

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA (EENFAR)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCAS KAYZAN BARBOSA DA SILVA

**NAVEGANDO COM REMOS DO TIDAL MODEL NA ATENÇÃO DE
ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DO PAI/ PARCEIRO**

MACEIÓ
2019

LUCAS KAYZAN BARBOSA DA SILVA

**NAVEGANDO COM REMOS DO TIDAL MODEL NA ATENÇÃO DE
ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DO PAI/ PARCEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

MACEIÓ
2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

S586n Silva, Lucas Kayzan Barbosa da.
Navegando com remos Tidal Model na atenção de enfermagem ao pré-natal do pai/parceiro / Lucas Kayzan Barbosa da Silva. - 2019.
160 f.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 128-136.

Apêndices: f. 137-143.

Anexos: f. 144-160.

1. Cuidado pré-natal. 2. Integralidade em saúde. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Teoria de enfermagem. 5. Modelos de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:613.95

Folha de Aprovação

LUCAS KAYZAN BARBOSA DA SILVA


NAVEGANDO COM REMOS DO TIDAL MODEL NA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DO PAI/ PARCEIRO


Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 25 de fevereiro de 2019.

Área de Concentração: Enfermagem no Cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Banca examinadora:


Prof.^a Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Orientadora


Prof.^a Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Examinadora Interna


Prof.^a Dra. Evanisa Helena Maio de Brum
Centro Universitário CESMAC
Examinadora Externa

A todos os pais/ parceiros que vêem a
paternidade como uma viagem num oceano de
experiências.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, por ser meu refúgio e fortaleza, que sempre tem guiado meus passos e iluminado minha vida com Sua Palavra. A Ele, o Pai, que nos forneceu a salvação em Seu Filho e nos dá consolo por intermédio de Seu Espírito. Agradeço a Ele pelas pessoas que colocou em meu caminho ao longo do mestrado e pela sabedoria que me foi concedida para lidar com as intempéries. Sei que nada do que conquistei até hoje eu conseguiria sem a Sua mão potente.

A minha mãe, por sua sinceridade, honestidade e força de vontade. Ela que me incentiva todos os dias a não desistir diante de nenhum desafio e mostra com seu exemplo o poder da perseverança. A ela sou grato, primeiramente por ser instrumento de Deus para eu ter vindo ao mundo, mas também por me dar apoio e estímulo.

A meus tios, avós, padrinhos, irmãos e primos. Pelo esforço em me apoiar em suas diversas formas, sobretudo pelas palavras de apoio. Agradeço a cada um deles, pois mesmo com suas dificuldades e limitações, sempre buscaram me auxiliar em meu caminhar. A meus irmãos, que embora sejam ainda pré-adolescentes e crianças me encantam com seus sorrisos e me motivam a ver a simplicidade da vida. A meus primos, crianças, jovens e adultos, que de diversas formas me mantiveram firmes. Sou grato e devedor por muito do que por mim fizeram.

A meus amigos. Inicialmente minha grande amiga e irmã Flaviane, que me apoiou nesse mestrado em cada passo dado, desde o incentivo com o tema até a resolução de diversos outros caminhos dessa longa navegação, tornando a viagem mais amena. Ao grande amigo Kleytonn Santana, que ajudou sobretudo nos momentos finais dessa dissertação, ajudando na organização visual e em parte da formatação. Aos demais amigos, que não tenho como citar nome por nome para não correr o risco de esquecimento, agradeço também pelo apoio de cada um a sua maneira.

Às enfermeiras, Lúcia de Fátima, Salete e Mayra, das unidades de saúde do Village Campestre 1 e Robson Cavalcante, sem as quais minha pesquisa teria ocorrido de forma muito mais dificultosa, visto que foram elas que me ajudaram a convencer os navegantes a participarem dessa embarcação chamada pré-natal do pai/ parceiro.

À minha referencial acadêmica e orientadora. Devo indubitavelmente agradecer a professora Cristina Trezza, que me apoiou desde que me conheceu,

acreditando no meu trabalho e me ajudando moral, intelectual e criativamente. Certamente não haveria melhor orientadora para eu vivenciar essa experiência de mestrado. Com sua sabedoria, certamente o trabalho pôde ir para além do esperado, desde a concepção a seu resultado final.

E por fim, agradeço também aos demais mestres que me ensinaram, cada qual com sua forma e experiência, fazendo-me enriquecer o saber enquanto enfermeiro e enquanto humano. Alguns me marcaram mais do que outros, mas obviamente todos me foram úteis para a formação profissional e posso dizer que, apesar das dificuldades estruturais do curso, esses mestres conseguiram transpor barreiras e nos fornecer um perfil de adequada postura assistencialista.

Grato sou. Sim, muito grato.

RESUMO

Essa dissertação teve como objetivo analisar o Tidal Model no pré-natal do pai/ parceiro como um modelo de promoção de integralidade na atenção de enfermagem. Tratou-se de estudo qualitativo com abordagem descritiva, realizado com 15 homens pais/ parceiros cadastrados como usuários de uma das seguintes unidades básicas de saúde (UBS) de Maceió: UBS Village 1 ou Robson Cavalcante. O projeto dessa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE 83273017.2.0000.5013 e respeitou princípios éticos propostos pelos Dez Compromissos do Tidal Model, pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, bem como a Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados ocorreu no período de abril a novembro de 2018, durante as consultas de enfermagem de pré-natal do pai/ parceiro e encontros grupais; a primeira utilizou roteiros semiestruturados. A análise das informações coletadas teve como fundamento os pressupostos do Tidal Model, referencial teórico desse trabalho. Os resultados indicaram que preponderaram os homens na faixa etária de 17-24 anos de idade, com peso adequado, que possuíam ensino médio completo, que estavam empregados, casados e que se encontravam na primeira gestação e não planejada. A avaliação holística indicou que os homens nutriam sentimentos de felicidade e medo acerca da gestação e sentiam que a gestação exigia uma postura de maior responsabilidade, sobretudo na condição de provedor. As negociações conjuntas indicou que era possível que o próprio pai/ parceiro participasse do processo de elaboração de um plano de cuidados, momento em que percebiam que era possível assumir atitudes mais empáticas com as parceiras, participar de maneira ativa do processo transicional e encontrar estratégias para lidar com as cobranças em torno do trabalho ou das relações familiares. As sessões de um a um, o Plano de Segurança e os Grupos Presenciais e Virtuais se apresentaram como alternativa para implementar e avaliar mudanças. Na medida em que a aproximação das unidades de saúde com o Tidal Model estimulou a mobilizou em torno da consulta do pré-natal do pai/ parceiro e ao passo que a aplicação do Tidal Model permitiu a promoção de um cuidado, que estimulava a autonomia e participação do pai, valorizando sua voz e incentivando a descoberta de ferramentas para resolver seus problemas, essa pesquisa demonstrou que, enquanto ação direcionada a integralidade na atenção de enfermagem o Tidal Model se configura como modelo que pode ser usado por enfermeiros para ampliar as possibilidades de cuidar.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Integralidade em Saúde; Assistência de Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Modelos de Enfermagem.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the Tidal Model in the father / partner prenatal as a model of promotion of integrality in nursing care. This was a qualitative study with descriptive approach, carried out with 15 male parents / partners registered as users of one of the following basic health units (UBS) of Maceió: UBS Village 1 or Robson Cavalcante. The design of this dissertation was approved by the Research Ethics Committee, CAEE 83273017.2.0000.5013 and respected the ethical principles proposed by the Ten Commitments of the Tidal Model, the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, as well as Resolution 466/2012 of the National Health Council. Data collection occurred between April and November of 2018, during the prenatal nursing consultations of the father / partner and group meetings; the first used semistructured scripts. The analysis of the information collected was based on the assumptions of Tidal Model, a theoretical reference of this work. The results indicated that men in the age group of 17-24 years of age, with adequate weight, who had completed high school, who were employed, married and were in the first and unplanned pregnancy preponderated. Holistic assessment indicated that men harbored feelings of happiness and fear about gestation and felt that gestation required a more responsible stance, especially as a provider. The joint negotiations indicated that it was possible for the parent / partner to participate in the process of developing a care plan, when they realized that it was possible to take on more empathic attitudes towards their partners, to participate actively in the transitional process and to find strategies for deal with the charges around work or family relationships. The one-on-one sessions, the Security Plan and the Virtual and Presential Groups presented themselves as an alternative to implement and evaluate changes. To the extent that the approach of the health units with the Tidal Model stimulated the mobilization around the consultation of the prenatal of the father / partner and while the application of the Tidal Model allowed the promotion of a care that stimulated the autonomy and participation of the father, valuing his voice and encouraging the discovery of tools to solve his problems, this research demonstrated that, as an action directed to the integrality in nursing care, the Tidal Model is configured as a model that can be used by nurses to expand the possibilities of take care.

Keywords: Prenatal Care; Integrality in Health; Nursing care; Nursing Theory; Nursing Models.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	A produção de paternidade nos discursos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil	18
2.2.1	As políticas para mulheres como ponto de partida para as formulações sobre paternidade 20	
2.2.2	A política de saúde do homem como expressão das formulações sobre masculinidade	24
2.2.3	O “novo” pai retratado no Pré-Natal do Parceiro	27
2.2	Panorama da produção acerca do Tidal Model	30
2.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
3.	METODOLOGIA.....	43
3.1	Espaço metodológico quadripolar	43
3.1.1	Polo epistemológico.....	44
3.1.2	Polo teórico	44
3.1.3	Polo morfológico.....	50
3.1.4	Polo técnico.....	57
3.2	Aspectos éticos.....	65
3.2.1	Os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos ...	65
3.2.2	Ethos da Morada e acolhimento nos compromissos do Tidal Model.....	67
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
4.1	Apresentando os navegantes que embarcaram no pré-natal do pai/ parceiro....	74
4.2	Apresentando navegantes que não embarcaram na viagem	79
4.3	Integralizando a coleta de dados de enfermagem.....	80
4.3.1	Obtendo os dados a partir dos instrumentos do modelo de pré-natal do pai/ parceiro convencional	80
4.3.2	Pescando dados de enfermagem a partir dos instrumentos do Tidal Model ..	86
4.3.3	A experiência de realização de coleta de dados entre os instrumentos do modelo convencional e o Tidal Model	86
4.4	Relações entre diagnósticos de enfermagem e os sentidos da experiência gestacional do pai/ parceiro a partir do Tidal Model	87
4.5	Exercitando intervenções e negociações.....	110
4.6	Implementando e avaliando as ações.....	116
4.7	Experienciando os Grupos Tidal	119

4.7.1 Os Grupos Tidal Presenciais	119
4.7.2 O Grupo Tidal Virtual	120
5 CONCLUSÃO	124
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE A	136
APÊNDICE B	138
APÊNDICE C	139
APÊNDICE D	140
APÊNDICE E	141
ANEXO A	142
ANEXO B	144
ANEXO C	146
ANEXO D	149
ANEXO E	155
ANEXO F	157
ANEXO G	158

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Síntese dos estudos e seus desfechos	34
Quadro 2 Processo de Enfermagem	51
Quadro 3 Instrumentos do Tidal Model adaptados para pesquisa.....	61
Quadro 4 Dados obtidos com os instrumentos do modelo convencional.....	81
Quadro 5 Instrumentos do Tidal Model aplicados nos pais/parceiros.....	86
Quadro 6 Diagnósticos de enfermagem obtidos pelos instrumentos do modelo convencional e os sentidos da experiência gestacional do pai/ parceiro a partir do Tidal Model.....	87
Quadro 7 Reações ante a notícia da gravidez.....	89
Quadro 8 Mudanças na vida desde a paternidade	96
Quadro 9 Problemas ou necessidades referidas.....	99
Quadro 10 Sinais/ sintomas de Couvade	102
Quadro 11 Sistematização da Assistência de Enfermagem no modelo convencional	111
Quadro 12 Negociações conjuntas no Tidal Model	113

Lista de figuras

Figura 1 Seleção dos artigos por grupos de descritores nas bases de dados	33
Figura 2 Evolução da produção científica do Tidal Model desde seu surgimento.....	38
Figura 3 Espaço metodológico quadripolar	44
Figura 4 Filosofia terapêutica do Tidal Model	46
Figura 5 Cuidado continuum do Tidal Model	48
Figura 6 Domínios do Tidal Model.....	48
Figura 7 Metaparadigma do Tidal Model	50
Figura 8 Instrumentos e domínios do Tidal Model	55
Figura 9 Processo de Enfermagem do Tidal Model.....	56
Figura 10 Eixos do pré-natal pai/parceiro	60
Figura 11 Fluxograma da pesquisa	64
Figura 12 Representação de Sessão de 1 a 1	117
Figura 13 Representação do Plano de Segurança Pessoal	118

1 INTRODUÇÃO

A aplicação do Tidal Model na atenção de enfermagem ao pré-natal do pai/parceiro é o objeto desse estudo. Sendo um modelo de enfermagem desenvolvido pelo enfermeiro escocês Phil Barker para a assistência em saúde mental (BARKER; BARKER, 2005), após perceber a necessidade de inserir a enfermagem num paradigma de cuidado que superasse a centralidade da doença, vem sendo gradativamente utilizado em outras áreas da saúde (JACOB; HOLMES, 2008; KILMER; LANE-TILLERSON, 2013), ampliando a discussão sobre integralidade

Assumindo o entendimento de Garcia e Egrý (2010), integralidade refere-se ao deslocamento da prática em saúde da intervenção/ medicalização para o cuidado, mediado pela interação profissional-pessoa assistida, requerendo cuidado em sua dimensão de totalidade (GARCIA; EGRY, 2010). É conforme essa compreensão que Costa (2004) define o termo como “valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde”, que se expressa no modo como os profissionais responderão às pessoas que o procuram

Pela amplitude que o termo integralidade vem assumindo no âmbito da saúde, Camargo Jr. (2007) refere que a palavra sequer pode ser chamada de conceito, sendo na melhor das hipóteses uma rubrica que convenientemente agrupa um complexo de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação ente si, ainda que não completamente articuladas. Identifica que há de um lado um discurso que relaciona o termo às ideias de atenção primária e promoção de saúde; de outro, a própria demarcação de princípios definidos pelo Ministério da Saúde em seus programas mais recentes.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se como um princípio, considerando as dimensões biológica, cultural e social da pessoa assistida, orientando políticas e ações de saúde capazes de atender demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Na atenção básica se constitui no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre as pessoas assistidas e os profissionais de saúde, ao que se inclui a enfermagem (FRACOLI et al, 2010).

É tendo a integralidade como fundamento que o Ministério da Saúde, em 2009, apresenta a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), tendo o seguinte objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

A PNAISH assumiu como recorte estratégico homens de 25 a 59 anos, o qual se afirmava compor uma população vulnerável, sobretudo pelo fato de que 75% dos agravos estavam associados a alguma das seguintes especialidades: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Dentre os motivadores dessa estratégia política, encontram-se o fato de que se entendia que os homens são mais vulneráveis às doenças graves e crônicas, devido a barreiras socioculturais e institucionais, o que os fazia buscarem com menos regularidade as medidas de prevenção primária. Dentre os eixos estabelecidos para atenção prioritária, apontavam-se também os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2009).

Esse campo dos direitos, por sua vez, está eminentemente vinculado ao desenvolvimento das políticas de atenção à saúde da mulher e da criança, o que gradativamente configurou um modelo de cuidado focado no binômio mãe-bebê, estruturado por uma ampla comoção social, formação pedagógica e assistência técnica que visam amparar a mulher por meio de consultas de rotina, solicitação/avaliação de exames e suporte farmacológico, do pré-natal, durante o ciclo gravídico ao puerpério. A atenção básica, assim, se apresenta como local de acolhimento à mulher durante a experiência gestacional, fornecendo-lhe apoio (BRASIL, 2013).

Situado numa zona de esquecimento, o homem, nesse cenário de modelo de cuidado, por vezes não teve seu lugar no ciclo gravídico-puerperal, tido como o espaço da mulher, apesar dos desejos deles, suas aspirações ou necessidades. O *lócus* do pai configurou-se, assim, como sendo o trabalho, fortalecendo um papel restritamente de provedor (FREITAS, 2009). Não menos que esperado, a realidade que se estabeleceu foi a do homem com menos oportunidade para navegar a experiência gestacional.

