acompañe a la gestante. La consulta es un servicio individual y, como tal, sólo debe contar con la participación de otra persona si el usuario así lo desea



1º PASO

***PRIMER CONTACTO CON
ACTITUD ACOGEDORA E INTEGRADA.***

Incentivar la participación del compañero en las consultas prenatales de la gestante y en las actividades educativas de la UBS. Informar sobre los derechos laborales del compañero que garantizan el seguimiento del control prenatal de la compañera y sus propias visitas, informar al compañero que puede hacer preguntas y prepararse adecuadamente para ejercer su papel durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del bebé. Explicar la importancia y ofrecer las citas inmediatas o programadas con el equipo multiprofesional, incluido el equipo odontológico, y/o los exámenes rutinarios y preventivos.

Los equipos multiprofesionales, eMulti, desempeñan un papel clave en el apoyo y la matriz de los equipos de Salud de la Familia para ampliar la participación de los compañeros durante la atención prenatal y ampliar la oferta de acciones y servicios de salud centrados en su propio cuidado. Las acciones multiprofesionales pueden proporcionar al público masculino una atención ampliada, a través de un conjunto de conocimientos en diferentes áreas, como psicología, fisioterapia, nutrición, trabajo social, entre otras.

Las interconsultas (entre dos o más categorías profesionales), por ejemplo, pueden ser una estrategia importante para la matriculación entre profesionales y para alcanzar mejores resultados de salud para la

población masculina. Al construir una red asistencial más completa y eficaz, el eMulti puede ayudar a identificar necesidades específicas que antes no eran atendidas, sugiriendo derivaciones a servicios especializados cuando sea necesario y facilitando la coordinación de la atención entre diferentes profesionales y niveles asistenciales.

En este contexto, debe tenerse en cuenta que a los hombres les suele resultar más difícil expresar ciertos sentimientos, como miedos y ansiedades sobre el futuro. Por eso, los profesionales de la salud deben estar atentos y buscar oportunidades de diálogo para que esas dudas y ansiedades puedan ser expresadas.

2º PASO

REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO “CONSULTA PRENATAL DEL COMPAÑERO” Y PRUEBAS RÁPIDAS (Brasil, 2022)

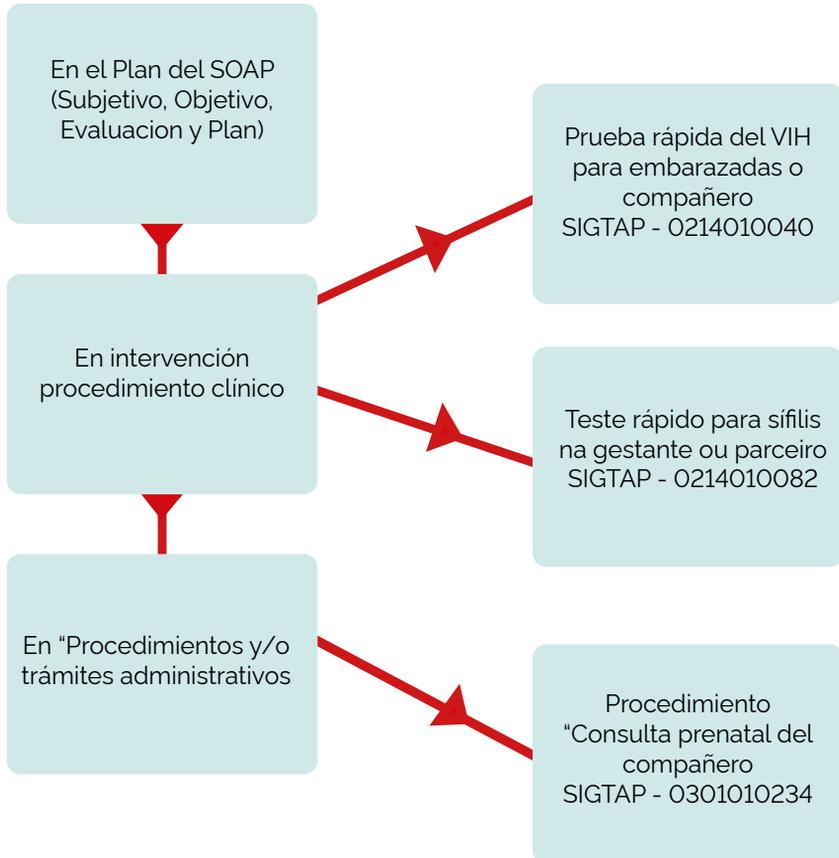
El registro en los sistemas de información de salud de cualquier procedimiento es importante para que los eSF y los gestores planifiquen, ejecuten y monitoreen acciones dirigidas a la realidad de sus territorios.

La importancia de este registro se refuerza para el monitoreo y evaluación de las acciones relacionadas a la consulta prenatal del compañero.

Es necesario aclarar que, aunque se denomine “consulta prenatal del compañero”, es un procedimiento incluido en la tabla de Procedimientos, Medicamentos y OPM del SUS (SIGTAP), en 2017 (Brasil, 2017).

Flujo de registro de procedimientos "consulta prenatal del compañero"

En e-SUS APS



Las nomenclaturas y códigos de los procedimientos de prueba rápida están en proceso de revisión, pudiendo recibir actualizaciones en el eSUS APS. Si no identifica los códigos aquí descritos, le sugerimos buscar en las bases y manuales del sistema.