Numa tentativa de dar resposta a tal realidade, a PNAISH desenvolve após a publicação de sua primeira versão, o Guia do Pré-Natal do Pai/ Parceiro, promovendo a experiência de certas regiões brasileiras, sobretudo o Sudeste, de um estímulo a um maior engajamento do homem durante essa vivência, agora não mais exclusiva da parceira. O objetivo era duplo, além de aproximar o homem da gestação, resgatando sua autonomia a participação, poder-se-ia também tornar a atenção

básica um lugar menos distante para ele, dando-lhe suporte a outras necessidades em paralelo aos cuidados gestacionais (BRASIL, 2016).

O pré-natal do pai-parceiro, assim, configura-se como um norte para as equipes de saúde, inclusive para o profissional da enfermagem, no qual além da assistência ao homem como pai, oferta uma série de ações preventivas, educativas e de diagnóstico precoce no âmbito da natureza da atenção primária. Mais até do que isso, repensa o próprio entendimento acerca do conceito de homem, sensibilizando os profissionais sobre as diversas masculinidades, dentro das quais emergem aqueles que desejam viver a gestação da forma mais plena possível. Educa também para uma ampliação da ideia de parceiro, apontando outros perfis de pais, como aqueles que se situam em outras linhas de parentesco, em outros elos afetivos ou mesmo em outro sexo biológico que não o masculino (BRASIL, 2016).

A ênfase numa paternidade participativa promulgada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), contudo, não parece ter avançado com a mesma intensidade e poder que aquele historicamente estabelecido pelo hegemônico modelo biomédico, impregnado no pensamento de muitos profissionais ou enraizado na estrutura funcional dos serviços de saúde. Não tendo sequer ainda nascido, não tendo ainda navegado milhas suficientes, o pré-natal do pai-parceiro, nos espaços onde se pensa estar em exercício, por vezes reduziu-se a um tecnicismo que continua a silenciar a subjetividade elaborada na paternidade.

Constata-se, assim, a partir da observação, que na prática o pré-natal voltado à população masculina é marcado pela assistência mecânica com foco em testes de detecção de doenças e solicitação de exames. É ainda arraigado pela visão do binômio mãe/bebê, elencando um cenário em que ao pai/parceiro resta a posição de coadjuvante, sobrando-lhe os cômodos menos nobres de um navio o qual deveria ser um dos capitães (BRASIL, 2016). Mares que deveriam ser suaves, frente a essa lua cheia de obscuridade passam então a formar marés turbulentas. Emerge um modelo de atenção crítico para acolher um homem em crise, crise esta que não mais se restringe ao contexto da transicionalidade.

Frente a esse contexto, o Tidal Model, modelo de enfermagem que se traduz pela metáfora das águas (BARKER; BARKER, 2005), se apresenta como possibilidade de *a-tensão*, isto é, de dar respostas a um tensionamento, marcado pelas turbulências vivenciadas entre expectativas (modelo de cuidado/ homem atendido) que muitas vezes não convergem. Esse modelo, focado na pessoa, percebe

que o âmbito do cuidado situa-se não em ações pontuais, vislumbra um homem que não apenas é um corpo, mas uma história (BROOKES et al, 2008). História esta que agora vive a escrita de novas páginas, um homem que vive uma transição, uma mudança interna, um (des)brotamento de identidades.

Revelando seu potencial para o suporte às transições humanas (KILMER; LANE-TILLERSON, 2013; SAVASAN; ÇAM, 2017, o Tidal Model apresenta-se aqui como um exercício de transversalidade, não apenas entre a saúde mental e a saúde do homem, mas também entre a filosofia e a prática, a partir de um (re)entendimento do termo crise.

O termo crise apresenta duas raízes etimológicas que preservam semelhanças: do latim, *crīsis* significa mudança súbita e no grego *krisis*, ação ou faculdade de distinguir, decisão, momento difícil. No cotidiano, é usado para referir, no sentido médico, “à alteração repentina que sobrevém ao quadro de uma doença, estado de súbito desequilíbrio mental ou emocional” (BECHARA, 2011, p. 379), pode também ser definido como uma “conjuntura cheia de incertezas, aflições ou perigos, como a crise da adolescência ou dos quarenta anos” (BECHARA, 2011, p. 379). Trata-se de uma (ou mais) fase(s), ao longo da vida, em que a pessoa se depara com uma mudança de rumo, que lhe exige a tomada de decisões.

Com a crescente medicalização da vida, ocasionalmente o termo crise e, mais que isso, a experiência de vivenciar esse fenômeno, tem sido visto de maneira pessimista (FREITAS; AMARANTE, 2017), quase sempre como algo que deve ser evitado, prevenido ou sanado rapidamente. Da psiquiatria, o termo perpassou ao cotidiano e popularizou o sentido psicopatológico, evocando uma experiência invasiva, que exige mediação profissional, sobretudo de especialista, o qual muitas vezes extirpa todo o potencial pedagógico da crise como transição para outra forma de viver (TREZZA, 2002).

Numa compreensão fenomenológica, a ideia de crise é ampliada com o conceito de identidade, que pode ser entendida como uma estrutura mais ou menos constante agregada a determinados modos de ser e agir em situações distintas (VIANA, 2011), o que retoma à visão trágica de máscara, *persona*. Nesse sentido, o ser humano assume várias personas, mais de uma pessoa, conforme o contexto e as situações de vida em que se encontra. Os vários cenários podem exigir novas identidades e fazer perecer antigas, entendimento este que, no limite, corrobora com

a visão pré-socrática, defendida por Heráclito de que não se mergulha duas vezes no mesmo rio porque ambos mudam: as águas e a pessoa (BRASIL, 2016).

Ademais, certos ciclos da vida per si exigem o surgimento de novas identidades, sendo mesmo considerada como estágios de transição, a exemplo, a passagem da infância para a adolescência, o encerramento de um ciclo escolar, a inserção no mercado de trabalho ou mesmo a saída desta para a aposentadoria. Cada uma dessas mudanças pode representar surgimento de novos desafios e necessidades que, a princípio, pode ser acompanhado de certo estresse, vindo mesmo a ser confundido ou até evoluir, de fato, para um adoecimento de ordem psíquica.

Para além das transições supracitadas, destaca-se, o desenvolvimento da figura de mãe/ pai. Para a primeira, em todo o ciclo gravídico-puerperal, há muita mobilização dos serviços de saúde, com direcionamento de recursos, tecnologias e estratégias, ocorrendo o oposto com o pai, para quem pouco esforço é direcionado (SCOTT, 2008). Deveras no âmbito antropológico, tem-se percebido que à mulher foi dado o status de cuidadora natural, ao passo que ao homem o de promotor de cultura, motivo pelo qual a paternidade tem se configurado numa relação de pouco contato direto com a prole, assumindo o papel de provedor (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

O Tidal Model, nessa perspectiva, na medida em que compreende a crise humana como um movimento de marés (BROOKES, 2014), com seus altos e baixos, como uma oportunidade (KILMER; LANE-TILLERSON, 2013) entende que a própria paternidade é um estágio de transição diante do qual o homem/ parceiro se coloca diante de situações por vezes desestabilizadoras, que podem fazê-lo repensar seu papel e conduzir a construção de novas identidades, processo este que, apesar de não ser em si mesmo patológico, presume a necessidade de cuidado em saúde e de enfermagem.

Esse trabalho assume, portanto, uma postura crítica frente ao modelo de cuidado tradicional, valorizando as experiências do pai/ parceiro em sua própria narrativa, permitindo emergir outra forma de pensar a paternidade, frente à atenção de enfermagem, aplicando um modelo teórico da profissão. Possibilita o exercício do Tidal Model a um público que sequer é usual para o modelo, sendo mesmo uma ação de caráter exploratória.

Enquanto dissertação científica, esse trabalho por vezes também se configura contra-hegemônico. Propõe uma narrativa em linguagem muitas vezes poética, metafórica. Compreende que o modelo que toma como referência se expressa nas fronteiras entre a objetividade e a subjetividade, ao passo que seria contraditório que isso não se evidenciasse ao longo da escrita.

Convergindo, assim, as águas de um desejo de mudança de realidade, ampliando as formas de cuidado a partir de outra leitura acerca do fenômeno “crise” e as marés das contradições político-culturais e das limitações dos serviços de saúde, esse trabalho desponta a seguinte questão norteadora: *O Tidal Model se configura como um modelo de promoção de integralidade na atenção de enfermagem ao pré-natal do pai/ parceiro?*

A navegação em busca dessa resposta tem como bússola o seguinte objetivo: **Analisar o Tidal Model no pré-natal do pai/ parceiro como um modelo de promoção de integralidade na atenção de enfermagem.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A produção de paternidade nos discursos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil

Tendo em vista que o objeto da presente dissertação é atravessado por um contexto que remonta à discussão sobre o acesso do homem ao serviço de saúde, é importante avaliar a paternidade nos discursos das políticas públicas. A problematização deve ter em vista duas questões básicas, a saber, quem formula os direitos reprodutivos masculinos? Que concepções sobre paternidade são reveladas pelas políticas de saúde do homem? O objetivo da presente seção é, portanto, discutir, através dos materiais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e conteúdo político-legal a ela associada, discursos da paternidade, por intermédio das orientações aos profissionais em documentos oficiais e das ações de incentivo ao Pré-Natal do Pai-Parceiro.

A presente reflexão tem como enfoque teórico o gênero e brotou da imersão do presente autor na disciplina “Gênero, Saúde e Política” a qual participou na condição de aluno conexo, momento em que percebeu que a aproximação da seguinte abordagem à temática dessa dissertação, longe de penetrar como enxerto, permite navegar águas mais profundas no tocante ao entendimento da realidade a qual o homem se insere, razão pelo que esse trabalho estaria incompleto se não perpassasse por essa discussão.

Para fins de definição, gênero aqui entendido como o que é referente às qualidades e distinções construídas cultural e socialmente para homens e mulheres tendo o sexo de nascimento como ponto de partida, como construção relacional que se dá de um para o outro, variando conforme o momento histórico ou lugar, atravessado por relações hierárquicas de poder em que jogos de dominação se apresentam e dão ao homem uma posição muitas vezes entendida como privilegiada (CONNELL, 1995; SCOTT, 2008; GOMES, 2008).

Os papéis sobre homens e mulheres e, conseqüentemente, sobre paternidade e maternidade são veiculados desde a infância, enquanto produto da cultura, com significados próprios da época, provendo sanções e hierarquizações. Às mulheres, atribui-se através da maternidade a investidura de cuidadora, educadora por natureza; ao homem, pelo contrário, vincula-se a ideia de protetor, produtor cultural e provedor

de recursos. Tais normas fundadas no sistema binário, assim, parecem constituir a diferença entre os sexos, geralmente reafirmadas pela ideia do corpo e, por assim dizer, da biologia (CADONÁ; STREY, 2014).

Para Connell (1995), as relações de gênero não dizem respeito somente às relações entre mulheres e homens, incluindo também “dominação, marginalização e cumplicidade”, isto é, também nas relações homens-homens e mulheres-mulheres, que não necessariamente passam pelo uso da força, mas também pelos discursos e consenso cultural, institucionalização e legitimação de alternativas, conforme a existência de uma pluralidade de feminilidades e masculinidades (MOORE, 2000).

As políticas de saúde expressam o pensamento de uma época oficializado como estratégia de cuidado, sendo importante para se compreender o entendimento aí embutido sobre o ser humano (CADONÁ; STREY, 2014). Nesse ínterim, para um melhor entendimento daquilo que o Estado brasileiro compreende sobre o masculino e paternidade, é mister esmiuçar o conteúdo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e outros textos oficiais resultantes desse programa, como o Guia de Pré-Natal do Parceiro para profissionais de saúde, bem como fazer uma observação complementar daquilo que a antecede na outra face da visão binária, a saber, as políticas de saúde para mulheres e as estratégias de pré-natal como um todo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2016)

A saúde no Brasil é assegurada na Constituição Federal de 1988 como sendo um direito de todos. A Lei nº 8.080 de 1990, por sua vez, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” e estabelece que o dever do Estado de garantir a saúde “consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”, bem como “no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Frente a esse compromisso do Estado na formulação das políticas de saúde, por sua vez, é sabido que algumas estratégias não necessariamente se deram a partir da percepção do Ministério da Saúde quanto à sua necessidade, mas sim, como resultado de lutas sociais em prol de direitos. O maior exemplo disso ao que interessa para a compreensão das questões sobre paternidade imbricadas nas formulações sobre gênero estão ainda nas políticas de saúde para mulheres, que antecedem o próprio Sistema Único de Saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na

Lei 8.080/1990, remontando mesmo à década de 1970, com a articulação de movimentos sociais, na luta pela redemocratização do país, oportunidade na qual as mulheres reivindicavam maior autonomia e justiça social em várias dimensões da vida cotidiana e obtiveram as primeiras políticas de apoio à saúde materno-infantil.

Diferente das políticas para mulheres, que se constituíram através de conquistas grupais, ainda que imbrincadas no pensamento da época, fortemente marcados pela visão biológica e da ideia de dever natural para a maternidade, as políticas de saúde do homem, estabelecidas muito recentemente, a saber, nos anos 2008/2009, estruturam-se em duas linhas gerais, a redução da morbidade dado ao fato de o homem ter um comportamento vinculado a diversos fatores de risco e, no tocante à paternidade, uma suave participação enquanto parceiro da mulher, cooperando para que a gestação evolua sem agravos com os quais tenha participação e ao mesmo tempo mantendo sua atuação enquanto provedor (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; FREITAS et al., 2009)

Essa visão do homem enquanto provedor remete às discussões sobre a associação entre mulher-natureza e homem-cultura. Conforme essa visão, ao homem incute o dever de produzir conhecimento, escrever a história, ocupar-se das questões de natureza socioeconômica e de saber, enquanto à mulher cabe o cuidado; afinal, o corpo feminino foi naturalmente constituído para abarcar a gestação e ela teria um talento especial para dedicar-se à educação doméstica, o corpo do homem, mais forte, e sua racionalidade mais lógica e fria, seria especialmente preparada para lidar com o mundo, inclusive para a produção de rendimentos para a casa, dado que o processo civilizatório tornou obsoleta a forma rudimentar de caça, que simbolicamente era o “dinheiro que se trazia ao lar” (COSTA, 1998).

2.2.1 As políticas para mulheres como ponto de partida para as formulações sobre paternidade

Da década de 1930 aos anos 1970, enquanto o movimento feminista somava suas primeiras conquistas no Brasil, como o direito ao voto, a visão restrita sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica ainda tinha forte expressão. Em parte, isso conferia à mulher algum poder e exclusividade e, em outra medida, funcionava como forma de situar a mulher de volta ao lar, após sua introdução ao trabalho, nas fábricas, durante a Primeira Guerra, por

ocasião da disponibilidade masculina ao serviço militar. Desse modo, seja enquanto positivo para o feminino, seja enquanto forma de proteção de algum “privilégio” masculino, o fato é que esse período possibilitou a introdução de alguns programas materno-infantis, situando a mulher/ bebê enquanto binômio, marcados pela verticalidade das ações e falta de integração com outros programas do Estado (CADONÁ; STREY, 2014).

Na década de 1970, a partir de maiores reivindicações para mulheres, ancoradas no movimento feminista, tem-se a construção de novo modelo, com as primeiras políticas de apoio à saúde materno-infantil entendidos de maneira mais ampla. Assim, ainda antes da nova constituição, surge o Programa de atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). É nesse período que se passou a vigorar no Brasil a noção de integralidade e a partir desse programa incorporou-se a noção de mulher como sujeito que ultrapassava sua especificidade reprodutiva, tentando assumindo uma perspectiva holística de saúde (BRASIL, 2004).

Desde a Constituição de 1988 houve várias conquistas importantes para a questão da mulher e da reprodução. Destacam-se nesse sentido, o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a proteção à maternidade e à infância; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; a licença-paternidade, nos termos fixados em lei; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas; a proteção especialmente à gestante e o planejamento familiar (BRASIL, 1988; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2014; FREITAS et al., 2009).

No início dos anos 1990, destaca-se para a compreensão dessas políticas as propagandas de incentivo à amamentação adotadas através da Campanha Hospital Amigo da Criança, em parceria entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Pediatria. Tais ações faziam uso de recursos televisivos e de folders impressos e indexados em diversos estabelecimentos de saúde, geralmente com riqueza de imagens de mulheres famosas realizando amamentação e orientações de médicos sobre o *modus operandi* e sobre a importância da prática como forma de possibilitar afeto e garantir a saúde daquela criança que realiza amamentação exclusiva até os seis meses (CADONÁ; STREY, 2014).

Tais campanhas também foram objeto de estudo para compreender os discursos sobre maternidade. Cadoná e Strey (2014) apontam, através de uma leitura

de gênero, que essas campanhas visavam sensibilizar e responsabilizar a mulher pelo sucesso da amamentação, ao que pesa o discurso, sempre presente, de um especialista em saúde da criança. Nota que o especialista é apresentado como detentor do saber, ensinando a técnica; a mãe é apresentada como receptora desse saber, colocando-se como boa aprendiz daquilo que lhe é ensinado e que, para ensinar a técnica, apresenta-se a mulher de modo fragmentado, destacando suas mamas, na condição de nutriz, perdendo-se de vista a integralidade.

A imagem enunciava, assim, o corpo com a função específica de nutrir, amamentar, denotando a especificidade da mulher. A ênfase nas mamas parecia querer dar grandeza a diferença natural entre os corpos das mulheres e dos homens, mostrando a possibilidade que elas têm de amamentar, enquanto eles não. O mesmo destaque sobre os corpos é frequentemente retratado nas propagandas sobre gestação, onde todo o destaque da imagem se situa na barriga, sempre com mãos direcionando o olhar do espectador e a expressão ao mesmo tempo de felicidade e de fragilidade da mulher naquela posição. O homem nesses casos é retratado como uma figura forte e disposta a prover os recursos materiais necessários e a proteção contra o perigo (KALIL; COSTA, 2012; CADONÁ; STREY, 2014).

A autora observa ainda que o enunciado de que amamentar é dar ao bebê saúde em forma de amor, exalta que a boa mãe é aquela que nutre, que lhe dá amor, com algo que seu próprio corpo produz. Para ela, nas propagandas destacava-se a mãe perfeita, biológica, natural, sem o que não poderia doar algo de si, culpabilizando aquela que não amamenta ou não sabe fazer corretamente, projetando para o futuro algum mal desempenho para o que não foi bem amamentado. O discurso das propagandas, assim, enunciava o mito da mãe perfeita, conforme apresentado pela pesquisadora britânica Aminatta Forna (CADONÁ; STREY, 2014).

Por outro lado, essas propagandas apresentavam o homem de modo coadjuvante, para não dizer insignificante no processo, estando na mesma condição dos amigos, familiares e vizinhos como podendo oferecer ajuda tão-somente ao assumir as tarefas domésticas para que elas pudessem amamentar, ou mais ainda, garantindo a provisão dos recursos e evitando criar climas turbulentos em casa. Essa pressão sobre a mulher e esse papel de passividade do homem confirma o dito pela filósofa francesa Elizabeth Badinter, para quem as mães sofrem grande pressão para amamentar os filhos, por ser essa uma prática que envolve muitas questões pessoais

que cabem à mulher, como aquelas relacionadas à vida ocupacional e o trabalho (KALIL; COSTA, 2012; CADONÁ; STREY, 2014).

Já no início dos anos 2000, somam-se a essas conquistas o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), anunciando o paradigma da humanização como principal estratégia e como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Em linhas gerais, visava-se assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2006). No centro dessas discussões, é importante frisar algumas discussões que motivaram a busca por uma atenção humanizada no pré-natal e, sobretudo no nascimento, a saber, o abuso sobre a máxima da racionalidade das práticas médicas na obstetrícia que, ao ver o corpo de modo fragmentado, exerce uma assistência muitas vezes que desconsidera as expectativas e sentimentos da pessoa.

Cinco anos depois, surge também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na qual incorporava-se o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscava consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. É de se destacar esse último ponto, visto que um ano depois, em 2006, é promulgada a lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, como marco legal nos mecanismos para coibir a violência doméstica (BRASIL, 2006).

Historicamente, essas políticas de atenção à saúde da mulher consolidam-se no tocante à busca pela assistência integral com a portaria 1.459 do Ministério da Saúde, que estabelece a Rede Cegonha, enquanto rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis ainda que por vezes as campanhas para adesão a essas medidas tenham a tendência a responsabilizar a mulher por essa criança saudável, que depende, segundo o Estado, da assiduidade nas consultas, do cumprimento das recomendações médicas e imunobiológicas e recorrendo ao serviço com agilidade, quando algo parecer fugir do controle, afinal, na estrutura de um binômio, é crucial que o ente mais responsável, a mulher, assuma seus deveres (BRASIL, 2010).

A paternidade ao longo desse processo, assim, parece não pertencer naturalmente ao binômio mãe-filho, seja porque as lutas pelas conquistas de alguma forma compreendessem o masculino como o representante dos interesses do Estado e, por assim, como o opositor na luta pelo poder sobre o controle do corpo. Por vezes, parece que não seria interessante para os movimentos feministas que os homens participassem na maternidade, visto ser esse lugar da mulher; por outro lado, ao homem, enquanto poder, parecia que permitir à mulher ocupar-se desse espaço, além de respeitar a ordem da natureza, conferiria a ele seu papel na cultura e no trabalho. O fato é que à medida que as políticas de atenção à saúde materno-infantil avançavam no Brasil reafirmava-se o cuidado da criança enquanto inerente ao feminino, ignorando ou pelo menos minimizando a atuação masculina (KALIL; COSTA, 2012; CADONÁ; STREY, 2014).

2.2.2 A política de saúde do homem como expressão das formulações sobre masculinidade

Apresentada pelo Ministério da Saúde em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem afirma ter como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. O recorte de público alvo são os homens entre 25 e 59 anos (BRASIL, 2009).

Em geral, os motivadores da política são dois, a saber, o fato de os homens se mostrarem mais vulneráveis às doenças graves e crônicas (é dito que 75% dos agravos estão nas áreas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia) e as barreiras socioculturais e institucionais típicos do público masculino. Em geral, essa política entende que os homens buscam com menos regularidade as medidas de prevenção primária. A política tem em vista, ainda algumas áreas de atuação no tocante ao público masculino, a saber: violência, população privada de liberdade, alcoolismo/tabagismo, pessoas com deficiência, adolescentes/ idosos e direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2009).

Em suma, é possível perceber que a maioria dos fatores motivacionais da política estão atrelados a dados que mostram o homem como imprudente, isto é,

alguém que passa a vida assumindo riscos, que tem a atividade dirigida à violência e aos vícios, mas que deve também agora não apenas ser visto da adolescência à velhice, mas também em condições especiais como no âmbito da reprodução e da sexualidade. De fato, essa política confere alguns avanços que precisam ser mencionados como a ideia de que o homem deve participar do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do parto, pós-parto e educação sobre a criança. Enfatiza-se que o homem possa vivenciar a paternidade de modo responsável e que em especial o homem adolescente não venha a construir uma imagem negativa sobre a gestação, como algo que deve, tão-somente, ser evitado (BRASIL, 2009).

Sendo importante para compreensão do contexto, cabe lembrar aqui dois marcos legais: A licença paternidade e a Lei do Acompanhante. Na Constituição Federal de 1988 é dado ao pai o direito da licença-paternidade por 5 dias. A CLT previa apenas um dia para a efetuação do registro civil. Em 2005 é promulgada a Lei 11.108, chamada a Lei do Acompanhante, que dá a parturiente o direito de indicar uma pessoa para acompanhá-la durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Ambos os casos revelam, claramente, a ideia de que o pai é coadjuvante no processo de nascimento da criança, mostrando à visão impressa na cultura, de que a gestação cabe à mulher (BRASIL, 2016).

No caso da licença paternidade, um simples olhar sobre o contraste que há entre o período de tempo concedido revela a minimização da importância da figura paterna. Enquanto à mulher, é concedido 120 dias (estando em tramitação proposta para ampliar para 180), ao homem apenas cinco, podendo isto se estender para 20, caso a empresa opte por essa concessão. Cabe lembrar que o tempo maior para a mulher está ligado não apenas ao implícito entendimento de que ela é naturalmente preparada para essa tarefa, como também ao fato de que cabe a ela a amamentação, que, conforme o próprio Estado, deve se dar ao longo dos seis primeiros meses, de modo exclusivo.

Porém a discussão aqui não tem em vista que o tempo da mulher devesse ser menor, pelo contrário; o que se problematiza é o curto tempo concedido ao homem que, dessa forma, tem reduzido seu período de apreciação das primeiras semanas da criança, em detrimento da importância que é dada ao masculino por estar em atividade produtiva. Freitas et al. (2009), revelam em seu estudo em que analisa a fala de homens/pais brasileiros, o predomínio dos discursos da paternidade como encargo social que legitima o homem com a qualidade de provedor, referencial de chefe de

família, ocupando-se do sustento material, isto é, dentro de um conservadorismo do *status quo*. A licença de 5 dias, portanto, apresenta-se como uma mensagem do tipo: *Sim, você é pai, trabalhe*.

A paternidade assim concebida assume uma postura de preocupação do homem com o futuro, com a provisão material do filho e é a concepção mais valorizada de paternidade (Freitas et al., 2009). Os aspectos vinculados ao cuidado à criança, sua educação e seu afeto mostram-se pouco dirigidas culturalmente ao homem. E apesar da inclusão da paternidade na PNAISH, o tema esbarra-se no fato de que historicamente essas são demandas femininas, para o que o homem escape dessas responsabilidades (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Esse distanciamento do homem ao cuidado não se dirige apenas à criança, mas a seu próprio autocuidado, visto como frágil segundo a própria PNAISH e por outros pesquisadores que também relatam a fragilidade dos serviços de saúde na promoção de um melhor acolhimento e extensão de práticas de busca e conquista do homem para o serviço, seja através de cuidado domiciliar, seja através de ações direcionadas, como adequações de horário (SILVA et al., 2018). Afinal, segundo esses pesquisadores o público masculino que mais frequenta a Atenção Primária é justamente o idoso, reafirmando a ideia de que o homem está mais propenso a doenças crônicas porque parece se cuidar pouco ao longo da vida adulta, sendo ele mesmo o culpado por sua condição.

Em geral a PNAISH enuncia a necessidade de aproximar o homem da paternidade, trazendo pontos importantes, mas parece ter elencado mais as dificuldades do que mesmo soluções para que seu acesso fosse de fato implementado e para que todos os pontos de ação da política se cruzassem entre si; afinal, para além do fato de o homem ser pai, esse mesmo ser talvez estivesse comprometido pelo problema da violência, invalidez ou alcoolismo; daí ser necessário um cuidado de pré-natal ampliado, que considerasse as demandas masculinas/ paternas como *sui generis* e não, como uma extensão do cuidado dado à mulher (BRASIL, 2009).

O perfil de homem apresentado na PNAISH enunciava ainda a necessidade de um serviço de atenção primária que fosse capaz de ser acessível para o homem, o que exigia a adequação aos horários, à linguagem, às práticas, que compreendesse que homem durante todo esse tempo esteve protegido no silêncio, comprometedor de toda responsabilidade de diálogo com a família e os filhos, apoiado pela cultura patriarcal que lhe colocou numa condição hierarquicamente superior ao espaço

doméstico, tendo um encargo que em algum momento da história iria pesar e cuja superação vem acontecendo, contudo de um modo em que a mudança de hábitos não necessariamente tem acompanhado o ritmo da transformação de valores, inclusive nas práticas de cuidado que são ofertadas (GOMES; RESENDE, 2004).

2.2.3 O “novo” pai retratado no Pré-Natal do Parceiro

A mais atual das definições estratégicas sobre a relação homem-pai-serviço de saúde se inscreve no Guia de Pré-Natal do Parceiro para profissionais de Saúde, apresentado pelo Ministério da Saúde em 2016, o qual logo de início afirma que durante muito tempo as ações de planejamento reprodutivo e gestação foram direcionadas às mulheres, enfocando o binômio mãe-filho, havendo um movimento nacional e internacional atualmente que tem problematizado sobre a importância de possibilitar ao homem espaço integral nesse contexto (BRASIL, 2016).

O documento defende tanto o direito dos homens que tem desejo de participar mais ativamente da gestação serem mais bem acolhidos, como também revela a importância de sua participação para a saúde da gestação e para o melhor andamento do pré-natal. Mostra também que apesar de que muitos homens não parecem ter interesse em participar desse momento da vida da gestante, outros se apegam de modo tão empático ao ponto de desenvolverem uma experiência psicoafetiva denominada síndrome de Couvade, na qual pode ter enjoos, desejos e choro. O guia também sensibiliza para a importância maior que deve ser dada aos adolescentes-pais (BRASIL, 2016).

A adição dos adolescentes tem em vista o fato de que os papéis sociais de gênero são aprendidos desde a infância e se consolidam ao longo da adolescência, quando a pessoa busca estabelecer sua identidade e planejar o futuro de forma autônoma. No Brasil, uma pesquisa sobre a paternidade em homens adolescentes, ocorrida ainda no período da publicação da PNAISH, concluiu que os sujeitos estavam em condição de vulnerabilidade, havendo marcas de socialização de gênero nos moldes tradicionais, destacando a ausência de cuidado consigo e incorporação precoce de papéis de dominação sexual masculina (ALMEIDA; HARDY, 2007).

Ao longo dos últimos 10 anos, contudo, pode-se apostar em alguma mudança nas configurações familiares. Para um entendimento ainda mais amplo das impressões sobre gênero presentes no documento, é mister fazer menção ao fato de

optar pela expressão pai/ parceiro, como forma de abarcar outras possibilidades de relação da gestante que não se reduzam à figura masculina ou do pai biológico. Essa mensagem, ainda que suave e pouco explícita, representa uma discussão contemporânea sobre a relação sexo/ gênero que parece estar sendo incorporada pelas políticas públicas de saúde, que em outros espaços tem fortalecido o acesso ao público LGBT, com políticas próprias, bem como mantido o poder de autonomia da mulher, já inserido na Lei do Acompanhante, de que cabe a ela decidir seu parceiro/ acompanhante (BRASIL, 2016).

Obviamente que isso pode criar a lacuna de que o pai biológico, se não entendido pela mulher como sendo seu parceiro, tenha sua assistência fragilizada, a depender do arranjo familiar que estejam vivenciando, mas é compreensível a escolha da posição se observada a evolução da política de saúde materno-infantil no país, que de uma forma ou de outra tem dificuldade de superar o binômio, o que torna necessário se pensar ainda outras formas de se compreender a posição do pai na conjectura familiar da gestante (BRASIL, 2018).

Voltando-se para o perfil de parceiro apontado no Guia, percebe-se a ascensão de um “novo pai”, já citada por Costa (1998) há 20 anos, quando fazia menção dos desdobramentos da crise da masculinidade de 1970. Nessa outra dimensão, a paternidade seria também um dever para o homem e participar da assistência um direito seu, seja contrapondo-se à figura de homem-opressor, seja como forma de requerer seu status em mais esse espaço, a fim de breçar a perda de dominação que poderia estar iminente frente às novas tecnologias de reprodução ou mesmo de clonagem.

Contudo, apesar de o Guia apostar numa imagem mais positiva do homem e requerer aos profissionais uma assistência mais comprometida com essa imagem, ao apontar a assistência prestada pelo profissional acaba por gerar outra lacuna, que pode ser entendida no mínimo como resquícios da visão tradicional do homem pai que esteve presente implicitamente nas políticas de saúde materno-infantil. Aponta-se nesse caso, a figura do homem como auxiliar e como alguém que pode contribuir não atrapalhando a gestação de ocorrer de modo saudável, para demonstrar essa observação basta notar que o cuidado do profissional de saúde estaria em avaliar o estado nutricional do parceiro, por meio de exames; garantir a vacinação e a realização de testes de imunidade (BRASIL, 2016).

A mensagem que isso parece trazer é a de que o homem deve permanecer corporalmente saudável, para poder trabalhar e manter seu papel de provedor, estando protegido de doenças de ordem cardiovascular que poderiam debilitá-lo ou possibilitar uma morte subita, a partir de uma alimentação mais saudável e exames de controle e ao mesmo tempo deveria manter-se saudável quanto a doenças infectocontagiosas para que a mulher não adquira de sua parte algum agravo e esteja impedida de realizar sua função natural corretamente.