En la **Historia Clínica Electrónica del Ciudadano** (PEC), en la pantalla SOAP, en "subjetivo" rellene el "motivo de consulta" con "consulta con profesional de APS". En "objetivo", introduzca toda la información necesaria, incluidos los datos antropométricos y los signos vitales. En "evaluación", rellene el campo "problema y/o afección detectada" según la queja presentada por el socio.

Si no presenta ningún motivo de consulta, le sugerimos que utilice los códigos siguientes:

- CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades): Z76.8 - contactos con los servicios de salud por otras circunstancias especificadas; y/o
- CIPC (Clasificación Internacional de Atención Primaria): A29 - otros signos/síntomas generales.

Para registrar los procedimientos en e-SUS, utilice los siguientes códigos SIGTAP:

- Prueba rápida de detección de VIH en gestante o compañero - **SIGTAP - 0214010040.**
- Prueba rápida de detección de sífilis en mujer embarazada o compañero - SIGTAP - 0214010082. Procedimiento "Consulta Pre-Natal del Compañero" - **SIGTAP - 0301010234.**

En "plan", registre el plan de atención en "intervención y/o procedimientos clínicos" y registre las pruebas rápidas de VIH en la gestante o padre/compañero y la prueba rápida de sífilis en la gestante o compañero. Seleccionar las indicadas para el caso.

Incluir en el campo "procedimientos administrativos" el código o el término compañero e incluir "Cita prenatal compañero".

Arriba se presentaron los detalles relacionados con el registro de PNC y las pruebas rápidas relacionadas. Los demás campos deben ser llenados de acuerdo con las orientaciones del PEC. La PNC y otros procedimientos deben ser realizados y registrados, de acuerdo con la autonomía de los profesionales de salud en todo el servicio, que, por supuesto, no termina en este paso.

En el caso del **Formulario Simplificado de Recogida de Datos (CDS)**, para el registro del control prenatal del compañero, el/la profesional debe registrar las informaciones de la consulta en la Hoja Individual de Asistencia y en la Hoja de Procedimientos.

Los municipios que utilizan **sistemas propios/de terceros** deben actualizar constantemente la versión de integración entre el sistema local y el e-SUS APS, para que los profesionales registren la producción de procedimientos de la Estrategia Prenatal del Compañero, y así los datos puedan ser incluidos en la base de datos nacional.



Para obtener más información sobre el registro en el PEC y CDS, consulte *el Manual del Sistema e-SUS APS* en: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/.

3º PASO

REALIZAR PRUEBAS RÁPIDAS Y SOLICITAR EXÁMENES DE RUTINA.

Ampliar el acceso, ofrecer pruebas y asesoramiento es una estrategia importante para la prevención de diversas enfermedades. La operacionalización de estas acciones permite reducir el impacto de las infecciones de transmisión

sexual en la población, promover la salud y mejorar la calidad del servicio prestado en las unidades de salud. También permite conocer y profundizar el perfil social y epidemiológico de la comunidad atendida, dimensionar y mapear la población de mayor vulnerabilidad y, con ello, reformular estrategias de prevención y seguimiento.

La consejería en UBS mejora las prácticas de salud; favorece una atención integral; y contribuye a que el individuo participe activamente en el proceso de promoción, prevención y tratamiento de la salud, especialmente de las ETS, VIH/SIDA y hepatitis virales.

La atención primaria es un campo propicio para el desarrollo del asesoramiento. Esta práctica se asemeja a los principios adoptados por el FSE, cuando proponen rescatar la forma como se da la relación entre el servicio y sus usuarios, enfatizando el carácter preventivo y la articulación con la práctica asistencial y la comunidad.

La orientación es el momento en que surge la responsabilidad individual por la prevención, y su abordaje refuerza el compromiso colectivo.

La inserción de la orientación y de los exámenes de rutina en los servicios de la red asistencial, especialmente en la APS, implica una reorganización del proceso de trabajo del equipo y del servicio como un todo. Requiere atención al tiempo de atención, reformulaciones del flujo de demanda, funciones y oferta de actividades en el servicio.

Estimular cambios de valores y prácticas requiere preparar al equipo/servicio para acoger la subjetividad

de los usuarios. Es esencial (re)conocer las principales vulnerabilidades y las necesidades particulares de los usuarios, sus características y estilos de vida y desarrollar un enfoque de los riesgos, respetando sus especificidades.

Es importante incluir al compañero en la promoción y ampliación del acceso al servicio, a las aportaciones de prevención y al diagnóstico.

También es importante coordinar las acciones entre los y las agentes comunitarios de salud y otros(as) profesionales presentes en la unidad.

Recordatorio: conocer el diagnóstico y tener acceso al tratamiento es un derecho de todos.

Con relación a los exámenes y procedimientos, sugerimos solicitar lo siguiente

- 1 Anamnesis y examen físico
- 2 Tipificación sanguínea y Factor RH (en caso de que la mujer sea RH negativa);
- 3 Investigación del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B (HBsAg);
- 4 Prueba treponémica y/o no treponémica para detección de Sífilis.
- 5 Prueba de anticuerpos contra el VIH

- 6 Prueba de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC)
- 7 Si hay síntomas, prueba del covid-19;
- 8 Hemograma;
- 9 Lipidograma: determinación de colesterol total, HDL y triglicéridos;
- 10 Determinación de la glucemia en ayunas;
- 11 Electroforesis de hemoglobina (para detección de anemia falciforme).
- 12 Medición de la presión arterial
- 13 Verificación de peso y talla para cálculo de IMC (Índice de Masa Corporal).

Recuerde que estos procedimientos y exámenes deben ser solicitados de acuerdo a los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud. Si se detecta alguna alteración en alguno de estos exámenes, el compañero debe ser encaminado para exámenes de confirmación, cuando necesario, o directamente para tratamiento dentro de la red del SUS. El mismo procedimiento debe ser adoptado si el profesional verifica la necesidad de otros exámenes (legislación vigente, Anexo I).

4º PASO

VACUNAR AL COMPAÑERO SEGÚN LA SITUACIÓN DE VACUNACIÓN ENCONTRADA.

La vacunación es la medida más eficaz para la prevención de enfermedades evitables. Con este objetivo, el Programa Nacional de Inmunización (PNI), pone a disposición de toda la familia, el Calendario Nacional de Vacunación, que abarca todas las etapas de la vida, para niños, adolescentes, adultos y ancianos.

El compañero, durante el período gestacional, debe actualizar su Carnet de Vacunación y buscar participar en el proceso de vacunación de toda la familia, especialmente de la gestante y del bebé.

Así, para facilitar el conocimiento y el acceso a las vacunas ofrecidas por el PNI y la participación del compañero en la vacunación de la familia, la siguiente tabla contiene el Calendario Nacional de Vacunación¹:

¹Se puede obtener información sobre las vacunas en el sitio web del PNI – Programa Nacional de Imunização <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>. El Calendario Nacional de Vacunación

CALENDARIO DE VACUNAS²



² El Calendario Nacional de Vacunación está de acuerdo con la Ordenanza Ministerial n.º 1.498 de 19 de julio de 2013, que lo redefine, y se actualiza con cierta frecuencia, por lo que es importante que la pareja/padre esté al tanto de estas actualizaciones. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>

| VACINAS PARA A CRIANÇA | | | | | | | Intervalo entre as Doses | |
|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|--|
| Vacina | Proteção Contra | Composição | Número de Doses | | Idade Recomendada | Recomendado | Mínimo | |
| | | | Esquema Básico | Reforço | | | | |
| BCG (1) | "Formas graves de Tuberculose, meningite e miliar" | Bactéria viva atenuada | Dose única | - | Ao nascer | - | - | |
| "Hepatite B recombinante (2)" | Hepatite B | Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado | Dose ao nascer | - | Ao nascer | - | - | |
| Poliomielite 1,2,3 (VP - Inativada) | Poliomielite | Vírus inativado (tipos 1,2, e 3) | 3 doses | 2 reforços com a vacina VOP | 1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses" | 60 dias | 30 dias | |
| Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada) | Poliomielite | Vírus vivo atenuado (tipos 1 e 3) | - | 2 reforços | "1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade" | - | "1º reforço: 6 meses após 3ª dose da VOP 2º reforço: 6 meses após 1º reforço" | |
| "Rotavírus humano G1P1 (VRH) (3)" | Diarreia por Rotavírus | Vírus vivo atenuado | 2 doses | - | "1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses" | 60 dias | 30 dias | |
| "DTP-Hib-HB (Penta)" (4) | Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae B e Hepatite B | "Toxoides diftérico e tétânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Capsulas conjugadas do Hib, antígeno de superfície de HB | 3 doses | 2 reforços com a vacina DTP | "1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses" | 60 dias | 30 dias | |
| Pneumocócica 10-valente (PCV10) (4) | "Pneumonias, Meningites, Otites e sinusites que compõem a vacina" | Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis do sorogrupo C" | 2 doses | Reforço | "1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses" | 60 dias | 30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o reforço | |
| Meningocócica C (Conjugada) (4) | Meningite meningocócica tipo C | "Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis do sorogrupo C" | 2 doses | Reforço | "1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses" | 60 dias | "30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o 1º reforço" | |
| "Febre Amarela (Atenuada) (5)" | Febre Amarela | Vírus vivo atenuado | 1 dose | Reforço | Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade | - | 30 dias | |
| Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (6) | Sarampo, Caxumba e Rubéola | Vírus vivos atenuados | "2 doses (primeira dose com SCR e segunda dose com SCRv)" | - | 12 meses | - | 30 dias | |
| Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRv) (4) (7) | Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela | Vírus vivos atenuados | 2 doses (segunda dose da SCR e primeira dose varicela) | - | 15 meses | - | "30 dias entre a dose de tripla viral e a dose de tetra viral" | |
| Hepatite A (HA) (4) | Hepatite A | Antígeno do vírus da hepatite A, inativado | 1 dose | - | 15 meses | - | - | |
| Difteria, Tétano e Pertussis (DTP) | Difteria, Tétano e Coqueluche | Toxoides diftérico e tétânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada | Considerar doses anteriores com penta e DTP | 2 reforços | "1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade" | "1º ref: 9 meses após 3ª dose 2º ref: 3 anos após 1º reforço" | 30 dias | |
| Difteria e Tétano (DT) | Difteria e Tétano | Toxoides diftérico e tétânico purificados, inativada | 3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP) | - | A cada 10 anos, a cada 5 anos graves a cada 6 anos | 60 dias | 30 dias | |
| Papilomavírus humano (HPV) | "Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)" | Partícula da capsula do vírus antígeno de superfície | 2 doses | - | "9 a 14 anos para meninas 11 a 14 anos para meninos" | "2ª dose: 6 meses após 1ª dose" | - | |
| Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (8) | Meningite, Sepsis, Pneumonias, Sinusite, Otite e Bronquite | Polissacarídeos capsulares de 23 sorotipos pneumocócicos | 1 dose | - | "A partir de 6 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovação da vacina PCV 10" | - | - | |
| Varicela (9) | Varicela | Vírus vivo atenuado | 1 dose (corresponde à segunda dose da varicela)" | - | 4 anos | - | 30 dias | |