Essa observação, claramente, não tem em vista desconsiderar a importância dessas recomendações, afinal, somam-se a essas orientações a educação sobre o cuidado à criança e sobre direitos que ele tem enquanto pai, além de ser um espaço para que o homem esteja na unidade de saúde; contudo, não se pode deixar de observar uma visão ainda biologicamente fundamentada sobre o homem que parece não se encaixar na compreensão tão ampliada a que o Guia se refere em outros pontos (BRASIL, 2016).

Assim, torna-se imprescindível que essa visão de um novo pai, mais interessado na gestação, em assumir a figura de parceiro e de vivenciar a ordem de afetos expressa pela paternidade tenha uma assistência que faça jus a esses fins, que abarque os aspectos psicoafetivos e não apenas biológico (BRASIL, 2016). É importante também que o perceba como cidadão e que acima disso não esteja arranhado pela visão de gênero que tem distanciado o mesmo dos serviços de saúde por todo esse tempo. Isso não significa feminizar a figura do pai, mas sim, estabelecer uma relação de assistência que supere esses e outros estereótipos.

Conclui-se que a visão tradicional acerca dos papéis do homem e da mulher influenciaram a construção das políticas de saúde dirigidas a esse público, de modo que afetou progressivamente a participação do homem na paternidade. Tais discursos podem ser percebidos a partir de uma leitura dos documentos que oficializam as estratégias de saúde, bem como suas campanhas e instrumentos. Atualmente, após os avanços que o enfoque de gênero trouxe para o entendimento sobre o masculino e o feminino, novas práticas têm sido pensadas, ainda que com suas fragilidades de implementação (CADONÁ; STREY, 2014).

A PNAISH possibilitou avanços na ideia do Estado sobre o homem e seu corpo. O Guia do Pré-Natal do Parceiro permitiu um acesso objetivo do homem ao pré-natal, contudo ainda possui limitações acerca do tipo de assistência que orienta, que parece não satisfazer a imagem que ele mesmo apresenta sobre o parceiro. Para que uma

necessária transformação aconteça, é preciso acolher o homem/pai com uma assistência destituída de estereótipos, permitindo que ele mesmo fale sobre como vivencia o processo (BRASIL, 2016).

2.2 Panorama da produção acerca do Tidal Model

Sendo o objeto de estudo dessa pesquisa uma teoria/ modelo de enfermagem de natureza britânica, desenvolvido recentemente (início dos anos 2000) pelo enfermeiro psiquiatra Phill Barker, que buscava um modelo de enfermagem que melhor correspondesse aos objetivos do cuidado a pessoas assistidas em serviços de saúde mental, percebeu-se a necessidade de realizar uma investigação acerca da produção científica da mesma, buscando identificar seu desenvolvimento desde sua criação, bem como sua projeção em outros países e sua produção no campo da prática.

Diante do exposto, busca-se responder “Qual o estado da produção científica acerca do Tidal Model?”. Para responder tal questionamento, essa pesquisa possui como objetivo sintetizar o estado da produção sobre o Tidal Model em artigos científicos.

Espera-se que esse levantamento possa fornecer subsídios que promovam o olhar sobre o presente objeto, à medida que reúne os principais achados das pesquisas publicadas até o presente momento, tornando mais acessível a enfermeiros que tem buscado fundamentação sobre o tema e identificado o Tidal Model como possibilidade de reorientação da atenção de enfermagem

Quanto à metodologia, sua realização se dá em seis etapas, a saber, (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; (3) a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; e (6) a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Após adaptar e integrar as etapas supramencionadas, o presente estudo assumiu a seguinte configuração:

- I. **Identificação do objeto de estudo**, a saber, “a produção científica sobre o Tidal Model” e a pergunta da pesquisa “qual o estado da produção científica acerca do Tidal Model?”.
- II. **Estabelecimento de critérios de inclusão/ exclusão para os estudos e definição da busca:**

Para a busca das informações foram utilizadas bases de dados de ampla indexação online que contém artigos das revistas científicas em saúde e que apresentam um importante fator de impacto na ciência, entre elas, WOS - Web of Science. SCOPUS – Sci Verse Scopus, PUBMED – National Library of Medicine, EUA e CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

Os critérios de inclusão foram: artigos que tratavam diretamente do tema Tidal Model ou indiretamente através das teorias de enfermagem; artigos indexados nas bases de dados selecionadas para a pesquisa; artigos com texto completo; artigos no idioma português e inglês; datados a partir de 2001, ano de apresentação do Tidal Model. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: artigos que após a leitura do título e resumo não tinham relação com o objeto do estudo; artigos que tivessem a revisão de literatura como metodologia; e artigos duplicados.

Para a estratégia de busca utilizou-se os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) dos termos “Tidal Model” e “Nursing theories” no idioma inglês com a combinação do operador booleano “AND”, em cada base de dados. A busca foi realizada da seguinte maneira: “Tidal Model”; “Tidal Model” AND “Nursing theories”, sendo os termos descritos em inglês por favorecer a busca nas bases de dados internacionais.

A seleção dos artigos foi realizada por meio de três etapas, na qual se iniciou fazendo a leitura dos títulos dos artigos, selecionando os que estavam de acordo com o objeto de estudo, em seguida leu-se os resumos e, posteriormente, o artigo na íntegra para verificar se os artigos identificados respondiam à questão norteadora e estavam de acordo com os critérios de inclusão.

Foram obtidos 80 artigos após leitura do título e resumo. Desses, 53 eram duplicados, sendo eles analisados uma única vez; restando, assim, 27 artigos para ser lidos integralmente. Em seguida, foram selecionados 26 após a leitura na íntegra. A Figura 1 ilustra esse percurso.

- III. **Definição das informações a serem extraídas dos estudos**

Um instrumento foi construído com a finalidade de organizar as informações e facilitar a análise. Utilizou-se um quadro sinóptico (Quadro 1) contendo as variáveis: ano e país de publicação, título do artigo, delineamento do tipo de estudo; participantes ou amostra; e os desfechos.

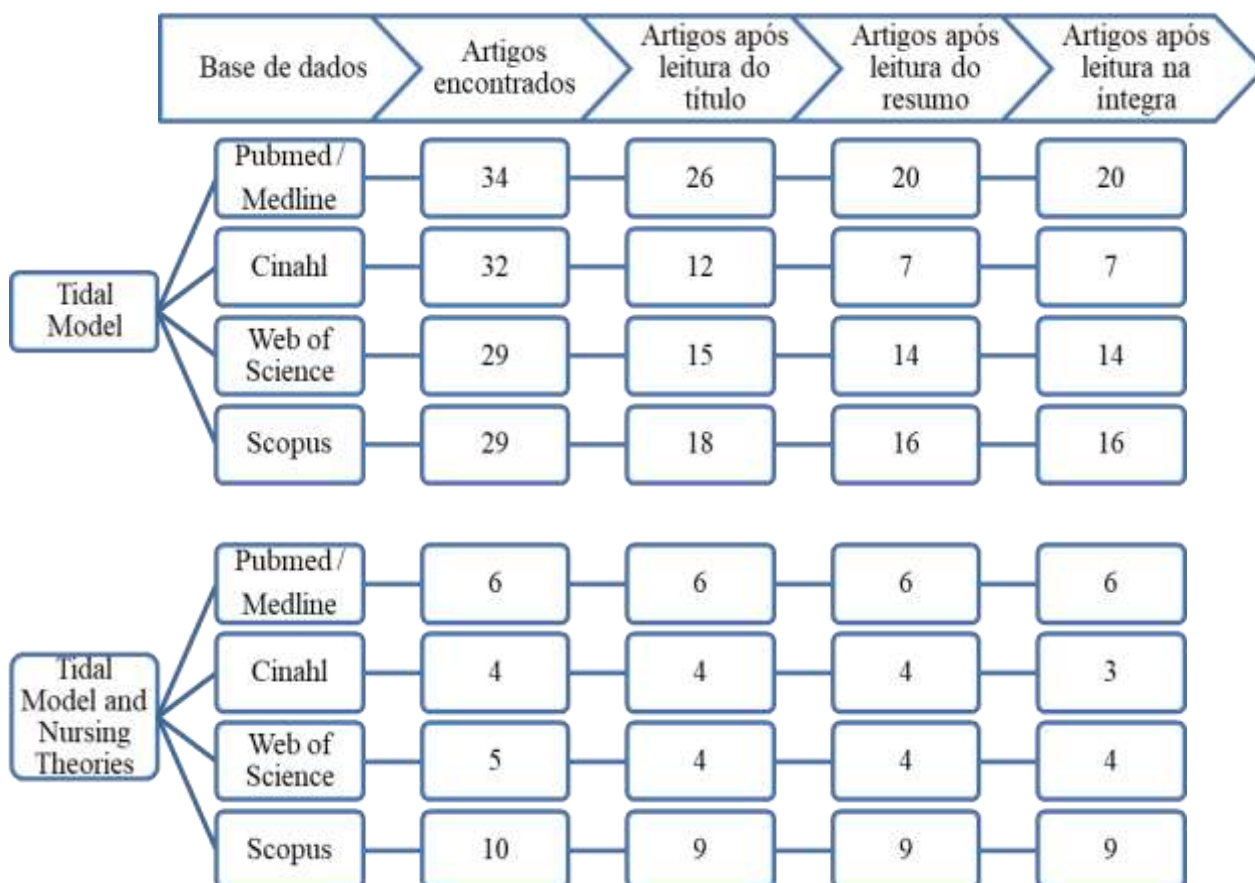
IV. Apresentação e análise dos resultados da revisão

Os resultados desta pesquisa foram apresentados através da contextualização e utilização de fluxogramas e de quadros. A análise dos resultados foi realizada a partir das informações obtidas durante a coleta de dados, considerando a questão norteadora e os objetivos desta pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, Todas as informações utilizadas nesta revisão integrativa estão de acordo com a Resolução da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e obedece a Lei 9.610 na qual discorre e regula os direitos autorais.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1 Seleção dos artigos por grupos de descritores nas bases de dados



Fonte: Base de dados dos autores, 2019.

Quadro 1 Síntese dos estudos e seus desfechos

	Autores	País/ Cenário	Título	Objetivo	Delineamento do estudo/ Participantes	Desfecho
1	Barker, 2001	Reino Unido	The Tidal Model: Developing a Person- Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing*	Apresentar as bases da teoria e prática do Tidal Model	Estudo reflexivo	O Tidal Model fornece estrutura prática para investigar as necessidades de enfermagem, bem como a provisão de cuidado individualizado.
2	Barker, 2001	Reino Unido	The Tidal Model developing an empowering, person- centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing*	Descrever os fundamentos do Tidal Model após cinco anos de pesquisa sobre as necessidades da enfermagem psiquiátrica.	Estudo reflexivo	O Tidal Model desenvolve a ideia de que as relações interpessoais são centrais, bem como integra um processo para ajudar a pessoa em sofrimento mental.
3	Gordon; Morton; Brooks, 2001	Austrália/ Enfermarias Psiquiátricas em Hospital	Launching the Tidal Model in an adult mental health programme	Implementar um modelo de enfermagem psiquiátrica que usa o cuidado centrado na pessoa	Estudo piloto Experimental/ Antes e Depois (9 enfermarias)	Resultou na diminuição das internações mais graves, menor estadia, diminuição de episódios violentos e automutilação, diminuição das contenções e menor intervalo entre admissão e avaliação.
4	Stevenson; Fletcher, 2002	Reino Unido	The Tidal model: The questions answered	Sensibilizar o leitor acerca de um novo modelo de enfermagem: O Tidal Model	Estudo reflexivo	Apresentou como os enfermeiros podem trabalhar em colaboração com as pessoas assistidas, promovendo um reconhecimento acerca do poder que elas têm.
5	Stevenson; Barker; Fletcher, 2002	Austrália, Programa de Saúde Mental de New Castle	Judgment days developing an evaluation for an innovative nursing model	Relatar o processo e os resultados da aplicação de uma enfermagem inovadora (Tidal Model)	Estudo Quantitativo (n: 69)	Apontou para a melhoria da assistência ao paciente (redução do tempo de internação, melhoria nas relações enfermeiro-pacientes)
6	Barker, 2005	Reino Unido	The Tidal Model Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care*	Contrapor o Tidal Model como modelo de enfermagem em saúde mental frente ao modo hegemônico	Estudo reflexivo	Criticou acerca da influência do modelo médico da psiquiatria sobre a enfermagem, destacando a necessidade de superação a partir do vínculo pessoa-cliente.

7	Gordon; Morton; Brooks, 2005	Reino Unido	Launching the Tidal Model evaluating the evidence	Avaliar o Tidal Model em duas enfermarias de internação aguda	Relato de prática	Após um ano, houve redução do número total de incidentes graves e desfavoráveis, como agressão física, violência e assédio.
8	Cook; Phillips; Sadler, 2005	Nova Zelândia/ Unidade Forense de Segurança e Saúde Mental	The Tidal Model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit	Descrever a experiência de implementação do Tidal Model através de cinco grandes temas avaliados por estudo fenomenológico.	Relato de prática (4 enfermeiros + 4 pacientes)	O modelo permitiu um processo interpessoal sinérgico em que os enfermeiros ficaram profissionalmente satisfeitos e os pacientes são autônomos durante a recuperação.
9	Barker; Buchanan-Barker, 2006	Reino Unido	The ten commitments a value base for mental health recovery*	Apresentar os dez compromissos do Tidal Model, destacando o conceito de recuperação em saúde mental	Estudo reflexivo	Retomou os fundamentos teóricos do Tidal Model destacando o modelo como uma negociação conjunta, na qual profissional é um tripulante no navio que reconhece o cliente como capitão.
10	Brookes; Muratta; Tansey, 2006	Canadá/ Clínica Psiquiátrica Hospitalar	Guiding practice development using the Tidal Commitments	Ilustrar a fidelidade aos valores e compromissos do Tidal Model durante a implementação do modelo no serviço	Relato de Prática	Compartilhou as experiências destacando as estratégias e desafios. A exemplo, cita a preocupação das enfermeiras com a papelada. Conclui otimista acerca dos resultados.
11	Berger, 2006	Canadá/ Unidade de Internação Psiquiátrica	Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care--a program quality improvement project	Avaliar os resultados da implementação de um plano de cuidados interdisciplinar fundamentado no Tidal Model	Relato de prática (n: 46)	Aumentou a satisfação. Proporcionou uma melhor compreensão da situação do cliente. Favoreceu a documentação de um plano de cuidados que refletisse as metas específicas da equipe.
12	O'Donovan, 2007	Irlanda/ Unidades de Admissão em Psiquiatria	Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric?	Obter uma compreensão da prática de enfermagem psiquiátrica com pessoas que se automutiliam	Estudo Qualitativo (n: 8 enfermeiros)	Mostrou-se uma abordagem adequada a ser incorporada no ambiente psiquiátrico, ainda que havendo dificuldade dos profissionais em sua utilização.
13	Jacob; Holmes; Buus, 2008	Canadá	Humanism in forensic psychiatry the use of the tidal nursing model	Refletir sobre como o humanismo influenciou os teóricos da enfermagem especialmente no campo da enfermagem psiquiátrica forense.	Estudo reflexivo	Refletiu sobre o contraste entre uma enfermagem focada na custódia em detrimento dos ideais humanistas. Afirmou que é preciso assumir novos modelos para a enfermagem forense, como o Tidal Model.
14	Brookes; Muratta; Tansey, 2008	Canadá/ Centro de Saúde Mental	Tidal waves implementing a new model of mental health recovery and reclamation	Descrever a experiência adquirida pela enfermagem psiquiátrica na prática após a introdução do Tidal.	Relato de Prática	Demonstrou aumento da participação pessoal no cuidado, juntamente com redução das internações, autoflagelos, violência, agressão e uso de restrições.