(9) La vacuna contra la varicela puede ser administrada hasta los 6 años, 11 meses y 29 días. Está indicada para toda la población indígena a partir de los 7 (siete) años de edad que no haya sido vacunada contra la varicela

VACINAS PARA A GESTANTE

| Vacina | Proteção Contra | Composição | Número de Doses | | Idade Recomendada | Intervalo entre as Doses | |
|--|-------------------------------|---|--|--|-------------------|--|---|
| | | | Esquema Básico | Reforço | | Recomendado | Mínimo |
| Hepatite B recombinante (D) | Hepatite B | Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado | "3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)" | - | - | 2ª dose: 1 mês após 1ª dose 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose* | 2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 4 meses após 1ª dose* |
| Difteria e Tétano (dT) | Difteria e Tétano | Toxóides diftérico e tetânico | "3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)" | A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos | - | 60 dias | 30 dias |
| "Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa) (2)" | Difteria, Tétano e Coqueluche | Toxóides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada | 1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gravidez | 1 dose a cada gestação | - | 60 dias após dT | 30 dias após dT |

Nota:

- (1) Administrar 3 (tres) dosis de vacuna contra la hepatitis B, considerando la situación previa de vacunación y los intervalos recomendados entre dosis. Si no es posible completar el esquema durante el embarazo, debe ser completado después del parto.
- (2) Embarazadas que perdieron la oportunidad de ser vacunadas durante el embarazo, administrar 1 (una) dosis de dTpa en el puerperio (dentro de 45 días), lo más temprano posible. La vacuna dTpa también se ofrecerá a todos los profesionales sanitarios. A las mujeres embarazadas sin antecedentes de vacunación contra la DT, administrar 2 (dos) dosis de la vacuna doble del adulto (DT) y 1 (una) dosis de la vacuna dTpa a partir de la 20ª semana de embarazo. (duas) doses da vacina dupla adulto (dT) e 1 (uma) dose da vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação

VACINAS PARA O ADOLESCENTE

| Vacina | Proteção Contra | Composição | Número de Doses | | Idade Recomendada | Intervalo entre as Doses | |
|--|--|--|--|---|--|---|---|
| | | | Esquema Básico | Reforço | | Recomendado | Mínimo |
| Hepatite B recombinante | Hepatite B | Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado | "3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)" | - | - | 2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose* | 2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 4 meses após 1ª dose* |
| Difteria e Tétano (dT) | Difteria e Tétano | Toxóides diftérico e tetânico purificados, inativada | "3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)" | A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos | - | 60 dias | 30 dias |
| Febre amarela (Atenuada) | Febre Amarela | Vírus vivo atenuado | Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação | Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade | Dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação | - | - |
| Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2) | Sarampo, Caxumba e Rubéola | Vírus vivos atenuados | "Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal" | - | - | - | 30 dias |
| Papilomavírus humano (HPV) (3) | "Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)" | Partícula da capsulada vírus antigênio de superfície | Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal | - | "9 a 14 anos para meninas 11 a 14 anos para meninos" | 2ª dose: 6 meses após 1ª dose | - |
| Pneumocóccica 23-valente (PPV 23) (4) | "Meningite, Sepsis Pneumônicas, Sinusite, Otite e Bronquite" | Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocóccos | 1 dose | - | "A partir de 5 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovação da vacina PCV10" | - | - |
| Meningocócica ACWY (Conjugada) | "Meningite meningocócica sorogrupos A, C, W e Y" | Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis dos sorogrupos A, C, W e Y" | 1 dose | - | 11 e 12 anos | - | - |

Notas:

- (1) Las personas que tienen el calendario vacunal completo, independientemente de la edad a la que fueron vacunadas, no necesitan recibir dosis adicionales.
- (2) La vacunación en bloque está indicada en contactos de casos sospechosos de sarampión y rubéola, a partir de los 6 meses. Se recomienda no quedarse embarazada durante los 30 días siguientes a la vacunación.
- (3) La vacuna contra el VPH también está disponible en tres (3) dosis a los 0, 2 y 6 meses para mujeres (9 a 45 años) y hombres (9 a 26 años) que viven con VIH/SIDA, trasplantados de órganos sólidos, trasplantados de médula ósea y pacientes oncológicos.
- (4) Esta vacuna está indicada para indígenas a partir de los 5 (cinco) años de edad

| VACINAS PARA O ADULTO E IDOSO | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Vacina | Proteção Contra | Composição | Número de Doses | | Idade Recomendada | Intervalo entre as Doses |
| | | | Esquema Básico | Reforço | | |
| Hepatite B recombinante | Hepatite B | Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado | 3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal) | - | - | Recomendado: "2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose" Mínimo: 30 dias |
| Difteria e Tétano (DT) | Difteria e Tétano | Toxoides difterico e tetânico purificados/inativada | 3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal) | A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, a cada 5 anos | - | 60 dias |
| Febre Amarela (Atenuada) | Febre Amarela | Vírus vivo atenuado | Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação | "Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade até 59 anos de idade." | Desúnicita para pessoas até 59 anos de idade, não vacinada | - |
| Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2) | Sarampo, Caxumba e Rubéola | Vírus vivo atenuado | "2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 59 anos)" (verificar situação vacinal anterior)" | - | - | 30 dias |
| Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (3) | Meningite, Sepse Pneumonia, Sinusite, Otitite e Bronquite | Polisacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocócicos | 1 dose | 1 dose deve ser feita 5 anos após a primeira dose | 60 anos (acamados ou institucionalizados) | - |