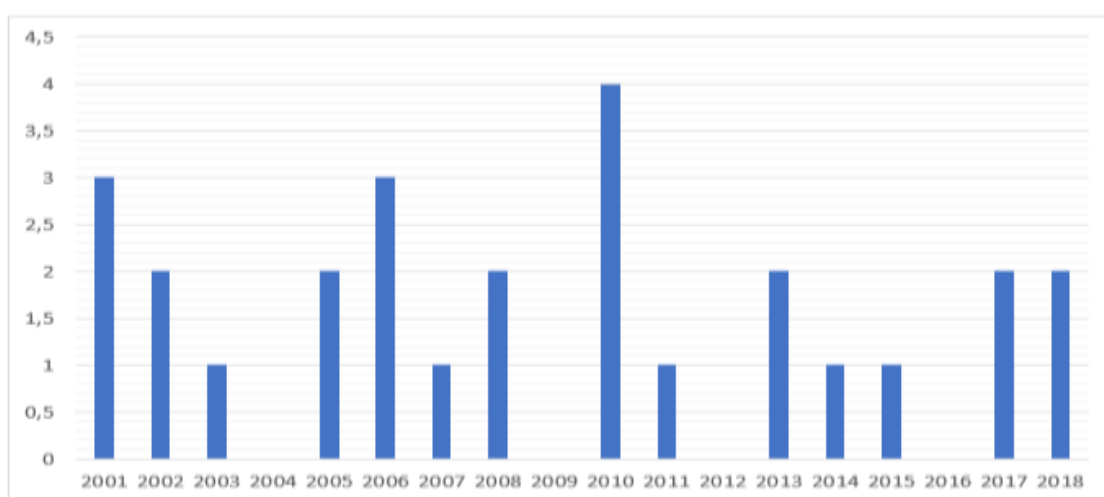
15	Barker; Buchanan-Barker, 2010	Reino Unido	The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings*	Descrever a evolução do Tidal Model ao longo da última década, resumindo alguns de seus processos.	Estudo reflexivo	Houve crescimento ao longo da última década, no ambiente hospitalar comunitário, destacando a importância de o indivíduo retornar logo à comunidade.
16	Kidd, 2010	Nova Zelândia	Cultural boundary surfing in mental health nursing A creative narration*	Produzir significados acerca das dificuldades para a promoção de conexões entre culturas e etnias nos contextos da saúde mental.	Produção de sentidos em Mesa Dialógica	Explorou a competência cultural ao lado da noção de "descoberta" e o potencial do Tidal Model para fornecer um veículo para a barreira cultural.
17	Biley, 2010	Reino Unido/ Serviço de Internação psiquiátrica	My life my encounters with insanity	Descrever a experiência institucional em tratamento em modelo biomédico destacando o Tidal Model como ressignificador.	Relato de prática	Destacou que os princípios do Tidal Model tornariam mais holística e centrada no ser humano a assistência em serviço de internação psiquiátrica.
18	Young, 2010	Estados Unidos/ Serviço de Tratamento para Dependência Química	Using the Tidal Model of Mental Health Recovery to Plan Primary Health Care for Women in Residential Substance Abuse Recovery	Identificar o Tidal Model em integração do CSAT, como adequado para o tratamento de mulheres em uso de substâncias.	Ensaio Analítico	Tal integração teria bom potencial para orientar nos cuidados de enfermagem a mulheres em tratamento para dependentes químicos.
19	Barker; Buchanan-Barker, 2011	Reino Unido	Mental Health Nursing and the Politics of recovery a global reflection*	Discutir sobre a recuperação com foco no cuidado centrado na pessoa na ótica do Tidal	Estudo reflexivo	Criticou acerca do cuidado paternalista comumente presente na psiquiatria, destacando a reabilitação promovida pelo Tidal Model como alternativa.
20	Kilmer; Lane-Tillerson, 2013	Estados Unidos, Enfermaria Psiquiátrica Hospitalar	When still waters become a soul tsunami using the tidal model to recover from shipwreck	Descrever a aplicação do Tidal Model em uma mulher em crise suicida relacionado ao insucesso de tratamento de infertilidade	Estudo de caso	A utilização colaborou diretamente, conforme as palavras da própria paciente, para a recuperação, evitando o suicídio.
21	Henderson, 2013	Reino Unido/ Serviço de Internação psiquiátrica	How the tidal model was used to overcome a risk-averse ward culture	Descrever como as mudanças nos princípios de cuidado melhoram a qualidade da assistência	Relato de prática	Possibilitou a melhora da maioria dos pacientes internados, que foram transferidos para comunidades e hospitais abertos. Demais também obtiveram progresso,
22	Hungerford, 2014	Austrália	Recovery as a Model of Care? Insights from an Australian case study	Implementar um modelo de saúde centrado no usuário com base no Tidal Model	Estudo de caso (institucional)	Oportunizou a enfermeiros o desenvolvimento de um modelo para ajudar pacientes psiquiátricos crônicos, gerando resultados positivos.

23	Santos; Silva; Clos; Silva, 2015	Brasil/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro	An esthetic and sociopoetic perspective on caring for people with mental disorder Appropriating the Tidal Model	Delinear uma perspectiva de cuidar em enfermagem fundamentada nos valores essenciais do Tidal Model	Estudo reflexivo	Vinculou os princípios da Sociopoética à compreensão dos valores essenciais do Tidal Model.
24	Savasan; Çam, 2017	Turquia/ Clínica de Dependência Química	The Effect of the Psychiatric Nursing Approach Based on the Tidal Model on Coping and Self-esteem in People with Alcohol Dependency A Randomized Trial	Determinar o efeito do Tidal Model no <i>coping</i> e auto-estima de pessoas com dependência de álcool	Estudo Semi-Experimental com grupo controle/ (n:36)	Mostrou-se eficaz no <i>coping</i> ativo, apoio social emocional, planejamento e aumento da autoestima, mas a diferença do grupo controle não alcançou significância.
25	Hipfner; Bennett, Gettle; New; Howell, 2017	Canadá	Teaching recovery principles with concept map care planning	Descrever a integração do mapa conceitual dentro de uma estrutura de recuperação.	Relato de prática docente	Melhorou os cuidados centrados na pessoa e a colaboração entre os usuários e estudantes, promovendo uma perspectiva de colaboração.
26	Teixeira; Monteiro; Guedes; Silva; Freitas, 2018	Brasil/ Universidade Estadual do Ceará	The Tidal Model analysis based on Meleis's perspective	Refletir acerca dos componentes conceituais do Tidal na aplicação do processo de cuidar em saúde mental	Estudo reflexivo / Perspectiva de Meleis	Constatou-se a clareza da teoria por meio da demonstração dos componentes funcionais, pressupostos, conceitos e proposições.
27	Vella; Page; Edwards; Wand, 2018	Austrália/ Unidade de Atendimento Agudo em Saúde Mental para Adolescentes	Sustaining a culture of practice development in an acute adolescent inpatient mental health unit	Detalhar os processos, que permitiram implementar um programa de desenvolvimento prático	Relato de prática	Melhorou a assistência prestada aos adolescentes que apresentavam estados de angústia na unidade de saúde mental em questão.

Fonte: Base de dados dos autores, 2019.

Os resultados dessa revisão mostram que o estado da produção científica acerca do Tidal Model ainda apresenta uma evolução lenta. Dos 27 trabalhos expostos nas bases de dados pesquisadas, ao longo de 17 anos desde a divulgação da teoria, a média anual de publicação é de aproximadamente 1,5, alcançando um pico de 4 trabalhos no ano de 2010 e não havendo nenhum nos anos de 2004, 2009, 2012 e 2016 (Figura 2). Destaca-se, ainda que um número de 6 artigos é da autoria do proponente do modelo.

Figura 2 Evolução da produção científica do Tidal Model desde seu surgimento



Fonte: Base de dados dos autores, 2019.

A maioria dos artigos publicados, isto é, um número de 10, concentra-se em seu local de surgimento, o Reino Unido. Países de língua inglesa na América do Norte e na Oceania concentram um número proporcionalmente relevante de trabalhos. O Brasil, por sua vez, apresentou apenas dois, um na região sudeste, outro no Nordeste, datando o primeiro deles apenas em 2015, mais de dez anos após o lançamento da teoria.

Prevaecem, ainda, estudos de natureza reflexiva (um número de 12), seguidos de relatos de prática (7 artigos). Essa constatação, de que o número de estudos empíricos ainda é limitado, demonstra que o Tidal Model ainda se encontra numa fase de divulgação e consolidação dos fundamentos. É necessário, ainda, um maior

desenvolvimento de estudos empíricos, a fim de demonstrar os efeitos do Tidal Model na resolução de problemas no cenário da prática de enfermagem.

Dentre os poucos estudos empíricos (incluindo os relatos de prática, estudos de caso e experimentais), nota-se que o campo de atuação do Tidal Model ainda se concentra em serviços para cuidados em saúde mental, apresentando alguns estudos com vistas à reorientação do modelo de atenção psiquiátrica na internação aguda, cuidados a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, mutilação ou risco para suicídio e como metodologia educacional.

Quanto ao conteúdo dos artigos, considerando seus objetivos e delineamentos, pode-se fazer quatro agrupamentos: (I) estudos para apresentação dos fundamentos do Tidal Model, (II) experiências de implementação do Tidal Model em unidades de internação psiquiátrica, (III) experiências em serviços comunitários e outros contextos de saúde específicos e (IV) estudos que interagem o Tidal Model com outras perspectivas teóricas.

Os estudos para apresentação dos fundamentos do Tidal Model (ID: 1, 2, 4, 6, 9, 15 e 19) apresentam de maneira geral a teoria. Enfatizam que o modelo aponta uma nova perspectiva de cuidado, individualizado, dialogando com os princípios da Reforma Psiquiátrica e situando a enfermagem no campo da psiquiatria por meio de um modelo próprio, porém resgatando o conceito de relação interpessoal já apontado por Peplau (BARKER, 2001; BARKER, 2002).

Esses estudos enfatizam que o cuidado em saúde mental deve ser centrado na pessoa, valorizando seu papel de protagonismo no próprio cuidado. Chama atenção para o fato de que o modelo é composto de dez compromissos, dentre os quais valorizar a voz e a sabedoria do usuário no cuidado (BARKER, 2002, BUCHANAN-BARKER; BARKER, 2006). Nesse ponto, o Tidal Model assume-se como crítico do modelo psiquiátrico hegemônico, ressaltando que a profissão deve superar tal paradigma, assumindo uma postura inovadora e valorizadora do vínculo (BARKER, 2003).

Tais críticas acerca do modelo hegemônico, propostas pelo autor da teoria, são resgatadas por ele quase uma década depois. Nesses trabalhos, reafirma-se que o Tidal Model tenta não se limitar ao ambiente hospitalar, visando a ampliar sua atuação também em serviços de caráter comunitários. O modelo se projeta como uma alternativa para a enfermagem psiquiátrica, detalhando, para fins de sensibilização

para a prática, o seu processo (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2010; BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2011).

As publicações sobre experiências de implementação do Tidal Model em unidades de internação psiquiátrica, incluindo as natureza forense, demonstram os efeitos do modelo na melhoria da assistência a partir da relação interpessoal (STEVENSON et al, 2002; COOK et al, 2005) na redução do tempo de internação, violência, restrição física e automutilação (FLETCHER; STEVENSON, 2001; GORDON et al, 2005; BROOKS et al, 2008; O'DONOVAN, 2007). Em suma, na promoção de um cuidado holístico, ressignificando o cenário de internação (BILEY, 2010) e facilitando o encaminhando para serviços de natureza comunitários ou abertos (HENDERSON, 2013).

Dentre as dificuldades relacionadas à aplicação prática do Tidal, os enfermeiros relatam a administração do número considerado grande de documentos, o que se reduziu com o tempo aumentado de prática (BROOKS et al, 2006). Conforme demonstrado na experiência canadense (WARD; JACKSON, 2006), a utilização dos instrumentos do Tidal Model na adaptação de planos de cuidado auxiliou a equipe na promoção de um planejamento que considera a autonomia da pessoa assistida, bem como potencializou a equipe na documentação de metas mais específicas e singulares.

Já a implementação do Tidal Model em serviços de natureza comunitária e em problemas de saúde específicos, destaca-se sua utilização em pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, proporcionando o coping ativo, a reinterpretação positiva, aumento da autoestima, apoio emocional e social (SAVASAN; ÇAM, 2017). Um ensaio analítico propõe que o uso dos instrumentos do Tidal Model em associação com o CSAT, um modelo americano abrangente para tratar álcool e outras drogas (YOUNG, 2010) pode ser uma alternativa potencial, sendo uma proposta de integração do modelo Tidal.

Num serviço comunitário para cuidado de adolescentes, o Tidal Model transformou a assistência de enfermagem, reduzindo o estresse das pessoas assistidas (VELLA et al, 2018). Já numa experiência entre discentes que cursavam a disciplina de psiquiatria, o Tidal Model melhorou a promoção de cuidados na medida em que ofertou uma perspectiva de colaboração entre usuários de serviço e estudantes.

Dois estudos de caso demonstram os efeitos do Tidal Model em situações particulares. O primeiro foi direcionado a uma mulher que se encontrava em risco de suicídio após insucesso de tratamento contra infertilidade, uma experiência que ela denomina de Tsunami, avaliando que o Modelo das Marés foi fundamental para sua recuperação (KILMER; LANE-TILLERSON, 2013). Já o estudo de caso organizacional de Hungerford (2013), demonstrou que a implantação do modelo em serviços de saúde da Austrália promoveu a autonomia dos enfermeiros, reconhecendo seu potencial no segmento psiquiátrico, gerando resultados positivos em estados de saúde crônicos e agudos.

Já dentre os estudos que buscavam interagir o Tidal Model com outras abordagens teóricas, apresenta-se um estudo canadense reconhece que o modelo interage com o humanismo, em contraposição com o tratamento focado na custódia dos serviços de segurança (JACOB et al, 2008). Numa metodologia não-convencional, denominada pelos autores como Mesa Dialógica, o modelo das marés foi utilizado para explorar sentidos relacionados às barreiras culturais entre as pessoas, sendo mesmo um “veículo para surfar sobre as tais barreiras” e construir conexões entre etnias.

Dois estudos brasileiros recentes também fizeram relação do Tidal Model com outras abordagens. O primeiro deles vincula os princípios da sociopoética aos compromissos do cuidado no Modelo das Marés (SANTOS et al, 2015), o outro exercita uma validação da teoria a partir da perspectiva de Meleis (TEIXEIRA et al, 2018). Ambos demonstram que o modelo pode ser associado, interpretado ou avaliado a partir de outras teorias, demonstrando que além de sua aplicação prática, pode também contribuir no diálogo e aprofundamento teórico.

Tal revisão demonstrou que a produção acerca do Tidal Model nos primeiros dez anos tinha em vista a divulgação acerca de seus fundamentos, dando início assim a uma série de experiências publicadas, em sua maioria através de relatos de prática, exercitando a aplicação do Tidal Model, sobretudo em unidades psiquiátricas, focando na área para a qual foi destinada, a enfermagem em saúde mental. Nos últimos anos, somam-se a tais estudos outros com vistas a dialogar com outras teorias e métodos.

Para fins de aplicação à presente pesquisa, é importante mencionar a escassez de estudos que demonstrem a operacionalização do Tidal Model na prática assistencial, sobretudo em vivências de transição (como o ciclo gravídico-puerperal), sendo o mais próximo disso um estudo (KILMER; LANE-TILLERSON, 2013) que

demonstrou a experiência do uso do Tidal Model no caso de uma mulher que, devido a falências sucessivas de tratamento de infertilidade, encontrava-se em risco de suicídio.

Por fim, é possível concluir que a aplicação do Tidal Model no contexto brasileiro, na atenção básica, em experiência de transição humana, na atenção à saúde do pai/ parceiro configura-se como exercício desafiador e exploratório do modelo.