Notas:

- (1) Las personas que tienen el calendario vacunal completo, independientemente de la edad a la que fueron vacunadas, no necesitan recibir dosis adicionales.
- (2) La vacunación en bloque está indicada en contactos de casos sospechosos de sarampión y rubéola, a partir de los 6 meses. Para los adultos de hasta 29 años y los profesionales sanitarios de cualquier edad, se recomiendan dos dosis de vacuna SCR, con un intervalo de 30 días. Se recomienda no quedarse embarazada durante los 30 días siguientes a la vacunación.
- (3) Esta vacuna está indicada para personas a partir de 60 años de edad en condiciones clínicas especiales (encamados, hospitalizados o institucionalizados) e indígenas a partir de 5 (cinco) años de edad.

5° PASO

¡CADA REUNIÓN, CITA O CONSULTA ES UNA OPORTUNIDAD!

La escucha calificada permite la creación de un vínculo entre los hombres y lo(a)s profesionales de salud, proporcionando la aclaración de dudas y orientación sobre temas relevantes, como el ejercicio de la paternidad, la relación con el compañero, la actividad sexual, el embarazo, el parto y el puerperio, la lactancia materna, el cuidado del bebé, la prevención de la violencia doméstica, etc..

A continuación, se presentan algunas sugerencias de actividades educativas para hombres, que los equipos de salud tienen la responsabilidad de realizar y en las que se debe fomentar la participación de los hombres durante y después de la consulta de PNC:

- Orientación de hábitos saludables, tales como: práctica de actividades físicas regulares, alimentación equilibrada y saludable (preferencia por alimentos no procesados; usar aceites, grasas, sal y azúcar con moderación; limitar el uso de productos listos para consumir; evitar la comida rápida, etc.), reducir o cesar el consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas. Para saber más, acceda a la *Guía Alimentaria para la población brasileña* (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf);
- Conferencias y mesas redondas con la población masculina, abordando temas como: Política

Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre; género, socialización masculina e impactos en la vida de hombres, mujeres y niños; sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos; política de reproducción asistida (pensando en los padres que necesitan inseminación artificial y tecnologías reproductivas); paternidad, cómo ser un compañero presente, compartiendo actividades y responsabilidades con la pareja; y prevención de accidentes y violencia entre la población masculina, entre otros.

Es importante recordar que la participación del hombre puede ocurrir, aunque él y la gestante no tengan una relación afectiva o no compartan el mismo techo.

En los casos de padres separados, es fundamental hablar con la gestante y averiguar cómo quiere que el padre o compañero participe en este momento. Si no quiere, es importante respetar su decisión, buscar información y preguntar si desea que otra persona la acompañe durante este proceso. También en estos casos, se recomienda que, aunque el padre no acompañe el prenatal en persona, las acciones relacionadas con el cuidado prenatal del compañero tengan secuencia, abordando las responsabilidades compartidas y la necesidad de cuidados inherentes a la salud del hombre.

6° PASO

ACLARAR EL DERECHO DE LA MUJER A ESTAR ACOMPAÑADA DURANTE EL PRE-PARTO, EL PARTO Y EL PUERPERIO Y ANIMAR A LOS COMPAÑEROS A HABLAR CON SUS PAREJAS SOBRE LA POSIBILIDAD DE QUE PARTICIPEN EN ESTOS MOMENTOS

Hablar con los futuros padres sobre la relevancia de su participación en el pre-parto, parto y puerperio, dando ejemplos de lo que pueden hacer, como: animarse a pinzar el cordón umbilical en el momento oportuno, llevar al recién nacido al contacto piel con piel y apoyar a la púérpera en el inicio de la lactancia.

Se recomienda animar a los padres/compañeros a conocer la unidad neonatal de la maternidad de referencia, para que exista un vínculo con el servicio independientemente del riesgo gestacional.

Además, el profesional debe mostrar al futuro padre que, participando en el parto, puede ayudar a

- garantizar una mejor atención a su pareja, reduciendo así la posibilidad de posibles situaciones de violencia obstétrica y/o institucional;
- favorecer un parto normal;
- reducir la duración del parto;
- reducir el miedo y la tensión y, en consecuencia, aliviar el dolor;
- aumentar la sensación de placer y satisfacción en el parto;

- reducir la aparición de depresión posparto
- fomentar la lactancia materna;
- reforzar el vínculo entre el compañero, la madre y el bebé.

Todos estos beneficios han sido preconizados por la Organización Mundial de la Salud desde 1985.

Ley del Acompañante

Gestores y profesionales de la salud, saben que los padres/compañeros pueden participar de la atención prenatal, del parto y del posparto si es la elección de la gestante, de acuerdo con la Ley n.º 11.108/2005.