3. METODOLOGIA

3.1 Espaço metodológico quadripolar

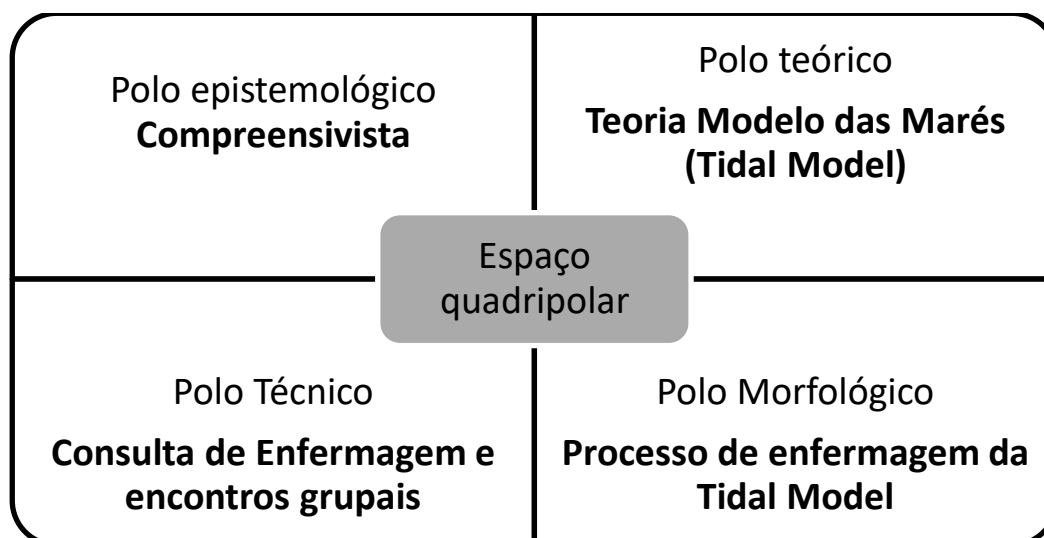
A natureza do objeto de estudo dessa pesquisa segue um desenho qualitativo, o qual possibilita a compreensão de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens em relação à sua forma de pensar, sentir e viver, o que corresponde aos processos e fenômenos sociais nos quais estão inseridos e envolvidos. É um tipo de pesquisa voltado para a óptica dos sujeitos estudados, tendo o ambiente natural como sua fonte direta de dados, respondendo a questões muito particulares, direcionando uma atenção a aspectos que não podem ser quantificados (MINAYO, 2010).

Visando apreender uma visualização com coerência interna e rigor científico e a partir de uma compreensão adotada pelas ciências sociais, a qual percebe a distinção e alinhamento de quatro polos metodológicos - epistemológico, teórico, morfológico e técnico – o estudo se estrutura no espaço metodológico quadripolar, partindo da compreensão de Bruyne (1991, p. 34):

(...) o campo da prática científica poderá ser concebido de diferentes pólos que determinam um espaço no qual a pesquisa se apresenta como apanhadas num campo de forças, submetida a determinados fluxos, a determinadas exigências internas.

Nessa configuração, o polo epistemológico norteia a pesquisa na medida que “explicita as regras de transformação do objeto científico, critica seus fundamentos” (BRUYNE et al, 1977, p. 35). O polo teórico enquadra a elaboração de hipóteses e a construção de conceitos, propondo regras de interpretação dos fatos, assumindo o lugar de elaboração das linguagens científicas e determinando o movimento de conceitualização. O polo morfológico enuncia as regras de estruturação, de formação do objeto científico, impondo certa ordem aos elementos. Ao polo técnico cabe o controle da coleta de dados com vistas a constatar-los para poder confrontá-los com a teoria que o promoveu. (Figura 3).

Figura 3 Espaço metodológico quadripolar



Fonte: Base de dados dos autores, 2019.

3.1.1 Polo epistemológico

O compreensivismo se apresenta como a cosmovisão que privilegia a compreensão da realidade humana vivida socialmente (MINAYO, 2010). Weber, seu proponente e um dos principais responsáveis pela formação do pensamento social contemporâneo, entendia que as realidades são construídas nos significados e a partir deles, não podendo ser identificados fora da linguagem em que estão imersos. Opõe-se ao Positivismo, ao propor a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e defende a mesma como constitutiva e inerente à construção da objetividade.

O objeto de estudo dessa pesquisa, na medida em que demanda uma leitura do ser a partir da subjetividade e de sua realidade humana vivida no âmbito social, identificou a visão de mundo compreensiva como a que lhe é mais coerente. De modo ainda mais específico, entendeu-se que dentre as abordagens que se desdobram do compreensivismo (MINAYO, 1992, p. 11), a fenomenologia é a que melhor dialoga com o presente objeto, na medida em que indica, conforme Husserl “a análise dos fenômenos que povoam a consciência das pessoas” e, conforme Heidegger, a “atividade mediante a qual se tem a esperança de redescobrir o ser, mediante a compreensão da natureza humana” (CHAMPLIN, 2011, p. 710).

3.1.2 Polo teórico

O referencial teórico-filosófico que embasa essa pesquisa é o Tidal Model, traduzido como Modelo das Marés e desenvolvido pelo enfermeiro escocês Phil Barker (1932-) o qual extraiu da metáfora das águas do mar certa correspondência com o viver humano, fundamentando-se em outras construções teóricas clássicas, tais como a Teoria do Relacionamento Interpessoal de Perplau, a antipsiquiatria de Thomas Szasz, a Recuperação da Sanidade de Podvoll, a Terapia focada nas soluções de Shazer, a filosofia oriental do psiquiatra japonês Shoma Morita e a Teoria do Caos.

Desse conjunto de acepções teóricas, o Tidal Model, desenvolvido no Reino Unido, se apresenta como outro padrão em relação às teorias de enfermagem norte americanas. Para além do pragmatismo, tendo adotado de Morita a máxima “fazer o que precisa ser feito”, assume, dado a sua influência antipsiquiátrica, uma postura de resistência ao modelo biomédico, exaltando a relação interpessoal, sobretudo entre enfermeiro e pessoa assistida como central para a recuperação em saúde mental, ainda que o sofrimento tenha uma natureza caótica.

A ideia central do Tidal Model é a seguinte: as pessoas são suas histórias. Desse conceito emerge a compreensão da pessoa e todo o objetivo do cuidado. Apesar de parecer uma ideia simples, preserva uma visão profunda sobre a autonomia da pessoa, valorizando-a como filósofa de sua vida, como aquele que melhor sabe o que pode ser útil e eficaz para seu tratamento. Mais até do que isso, assume como um dos compromissos da enfermagem valorizar a sabedoria de quem está sendo assistido colocando-se na posição de aprendiz.

Partindo desse entendimento, o Tidal Model propõe as seguintes afirmações teóricas:

- A enfermagem psiquiátrica é uma atividade interativa do desenvolvimento humano, mais preocupada com o desenvolvimento futuro da pessoa do que com a origem ou causa de sofrimento mental.
- A experiência do mal-estar psíquico associado com uma perturbação psiquiátrica está representado pela alteração evidente ou por situações internas conhecida apenas pela própria pessoa.
- O enfermeiro e as pessoas cuidadas estabelecem uma relação baseada na influência mútua.
- A experiência da enfermidade mental se traduz em diversas alterações da vida diária e de respostas humanas aos problemas cotidianos.

Destaca, assim, três conceitos fundamentais para sua compreensão: a crise, o oceano de experiências e o salva-vidas compreensivo. A crise, para Barker, se apresenta como uma passagem, como uma experiência ou mesmo oportunidade que, não necessariamente é ruim, apesar de desconfortável; a pessoa pode mudar sua vida após construir novos olhares adquiridos a partir da experiência do sofrimento.

O oceano de experiências, por sua vez, se define como tudo aquilo que está em torno da pessoa assistida, sejam coisas, pessoas ou acontecimentos, são influenciadores e influenciados pela forma como a pessoa assistida estabelece suas relações. Para Barker (2001) “a ideia do ‘oceano de experiências’ nos lembra que a vida é uma viagem em evolução que se faz passando por várias etapas”.

O salva-vidas compreensivo, por sua vez, representa o tipo de postura que se espera ser assumido pelo enfermeiro. É aquele que vê que alguém está se afogando em seu oceano de experiências, vai lá e socorre, devendo preservar dois conselhos, a saber, não se perder ou se deixar levar pelo processo, afogando-se junto, e conferir um cuidado suave, aqui entendido como uma ação que preserva a autonomia da pessoa assistida, estimulando sua participação como protagonista, assim, o socorrista reconhece que alguém está se afogando e realiza um resgate rápido e eficiente.

O Tidal Model lista, ainda, quatro principais objetivos no cuidado, a saber:

- I. O núcleo terapêutico se sustenta na comunidade, de modo que é preciso devolver a pessoa ao oceano de experiência para que possa continuar sua vida (a crise é apenas uma coisa entre muitas outras, em que se pode afogar-se).
- II. A mudança é um processo constante e duradouro - Ajudar a pessoa a desenvolver sua consciência das pequenas mudanças que eventualmente terão grande efeito em suas vidas.
- III. O Empoderamento está no centro do processo do cuidado - Ajudar as pessoas a usarem seu próprio poder para que possam cuidar melhor de suas vidas, fazendo isso de modo construtivo.
- IV. O enfermeiro e a pessoa estão unidos (temporariamente) como bailarinos em uma dança - Requer um “cuidar com” a pessoa e não um mero “cuidar da” pessoa.

No apontamento de suas reflexões, o Tidal Model assim propõe sua filosofia terapêutica: (Figura 4).

Figura 4 Filosofia terapêutica do Tidal Model

Por que isso e agora?

- O cuidado se centra sobre tudo o que a pessoa está experimentando agora e que deve fazer para redirecionar e resolver este problema.

O que poderia funcionar?

- Antes de usar técnicas especializadas e enfoques terapêuticos, é preciso identificar o que funcionou para a pessoa no passado e que poderia ser útil num futuro imediato.

Qual a teoria da própria pessoa?

- Ao invés de dar uma explicação profissional, em forma de teoria ou diagnóstico, é preciso considerar como a pessoa interpreta seus problemas e que sentido eles tem para a própria pessoa.

Como limitar as restrições?

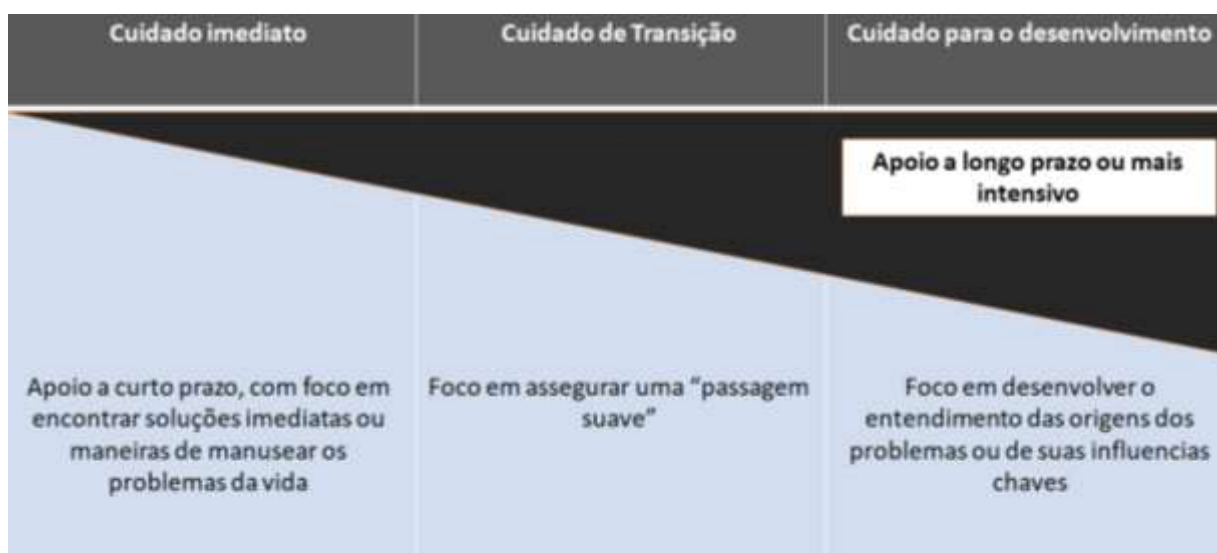
- O enfermeiro deve procurar usar os recursos menos restritivos para ajudar a pessoa a resolver suas dificuldades.

Fonte: Base de dados dos autores, 2019.

O exercício da assistência, segundo o modelo, pode se apresentar de modo mais ou menos intenso, conforme as necessidades da pessoa, para o que se construiu a ideia do cuidado *continuum*, que se estabelece em três níveis de cuidado: o cuidado primário ou imediato, o cuidado secundário ou de transição e o cuidado para desenvolvimento.

O cuidado primário ou imediato tem como foco “identificar o que é preciso fazer agora mesmo para que se possa atender as atuais necessidades”. O cuidado secundário ou de transição objetiva “identificar o que é preciso fazer agora para reduzir a probabilidade de que os problemas potenciais ou dificuldades se desenvolvam no futuro”. O cuidado de desenvolvimento ajuda a desenvolver a fundo o entendimento da pessoa acerca da natureza e função de seus problemas (BARKER; BARKER, 2007, p. 28-29). A figura 5 ilustra esse cuidado continuum:

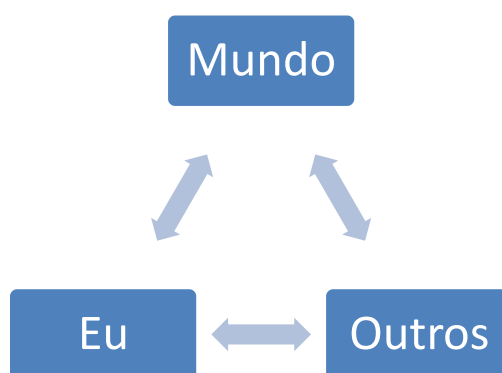
Figura 5 Cuidado continuum do Tidal Model



Fonte: BARKER P; BUCHANAN-BARKER, 2005.

A compreensão do Tidal Model acerca do modelo da pessoa é ilustrada, assim, pela ideia dos três domínios: (Figura 6).

Figura 6 Domínios do Tidal Model



Fonte: BARKER P; BUCHANAN-BARKER, 2007.

Ora, os domínios são como os domicílios das pessoas, entendendo que ora ela está em um, ora em outro. O domínio do Eu é seu lugar privado, onde vive, experimenta pensamentos, sentimentos, crenças, valores e ideias, os quais somente ela tem conhecimento. É aí que ela vivencia o primeiro momento de seu sofrimento psíquico, muitas vezes mantendo-o em segredo, motivo pelo que as pessoas são sempre um mistério uma para as outras. É por isso mesmo, que no Tidal Model tal domínio se apresenta como o centro da atenção do profissional de saúde, visando a

fazer com que a pessoa se sinta mais segura e a salvo (BARKER; BARKER, 2007, p. 28-29).

O domínio do mundo é o lugar onde a pessoa compartilha algumas experiências do domínio do Eu com outras pessoas, é seu mundo social. Quando a pessoa expõe seus pensamentos, sentimentos, crenças e outras experiências que só ela sabia, ela avança para esse domínio. É nesse domicílio que deve-se ter como foco os esforços para entender a pessoa e os problemas de sua vida, tentando ajudá-la a identificar e atender seus problemas específicos, tendo como base seus problemas diários (BARKER; BARKER, 2007, p. 28-29; SILVA et al, 2014).

O domínio dos outros é o lugar em que a pessoa interage diariamente com outras pessoas, vivencia diferentes encontros interpessoais e sociais e onde pode ser influenciada ou influenciar. É ainda nesse domicílio que ganha apoio daqueles que estão na mesma situação, mas também apoia outras pessoas, reconhecendo seu próprio valor. É nesse domínio que a prestação de cuidados profissionais e outras formas de apoio se encontram (BARKER; BARKER, 2007, p. 28-29; SILVA et al, 2014).

Toda essa compreensão de cuidado e o modelo de pessoa propostos pelo Tidal Model encontra seu ápice na ideia de que a partir da expressão da história da pessoa, através das relações de ajuda, inclusive aquelas mediadas pelo profissional de enfermagem (com ênfase na saúde mental), a vida e o ato de cuidar têm como propósito o estabelecimento de pontes, de modo que (BARKER; BARKER, 2007, p. 40):

Na saúde mental, precisamos cruzar as águas ameaçadoras da loucura para alcançar a pessoa em sofrimento. A metáfora da ponte nos lembra a criatividade e o esforço que são investidos na construção de uma ponte para se conectar com uma pessoa que pode estar alienada, isolada, ameaçada e com medo.

Apesar de o modelo das marés ter como indicação inicial o público psiquiátrico, a aplicação em parceiros no pré-natal de risco habitual parte da hipótese de que durante o ciclo gravídico o homem se coloca frente a uma série de adaptações psicológicas que, em si mesmo, pode ser entendido como uma crise de transição, isto é, como um “movimento das águas”, o que tem relação com a construção de uma nova identidade que requer apoio, seja para amenizar o risco de um adoecimento mental, seja para promover uma atenção integral, na manutenção e recuperação da saúde, não se limitando às necessidade fisiológicas.