Esta ley es más conocida como la "Ley del Acompañante", que determina que los servicios de salud del SUS, ya sea en su propia red o en la contratada con el gobierno, están obligados a permitir a la gestante el derecho a tener un acompañante durante todo el período de trabajo de parto, parto y posparto. Este acompañante puede ser el padre del bebé, la pareja actual, la madre, una amiga u otra persona de su elección. Si lo prefiere, puede decidir no tener acompañante.

Si no se respeta este derecho, aconseja a el compañero que se ponga en contacto con el Defensor del SUS, en el número 136.

Además, la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña - IHAC establece como criterio que se garantice "el libre acceso a la madre y al padre y la permanencia de la madre o del padre con el recién nacido durante 24 horas, de acuerdo con la Ordenanza n.º 930 del 10 de mayo de 2012".

7º PASO

ORIENTAR A LOS COMPAÑEROS SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO Y EL APOYO A LA PUÉRPERA

Durante los cuidados prenatales y/o en la primera consulta con el recién nacido, los profesionales de la salud deben orientar a los padres/compañeros sobre los cuidados de salud e higiene y fomentar la lactancia materna del recién nacido, así como apoyar a la puérpera.

He aquí algunas sugerencias de actividades sencillas y rutinarias para que los padres/compañeros participen más activamente en estos primeros meses de vida del bebé (adaptadas de las directrices de la ONG Prematuridade.com):

- Tomar la licencia de paternidad y aprovechar este período para dedicarse exclusivamente al bebé y a la madre;
- Con el bebé en casa, el compañero puede seguir encargándose del baño, además de cambiar pañales y también la ropa del bebé;
- Acompañar y fomentar la lactancia materna. Pueden estar al lado de la madre en ese momento y después de la toma, y pueden sostener y ayudar al bebé a eructar;
- Acurrucar al niño a la hora de dormir y, si es necesario, pedir orientación a los profesionales sanitarios sobre cómo proceder en caso de cólico del lactante;
- Responsabilizarse de las tareas generales del hogar. El compañero puede encargarse de las comidas, la limpieza y otras tareas domésticas;

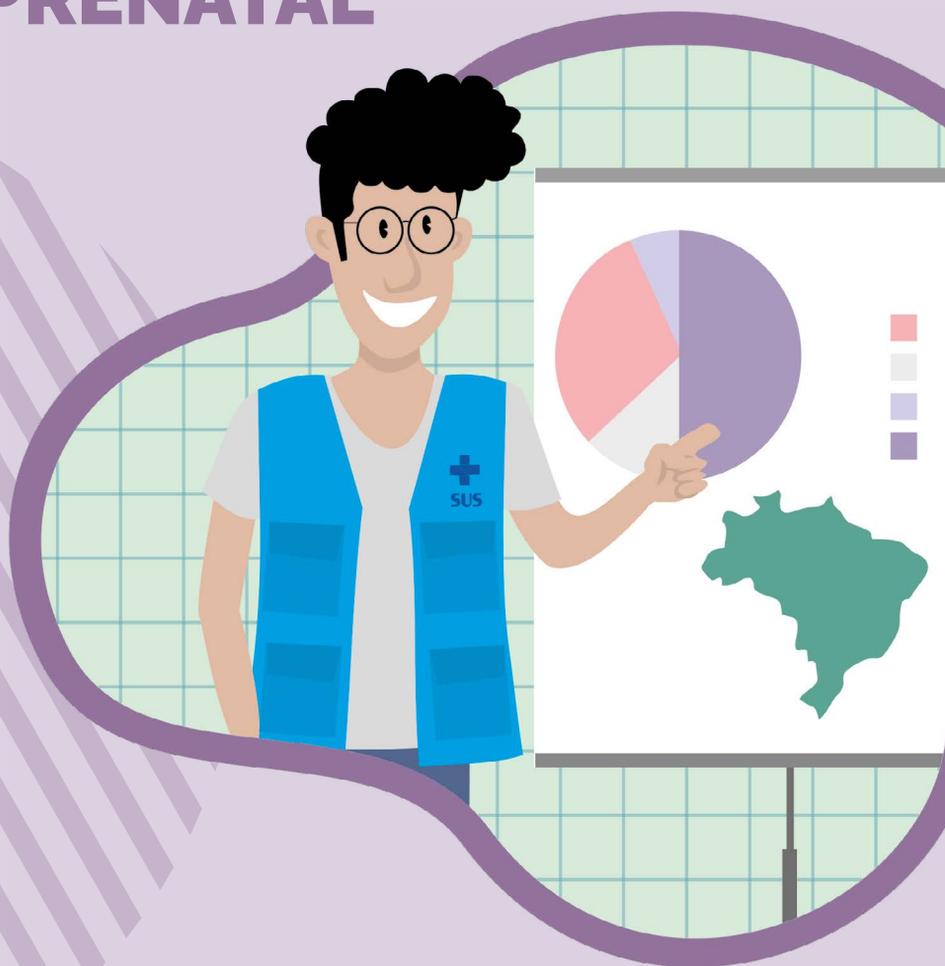
- Apoyar la autoestima de la puérpera. En el periodo posparto, es normal que las madres se sientan más sensibles e incómodas con su propio cuerpo, que experimenta cambios con el embarazo. Y no es sólo la variación hormonal lo que influye en este sentimiento, sino también el cambio en la propia rutina. Aprovechar el sol de la mañana y de la tarde para salir a pasear con el bebé. En general, las salidas están permitidas después de un mes, pero se recomienda hablar antes con un profesional de la salud;
- Hablar con el bebé, jugar a juegos para estimular la vista, el oído y el tacto.