3.1.3 Polo morfológico

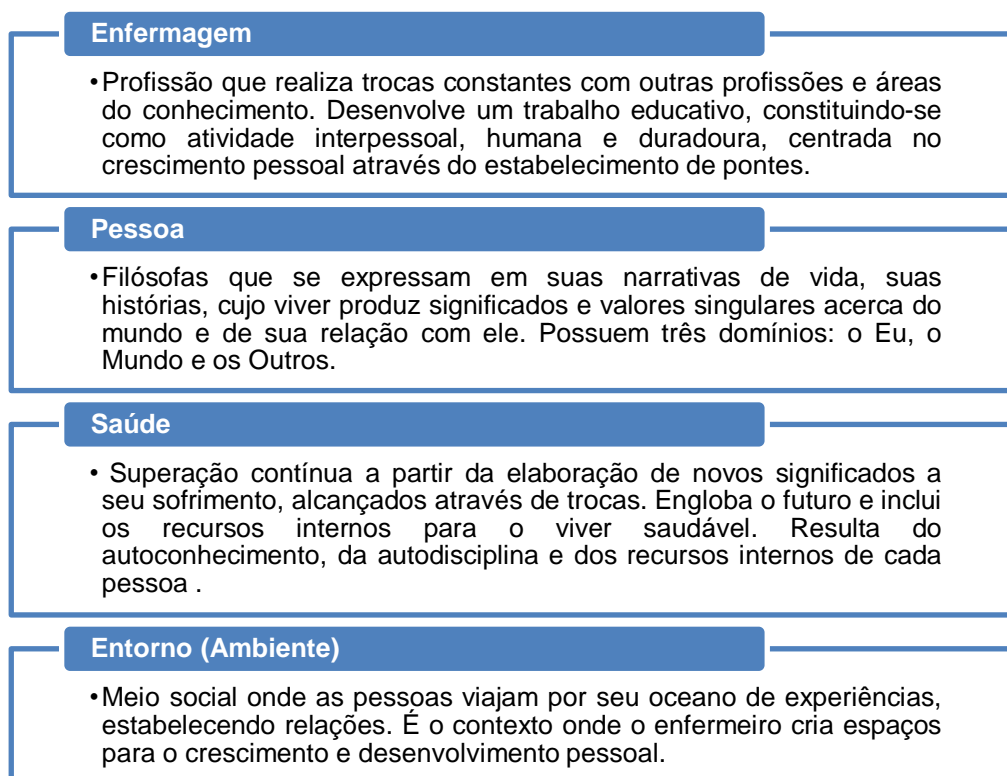
Utilizou-se o processo de enfermagem no cerne desse polo, como forma de sistematizar e operacionalizar os conceitos inerentes ao modelo adotado (OLIVEIRA; TREZZA, 2015). Para isso, percebeu-se a necessidade de um exercício que identificasse o processo de enfermagem implícito no Tidal Model.

Tal exercício assume como ponto de partida que as teorias de enfermagem foram elaboradas para explicitarem a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da disciplina, servindo como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros, e possibilitando que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área.

De uma maneira geral, as teorias de enfermagem se estruturam a partir de quatro conceitos metaparadigmáticos, a saber: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, juntos eles constituem o metaparadigma da enfermagem.

No Tidal Model, o metaparadigma da enfermagem reúne os conceitos da seguinte forma (BARKER; BARKER, 2007; SILVA et al, 2015): (Figura 7).

Figura 7 Metaparadigma do Tidal Model



Fonte: BARKER P; BUCHANAN-BARKER, 2007.

A aplicabilidade dessas teorias é feita por meio do processo de enfermagem (NÓBREGA; SILVA, 2008), instrumento metodológico do cuidar utilizado para o desempenho sistemático da prática profissional, organizando as condições necessárias para favorecer e documentar o cuidado (GARCIA; NÓBREGA, 2010; SILVA, BRAGA, 2016; silva; Nóbrega, 2008). Destacando seu enfoque holístico, o processo de enfermagem:

assegura que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para doença; apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da hospitalização; promove a flexibilização do pensamento independente; melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias (ARAÚJO et al., 1996 apud NÓBREGA; SILVA, 2008, p. 19).

Além de atuar como o instrumento profissional que guia a prática de enfermagem, fornecendo autonomia profissional e concretizando a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde da pessoa assistida (GARCIA; NÓBREGA, 2001), o processo de enfermagem tem um sentido político-legal estabelecido pela Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a qual dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (BRASIL, 2009). Esse documento elenca as cinco etapas do processo, como representado no Quadro 2.

Quadro 2 Processo de Enfermagem

<p>Coleta de dados (ou histórico de enfermagem)</p>	<p>Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.</p>
<p>Diagnóstico de enfermagem</p>	<p>Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e</p>

	que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
Planejamento de enfermagem	Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
Implementação	Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
Avaliação de enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Fonte: BRASIL, 2009.

O processo de enfermagem é usualmente sistematizado em três decisões fundamentais relacionadas ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado - esperado e alcançado (GARCI; EGRY, 2010). É desse modo que o PE, na prática profissional é apresentado como Sistematização da Assistência de Enfermagem, para o que utiliza uma taxonomia própria. No âmbito mundial, emprega-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática profissional, sendo considerada como uma tecnologia de informação (GARCIA, 2018)

As teorias e modelos de enfermagem, por sua vez, podem ser operacionalizadas pelo processo de enfermagem, ainda que contendo as etapas supracitadas, a partir de instrumentos próprios, desenvolvidos com a finalidade de melhor traduzirem suas filosofias. Com vistas a estimular o protagonismo do sujeito, a expressão de sua voz e do significado que o mesmo dá a sua história, o Tidal propõe

cinco instrumentos – Avaliação Holística, Sessões de Um, Plano de Segurança Pessoal, Avaliação Monitorizada, Trabalhos em Grupo - os quais não devem ser vistos apenas como meros questionários, mas sim, como possibilitadores de uma maior objetividade na prática de um cuidado sensível na ótica desse modelo (BROOKES; BARKER, 2011; BROOKES, 2014).

A avaliação holística é o instrumento que ajuda o profissional a assistir a pessoa na dimensão do mundo. Tem como propósito o desenvolvimento de um diálogo no qual a pessoa adquira segurança ao expor sua história, os motivos que a levaram a desenvolver o problema/adoecimento que a fez precisar de ajuda e sobre como poderiam lidar com seus problemas de vida. Sua condução deve se dar de modo a permitir a narração da história da pessoa e de seu sofrimento, dando-lhe a oportunidade de descobrir, debater, examinar e compreender sua experiência de saúde e doença (BARKER; BARKER, 2005).

O instrumento resume os dados de identificação da pessoa cuidada, a história de seu sofrimento conforme sua percepção e o sistematiza nivelando o grau de influência desses problemas em sua vida. Dá-se, basicamente, enquanto uma “anatomia” dos sentimentos, expressando, inclusive a evolução de seus problemas. Enquanto histórico de enfermagem, esse recurso é *sui generis*, no sentido em que respeita a autonomia da pessoa e lhe confere protagonismo, quando comparado aos modelos tradicionais centrados no profissional (BARKER; BARKER, 2005).

Para o exercício dessa avaliação, é importante ter em vista quatro dimensões sintetizadas pelas seguintes interrogações: quais são os problemas e necessidades atuais da pessoa? Qual a dimensão desses problemas e necessidades e o quão importante são para ela? Que aspectos da vida da pessoa poderiam ajudá-la a resolver seus problemas ou satisfazer suas necessidades? O que é necessário acontecer para que haja uma mudança? (BARKER; BARKER, 2005; BROOKES, 2014).

É no momento da avaliação holística que a pessoa assistida revela para o profissional quais são os problemas que lhe afeta, bem como quais são as pessoas, coisas e ideias que lhes são importantes; estabelece os parâmetros para identificar se seus problemas foram solucionados e o que necessita, em específico, acontecer para que haja uma mudança. É uma história viva, móvel como as marés, escrita pela própria pessoa e observada pelo enfermeiro (BARKER; BARKER, 2005; (BARKER; BARKER, 2010).

As Sessões de Um a Um atuam como uma conversa pouco formal que, assim como a Avaliação Holística, permite ao profissional assistir a pessoa na dimensão do mundo. Têm o propósito de fazer a pessoa conhecer as mudanças que estão acontecendo, estimulando-a a descobrir como ela mesma e outras pessoas podem contribuir para que essas mudanças continuem a ocorrer. Visam a desenvolver o empoderamento, permitindo que a pessoa cuidada extraia de si mesmo os recursos que pode utilizar na resolução de seus problemas (BARKER; BARKER, 2007).

Avaliação Monitorada, usado pelo profissional para assistir na dimensão do Eu, tem o propósito de ajudar a pessoa a identificar e examinar as ameaças e outras inseguranças emocionais que aumentam o risco de dano a si mesmo e aos outros. Funciona como um instrumento de avaliação da intensidade do sofrimento da pessoa, dando ao enfermeiro uma visão mais profunda do estado em que essa se encontra, além de “mensurar” sua evolução. O Modelo das Marés aponta, assim, a possibilidade de nivelar informações de natureza subjetiva, conferindo maior segurança na interpretação do estado de saúde/ doença da pessoa assistida (BARKER; BARKER, 2007).

O Plano de Segurança Pessoal, também criado para dialogar com a dimensão do Eu, ajuda a pessoa a identificar o que ela mesma e outras pessoas podem fazer para mantê-la segura frente às marés turbulentas. É a base da contribuição da pessoa em seu próprio plano de cuidados e representa um momento crítico ou um grande passo desde o “ser cuidado por” ao “autocuidar-se”. Admite-se que como as emoções tendem a ser flutuantes, esse instrumento deve ser revisado periodicamente ou mesmo diariamente, a depender do estado (BROOKES; BARKER, 2011).

Os **Trabalhos em Grupo** proporcionam cenários coletivos em que a pessoa pode compartilhar suas experiências com outras, visando a compreensão do seu valor pessoal e estimulando que as mesmas reivindicuem sua identidade. Em geral, há três tipos de grupos conforme o Tidal Model, os Grupos de Descoberta, de Troca de Informações e de Soluções. É o instrumento criado para atuar na dimensão dos Outros (BARKER; BARKER, 2007).

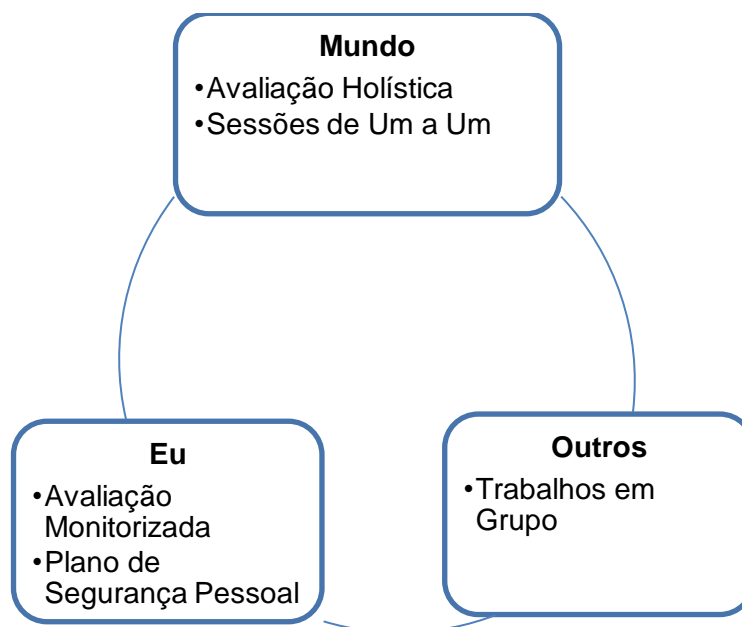
O Grupo de Descoberta concentra-se em ajudar a pessoa a conhecer e compartilhar com os outros a sua experiência de coisas importantes e significativas. O Grupo de Troca de Informações concentra-se em fornecer informações sobre qualquer questão pessoal, de saúde ou social que possa interessar a membros individuais - renda, habitação, aconselhamento jurídico, informações para ajudar a

tomar uma decisão ou simplesmente para estarem mais bem informados (BARKER; BARKER, 2005).

O Grupo de Soluções concentra-se na discussão em grupo de problemas específicos na vida, tais como: Qual é a experiência de cada membro do grupo em relação ao problema? Como eles foram afetados por este problema? Como eles lidam com o problema, como o gerencia ou de outra forma como vivem com esta dificuldade particular ou problema? O grupo é facilitado por um de seus membros, mas esse não oferece nenhum conselho ou direção. Em vez disso, os membros do grupo são incentivados a compartilhar experiências, aprender uns com os outros, se identificar com a história do outro e, talvez, começar a ver os problemas de uma perspectiva ligeiramente diferente (BARKER; BARKER, 2005).

A figura a seguir representa os seguintes instrumentos, correlacionando-os com o modelo de pessoa da teoria: (Figura 8).

Figura 8 Instrumentos e domínios do Tidal Model

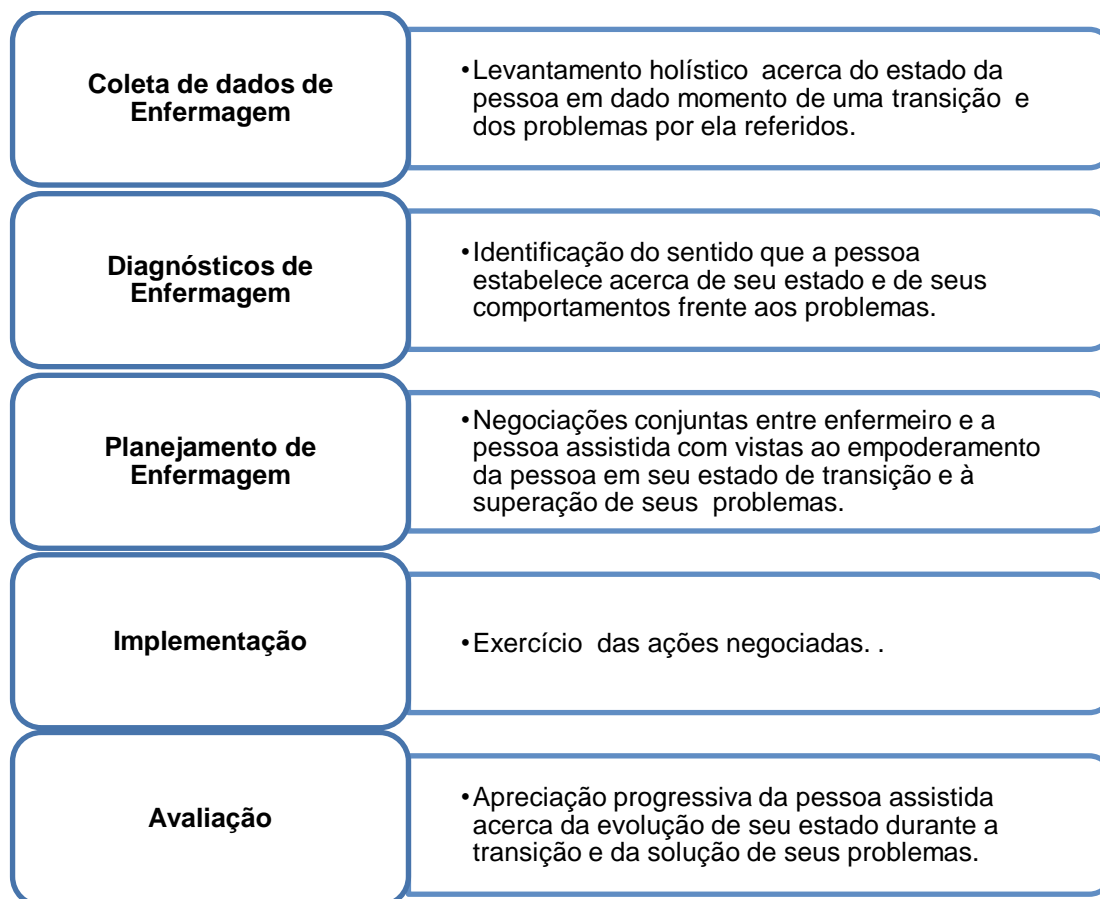


Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Compreender o processo de enfermagem do Tidal Model, portanto, perpassa por uma reflexão acerca dos instrumentos supracitados, bem como dos fundamentos ontológicos do modelo e de seus compromissos éticos (estes últimos serão tratados noutra seção). Dessa forma, depreendeu-se o seguinte entendimento após comparar

seu arcabouço teórico-metodológico e as etapas-padrão do processo de enfermagem: (Figura 9).