8° PASO

PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA PARA EVALUAR LOS RESULTADOS DEL EXAMEN.

Al final de la visita, es importante que el usuario salga con la próxima cita programada. En los casos en que la programación no sea posible, informar al usuario cómo proceder tan pronto como salga de la cita en la UBS. La visita de regreso le da al profesional de salud la oportunidad de recibir y orientar al usuario con más detalles, promoviendo el vínculo y la continuidad de la atención.

ESTRATEGIA ORGANIZATIVA PARA AMPLIAR EL REALIZACIÓN DEL PRENATAL



Para fortalecer la atención prenatal, tanto del compañero como de la gestante, es fundamental que los gestores y profesionales de la salud desarrollen acciones estratégicas que favorezcan el ejercicio de este derecho. En ese sentido, se propone adoptar un abordaje integral en el ámbito de la APS, teniendo en cuenta los desafíos que esta población enfrenta para encajar en los horarios de atención tradicionalmente practicados por los servicios de salud.

Pensando en ampliar el acceso de la población a los servicios de APS, se pueden adoptar algunas medidas organizativas que puedan facilitar la presencia de los hombres en las consultas de prenatal y, en consecuencia, su introducción en el prenatal del compañero.

Horarios amplios y flexibles de las UBS, que se ajustan a las demandas y compromisos del conjunto de la población, considerando sus rutinas laborales, reducen las barreras socioculturales y amplían la posibilidad de participación masculina en los servicios:

- 1 UBS funcionando los fines de semana: apertura de las unidades durante los fines de semana buscando la oferta de servicio al público masculino, les permite atender sin interferir con sus actividades semanales;
- 2 Servicio a la hora del almuerzo y noche: oferta de horario de mediodía y noche para atender las necesidades de quienes tienen actividades en otro horario.

Es importante considerar la opinión de las gestantes y compañeros al momento de decidir los mejores días y horarios para el control prenatal, teniendo en cuenta la disponibilidad de ambos y compartiendo la elección para programar una consulta.

Reconociendo los desafíos visualizados por los hombres para sentirse pertenecientes a los servicios de salud, especialmente en escenarios de rutinas de trabajo ininterrumpidas, se recomienda a los gestores ampliar el horario de atención de la UBS. Sumado al aumento de la cobertura de la eSF, con la atención de la salud bucal, esta estrategia aumenta la efectividad y eficiencia del sistema, reduciendo las colas en las unidades de atención de urgencias y emergencias hospitalarias, además de los altos costos en estos otros niveles de atención.

LICENCIA POR PATERNIDAD



De acuerdo con la Constitución Federal/88 en su artículo 7º, XIX, y art.10, §1º, de la Ley de Disposiciones Constitucionales Transitorias - ADCT, el padre tiene derecho a cinco días de licencia por paternidad. Es importante que los profesionales de la salud conozcan la existencia de legislaciones locales que amplíen el período de licencia por paternidad.

Con el objetivo de ampliar este derecho, el 8 de marzo de 2016 se sancionó la Ley n.º 13.257/2016, que dispone sobre políticas públicas para la primera infancia. Esta ley prevé artículos específicos vinculados al ejercicio de la paternidad, como la ampliación de la licencia por paternidad para los empleados de empresas ciudadanas, que ahora tienen derecho a 20 días.

El Programa Empresa Ciudadana, establecido por la Ley n.º 11.770/2008 y reglamentado por el Decreto n.º 7.052/2009, tiene como objetivo ampliar la licencia por maternidad en sesenta (60) días y la licencia por paternidad en quince (15) días, además de los cinco (5) ya establecidos. Para ello, el trabajador deberá solicitarla dentro de los dos (2) días hábiles posteriores al parto y acreditar la participación en un programa o actividad de orientación para la paternidad. Esta ampliación para la participación del compañero proporcionará varios beneficios, como los que se destacan a continuación:

- La ampliación de la licencia de paternidad en 15 días es ventajosa para los niño(a)s, para los padres y para Brasil. Hay evidencias de impactos positivos para el desarrollo de los niños y la igualdad de género en los países donde este permiso es más amplio y está en vigor desde hace más tiempo;

- La licencia de paternidad promueve una mayor implicación de los padres en el cuidado de sus hijos, especialmente cuando es atractivo para los hombres, desde el punto de vista de la duración y la remuneración, y cuando no puede transferirse a la mujer. La implicación paterna se extiende más allá del periodo de permiso y tiene importantes repercusiones en la vida de los hijos;
- La participación del padre en el cuidado de los hijos afecta a éstos de muchas maneras. Se han observado beneficios como un mayor desarrollo cognitivo, un mejor rendimiento escolar y menores tasas de delincuencia (State Of The World's Fathers, 2015);
- Otro efecto positivo del permiso de paternidad se refiere a la lactancia. Los hijos de padres que hicieron uso de este permiso tienen más probabilidades de ser amamantados durante su primer año de vida en comparación con los hijos de padres que no hicieron uso del permiso;
- Hay pruebas de que aumentar la licencia de paternidad también ayudaría a cambiar el comportamiento de las familias en cuanto al reparto de las tareas domésticas y a reducir la brecha entre hombres y mujeres en el mercado laboral;
- Brasil fue uno de los primeros países en ofrecer licencia de paternidad en el mundo, en 1943, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Desde 1988, este permiso es de cinco días remunerados;
- En todo el mundo, el número de países que conceden el derecho a licencia de paternidad aumentó de 41 a 79 entre 1994 y 2013. En la mayoría de ellos (90%), la prestación es retribuida.

La Coordinadora de Atención a la Salud del Hombre (Cosah) recomienda a los profesionales de la salud fomentar el Control Prenatal del Compañero, la participación en actividades

educativas durante el control prenatal y las visitas a la maternidad donde se producirá el parto para vincular a el compañero. Estas acciones pueden considerarse como prueba de participación para que los hombres tengan derecho a la prestación.

Hay leyes que presentan nuevas normas para el permiso de paternidad que se están debatiendo a nivel nacional y local. Otras están pendientes de reglamentación, como la Ley n.º 14457/2022, que establece una serie de incentivos a la paternidad, entre los que se incluyen las siguientes posibilidades

- liberación del hombre para acompañar a su mujer o compañera a un máximo de seis consultas médicas o exámenes complementarios durante el periodo de gestación;
- suspensión del contrato de trabajo para acompañar el desarrollo de los hijos
- flexibilización del uso de la prórroga del permiso de maternidad teletrabajo;
- flexibilización del horario de trabajo de los profesionales que tengan hijos, hijastros o personas bajo su tutela de hasta 6 años o con discapacidad.

Mantente constantemente informado sobre las actualizaciones de estas leyes para poder comunicarlas a la dirección, en caso de que no las conozcan, y a los compañeros para que puedan utilizar este derecho para apoyar a su pareja

Con el objetivo de apoyar e incentivar el ejercicio de la paternidad y promover impactos positivos para el desarrollo de los hijos, además de aumentar los vínculos de los hombres con sus parejas y con sus hijos y, al mismo tiempo, estimular su autocuidado con la salud, el Ministerio de Salud ofrece cursos de EAD sobre los temas de paternidad y cuidado, con la emisión de un certificado que acredite la participación en un programa o actividad de orientación.



Promoción de la Participación de los Hombres en la Paternidad y el Cuidado (60h- para profesionales de la salud). - <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=77>



Cuidado y Compromiso Padre Presente (12h- para padres) - <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=67>

CONOZCA MÁS:



Prevención de la transmisión vertical - <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/transmissao-vertical/prevencao-da-transmissao-vertical>



Calendario nacional de vacunación - <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>



Guía de salud masculina para trabajadores sanitarios comunitarios (TSC) - <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-38648>



Difundir los beneficios de que el compañero sea la acompañante en el parto. (<https://www.partodoprincipio.com.br/beneficios-acompanhante>)



Atención: en la cartilla de la embarazada hay información específica para el compañero. - <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NQ==>



El cuadernillo del niño - Pasaporte de Ciudadanía tiene orientaciones específicas para los padres. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NA==>

REFERENCIAS

AL SHIDHANI, Nuhour Ali; AL KENDI, Asma Ali; AL KIYUMI, Maisa Hamed. Prevalence, risk factors and effects of domestic violence before and during pregnancy on birth outcomes: an observational study of literate Omani women. **International journal of women's health**, v. 12, p. 911-925, 2020.

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de. **Sofrimento mental e gênero**: os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

ARAÚJO, Luíze Bueno de; MELO, Tainá Ribas e ISRAEL, Vera Lúcia. Baixo peso ao nascer, renda familiar e ausência do pai como fatores de risco ao desenvolvimento neuropsicomotor. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 27, n. 3, p. 272-280, 2017. ISSN 0104-1282. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.124072>.

ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra; MEDRADO, Benedito (org.). **Homens e Masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica**: guia técnico. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: MS, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.457, de 21 de setembro de 2022**. Institui o Programa Emprega + Mulheres; e altera a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.ºs 11.770, de 9 de setembro de 2008, 13.999, de 18 de maio de 2020, e 12.513, de 26 de outubro de 2011. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14457.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

CRUZ, L. *et al.* Homem contemporâneo: cavaleiro medieval, enigmático ou toxicômano? **Estudos de Psicanálise**, v. 43, p. 57-66, 2015.

HENZ, Gabriela Sofia. **A inclusão paterna durante o pré-natal**. 2018. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/9f9ba4ae-71e4-4f5f-a644-7cdc983ff647/content>. Acesso em: 30 jun. 2023.

JAHANFAR, Shayesteh; HOWARD, Louise M.; MEDLEY, Nancy. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 11, 2014. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009414.pub3/full>. Acesso em: 30 jun. 2023.

KAUFMAN, M. **The 7 P's of men's violence**. Toronto: [s. n.], 1999. Disponível em: <https://michaelkaufman.com/1999/10/the-7-ps-of-mens-violence/>. Acesso em: 30 jun. 2023.

LEVTOV, R. *et al.* **State of the World's Fathers**: s MenCare Advocacy Publication. Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance, 2015.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. *In*: ADELMAN, Mirian; SILVESTREIN, Celsi (org.). **Coletânea Gênero Plural**. Curitiba: UFPR, 2002. p. 63-76.

Cuéntanos qué te parece esta publicación.
Haga [Clic aquí](#) y responda la encuesta.

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud de Brasil
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTERIO DE LA
SALUD