Figura 9 Processo de Enfermagem do Tidal Model



Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

De modo geral, qualquer dos instrumentos do Tidal Model funciona como recursos para coleta de dados, na medida em que permitem a expressão da pessoa acerca de seus problemas ao longo do processo terapêutico, segundo o contexto dela mesma. De igual modo, permitem a elaboração de diagnósticos, à medida que identificam os problemas das pessoas. Estruturam um planejamento, com a participação da pessoa e com a qual se dará a implementação. Permitem uma avaliação, gradual, de maneira conjunta e participativa. Em suma todo o processo de enfermagem é desenvolvido no exercício do Tida Model e cada instrumento pode englobar mais de uma etapa.

O Tidal Model enfatiza seu foco acerca da autonomia da pessoa assistida na medida em que orienta algumas determinações bem específicas. Na etapa de coleta de dados, desperta para a necessidade de que o enfermeiro ouça o relato como sendo

uma história pessoal, cujo início e meio foram formatados pela pessoa assistida na condição de filósofa da sua vida. Igualmente, o diagnóstico de enfermagem deve preservar do modo mais fiel possível as palavras da pessoa. O planejamento sempre deve ser pensado com a participação da pessoa assistida e o mesmo se sucede à implementação e a avaliação.

A partir desse entendimento, o processo de enfermagem foi aplicado em 15 participantes, sendo eles pai/ parceirxs identificados pelas gestantes e devidamente cadastrados no serviço, independente de idade. As seguintes unidades, as quais trabalham na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram o cenário da pesquisa: Unidade Básica de Saúde Robson Cavalcante, localizada no bairro Benedito Bentes II e a Unidade Básica de Saúde Village Campestre I, do bairro de mesmo nome.

A seleção das unidades teve em vista primeiramente uma razão prática, a saber, a necessidade de o serviço já ter adotado o pré-natal do pai/ parceiro em sua rotina, dado que o tempo para a pesquisa (ao longo do mestrado) dificultaria esse processo de implantação. Em segundo lugar houve uma razão territorial, a saber, uma relativa proximidade da unidade à universidade, visto que, caso fosse necessário a realização de alguma atividade individual ou coletiva fora do serviço, o espaço universitário funcionaria como plano B, tendo uma logística razoável para os participantes.

Houve também a necessidade de suprir uma condição estrutural, isto é, o serviço disponibilizar consultório que permitisse a operacionalização das consultas, atendendo às recomendações éticas acerca da privacidade do participante. Por fim, precisava-se contar com a colaboração da enfermeira da equipe, de modo que a unidade Robson Cavalcante já mantinha convênio com a universidade, sendo mesmo um campo de prática para a disciplina que treina acadêmicos para o pré-natal e a Unidade Village Campestre 1 também não ofereceu resistência ao desenvolvimento da pesquisa.

3.1.4 Polo técnico

A aplicação do processo de enfermagem do Tidal Model se deu por ocasião das consultas de enfermagem de pré-natal e de encontros grupais presenciais e virtuais. O levantamento de informações se deu a partir dos instrumentos do modelo

convencional de atenção ao pré-natal do pai/ parceiro integralizados com os do Tidal Model, estes últimos sofreram adaptação para a realidade do público-alvo (quadro 2)

Os instrumentos do modelo convencional estão definidos no “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde”, um importante marco no incentivo à participação do pai que consiste basicamente em 4 eixos, a saber:

- Acompanhamento nutricional e níveis pressóricos. Deu-se através de quatro instrumentos, a saber, as (1) solicitações de exames para determinar hemograma e valores como níveis de glicose, colesterol (HDL, LDL e total) e triglicérides, o que foi solicitado a todos os pais/ parceiros por ocasião das primeiras consultas, a fim de serem avaliados, preferencialmente, na primeira consulta subsequente; (2) a avaliação de pressão arterial foi realizada em todas as consultas, por meio de tensiômetro; (3) o acompanhamento nutricional foi feito, durante as consultas, através de entrevista com direcionamento do recordatório das últimas 24 horas e (4) avaliação de Índice de Massa Corporal (IMC), sendo os dados antropométricos coletados na própria unidade pelos profissionais do serviço ou pelo próprio pesquisador.
- Prevenção e diagnóstico precoce de infecções e doenças congênitas. Foram realizadas as ações de (1) atualização de estado vacinal, (2) solicitação de exames de tipagem sanguínea e (3) realização de testes rápidos para detecção de sífilis, hepatites B e C e HIV.
- Educação sobre saúde e direitos. Foram realizadas orientação e educação, à medida que surgiam necessidades específicas de cada parceiro, coletadas através da entrevista ou de exame físico. A produção de informações sobre os direitos ocorria por ocasião da primeira consulta momento em que era apresentado ao pai o cartão de pré-natal do pai/ parceiro, bem como a caderneta da gestante, onde se inserem informações sobre direitos, sobretudo a respeito da licença paternidade (de 5 dias) e do acompanhamento no trabalho de parto/ parto e pós-parto imediato.
- Paternidade ativa. Consiste em uma série de ações de educação em saúde e medidas de inclusão do pai nas consultas de pré-natal, com equidade de gênero e pluralidade da concepção masculina (BRASIL, 2016). A produção de informações, apesar de ser um dado de natureza subjetiva, teve como primeiros apontamentos, as informações acerca da participação nas consultas

da gestante, participação nas próprias consultas, culminando com o relato de participação no parto.

Apesar de menos explícito no Guia do Pré-Natal (BRASIL, 2016), a PNAISH e a Política Nacional de Saúde Mental apontam para mais um eixo que precisa ser considerado pelo profissional de saúde nas consultas, a saber, a Redução de Danos (RD), o que segundo FONSECA (2013), é bem mais que uma estratégia, sendo mesmo uma proposta ética, outra forma de se relacionar com a pessoa assistida, permitindo a expressão de sua autonomia, de maneira horizontal, não impondo saberes, mas sim, dialogando a partir do saber do outro sobre seu corpo e seus limites.

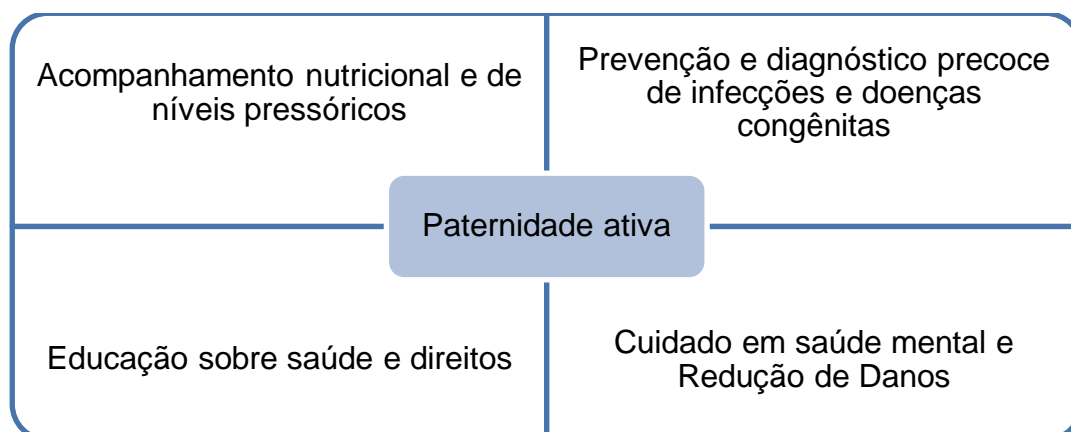
Na Política de Saúde Mental, a RD surge como uma alternativa ao antigo método moralista da abstinência total, sobretudo no cuidado a pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. A RD incentiva a adoção de medidas criativas para negociar com a pessoa assistida, bem como educá-la a fazer um uso menos nocivo das drogas, caso tenha optado por fazer uso, ainda que conhecendo seus riscos. No pré-natal do pai, essa estratégia pode ser útil para amenizar o impacto do uso do tabaco na gestação ou mesmo a violência decorrente do álcool (FONSECA, 2013).

Ampliando esse eixo para a categoria de ações de saúde mental, compreende-se que não apenas tem necessidades decorrentes do uso de drogas, mas sim outras em decorrência do processo de transição para a parentalidade, tais como, ambivalência afetiva, elaboração do apego, redefinição da identidade de homem e esposo para pai, aceitação de novas identidades, além de que as adaptações emocionais da gestante (alterações de autoestima decorrente de mudanças corporais, oscilações de humor, estresse em detrimento de náuseas ou alterações de sono) também podem afetar o parceiro, bem como a prática sexual na gestação (MALDONADO-DURÁN; LECANNELIER, 2011; BRASIL, 2013).

O eixo de RD e saúde mental, conforme o modelo convencional, consistiu na identificação do histórico pessoal (e familiar) sobre transtornos mentais e uso de drogas, seguido de ações de Redução de Danos,

Em suma, os eixos do pré-natal do pai/ parceiro, conforme essa visão ampliada e com destaque para o eixo central (paternidade ativa) podem ser representados conforme a figura 11 a seguir:

Figura 10 Eixos do pré-natal pai/parceiro



Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Os instrumentos do Tidal Model (ANEXO D-G) tentaram manter à medida do possível, os objetivos e a forma dos originais. A adaptação tinha em vista torná-los mais práticos correspondendo melhor aos participantes e ao contexto do pré-natal do pai (APÊNDICE A-D). O quadro 3 descreve o processo de adaptação dos instrumentos originais do Tidal Model para o pré-natal do pai/ parceiro.

A aplicação da **Avaliação Holística Adaptada** (APÊNDICE A) ocorria em dois momentos. O primeiro era um instrumento composto por 11 perguntas que tinha por objetivo geral conhecer os sentimentos do pai acerca da paternidade, a partir de uma pergunta central “quando você soube que ia ser pai, como você se sentiu?”. Para tanto, agregavam-se outras dez perguntas que ajudavam a estabelecer os diagnósticos de enfermagem, sendo duas as principais, a saber, (1) o que mudou ou vem mudando na sua vida desde que você soube que ia ser pai? e (2) dessas coisas que você me contou, quais estão lhe trazendo problemas ou necessidades?

O segundo momento se deu através de um encontro, no qual o pesquisador, após ouvir a entrevista do pai, destacava algumas falas que pudessem nortear a construção de uma combinação conjunta de ações.

A **Sessão de Um a Um Adaptada** (APÊNDICE B) teve por objetivo servir como roteiro para auxiliar na implementação das mudanças elencadas na segunda parte da Avaliação Holística. O formulário elenca respostas do pai/ parceiro e do profissional que está aplicando o instrumento, a saber, o pesquisador.

Quadro 3 Instrumentos do Tidal Model adaptados para pesquisa

	Versão original (Direcionado para a atenção em enfermagem psiquiátrica)	Versão adaptada (Direcionado para a atenção em enfermagem em saúde mental no pré-natal do pai/ parceiro)
avaliação Holística	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia com uma descrição do perfil da pessoa assistida. • Elenca 10 questões <i>historicizando</i> a pessoa em seu sofrimento psíquico. • Lista os problemas/ necessidades quantificando o grau de sofrimento/ perturbação/ controle. • Solicita que a pessoa descreva as pessoas, coisas e crenças que lhes são importantes; • Solicita que a pessoa descreva como saberá se o problema ou necessidade foi solucionado; • Solicita que a pessoa descreva que mudanças ocorreram; • Todo levantamento da Avaliação Holística é feito numa única sessão. 	<p>1ª Consulta de Pré-Natal do Pai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia com uma descrição do perfil da pessoa assistida. • Elenca 11 questões <i>historicizando</i> o homem em sua transição durante aquela experiência de paternidade, seja ou não sua primeira vez. • Lista os problemas/ necessidades quantificando o grau de sofrimento/ perturbação/ controle relacionado à paternidade. • Solicita que a pessoa descreva as pessoas, coisas e crenças que lhes são importantes; • Solicita que a pessoa descreva como saberá se o problema ou necessidade foi solucionado; <p>2ª Consulta de Pré-Natal do Pai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta uma síntese das principais falas da pessoa, para sua apreciação; • Solicita que a pessoa quantifique o grau de sofrimento/ perturbação/ controle relacionado à paternidade.
Sessões de Um a Um	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta duas colunas: uma para ser respondida pela pessoa (5 questões), outra pela equipe (3 questões); 	<p>A partir de 3ª Consulta de Pré-Natal do Pai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta duas colunas: uma para ser respondida pela pessoa (5 questões), outra pela equipe (3 questões).
Avaliação Monitorizada	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta sete questões com a finalidade de avaliar o risco de dano a si próprio; • Usado em associação ao Plano de Segurança Pessoal. 	<p>A partir da 3ª Consulta de Pré-Natal do Pai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta sete questões com a finalidade de avaliar o risco de dano a si próprio, a parceira ou o bebê. • Usado em associação ao Plano de Segurança Pessoal ou antes, caso seja notada uma necessidade especial.

Plano de Segurança Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta duas perguntas acerca do que a pessoa ou os outros podem fazer para deixá-la mais confiante e segura; • É realizado principalmente em harmonia com a Avaliação Monitorizada na avaliação do risco de suicídio. 	<p>Próximo a data provável de parto (3^a trimestre)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta duas perguntas acerca do que o pai/parceiro ou os outros podem fazer para deixá-la mais confiante e segura nesse período de parto iminente.
Trabalhos em Grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta três modalidades de grupos presenciais: (1) Descoberta, (2) Soluções; (3) Troca de Informações. 	<p>Em qualquer tempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integra os três grupos numa única modalidade (1) Descoberta integrado à Soluções e Troca de Informações. • Amplia a ideia de grupo presencial à realidade do grupo virtual <i>online</i>.

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

A **Avaliação Monitorizada Adaptada** (APÊNDICE C) compunha 8 perguntas. Sua aplicação dar-se-ia ante o risco percebido de o pai/parceiro machucar a parceira, o filho ou a si mesmo. É instrumento que pretende mensurar esse risco e referenciar o que poderia ser de ajuda, na perspectiva do parceiro, podendo ser usado em associação ao Plano de Segurança Pessoal. Durante a pesquisa, esse instrumento não precisou ser utilizado, dado ao fato de que nenhum pai/parceiro apontou para esse risco.

O **Plano de Segurança Adaptado** (APÊNDICE D) caracterizava-se por uma entrevista com foco em duas questões-chaves “O que posso fazer para me ajudar a estar mais confiante e seguro?” e o que “Outras pessoas podem fazer para me ajudar a estar mais confiante e seguro”. Foi planejado para ser aplicado nos pais-parceiros que estivessem prestes a vivenciar o trabalho de parto e parto, fornecendo-lhe segurança para esse momento.

Os **Grupos Tidal Adaptados** ocorreram em duas modalidades: presenciais e virtual. Foram realizados dois encontros grupais presenciais, abertos para a presença de casais, considerando a dificuldade de marcação com os homens e o fato de os horários de disponibilidade deles geralmente serem divergentes. O Grupo Tidal Virtual, por sua vez, consistia na criação de um espaço de troca e como possibilidade de extensão do Grupo Tidal Presencial, através do aplicativo *Whatsapp*. Atuou como cenário de liberdade para que os pais-parceiros falassem livremente sobre suas

experiências, um canal de livre expressão, compartilhamento de vivências e discussão de temas com intervenções do pesquisador apenas no sentido de proporcionar movimento e estimular o diálogo entre os participantes.

Somado a esses instrumentos, criou-se também uma Ficha de Identificação (APENDICE E), que descrevia o perfil dos participantes com alguns dados complementares acerca da gestante, da paternagem atual e os antecedentes de paternidade.

Como recurso para apreensão das informações, foi usado um gravador de voz, o que possibilitou a transcrição na íntegra e a melhor análise das entrevistas, bem como um diário de campo para registrar o cotidiano das experiências do pesquisador e os desafios da pesquisa.

No tocante à periodicidade das consultas, essa pesquisa não seguiu o preconizado pelo calendário da gestante, no Ministério da Saúde (BRASIL, 2013); ao invés disso, buscou-se que o agendamento das consultas fosse estabelecido de acordo com a disponibilidade do pai/ parceiro, ainda que em horários não determinados para esse fim nos cenários da pesquisa. Não havia, sendo assim, a expectativa de que os participantes estivessem presentes do início ao fim do fluxo previsto.

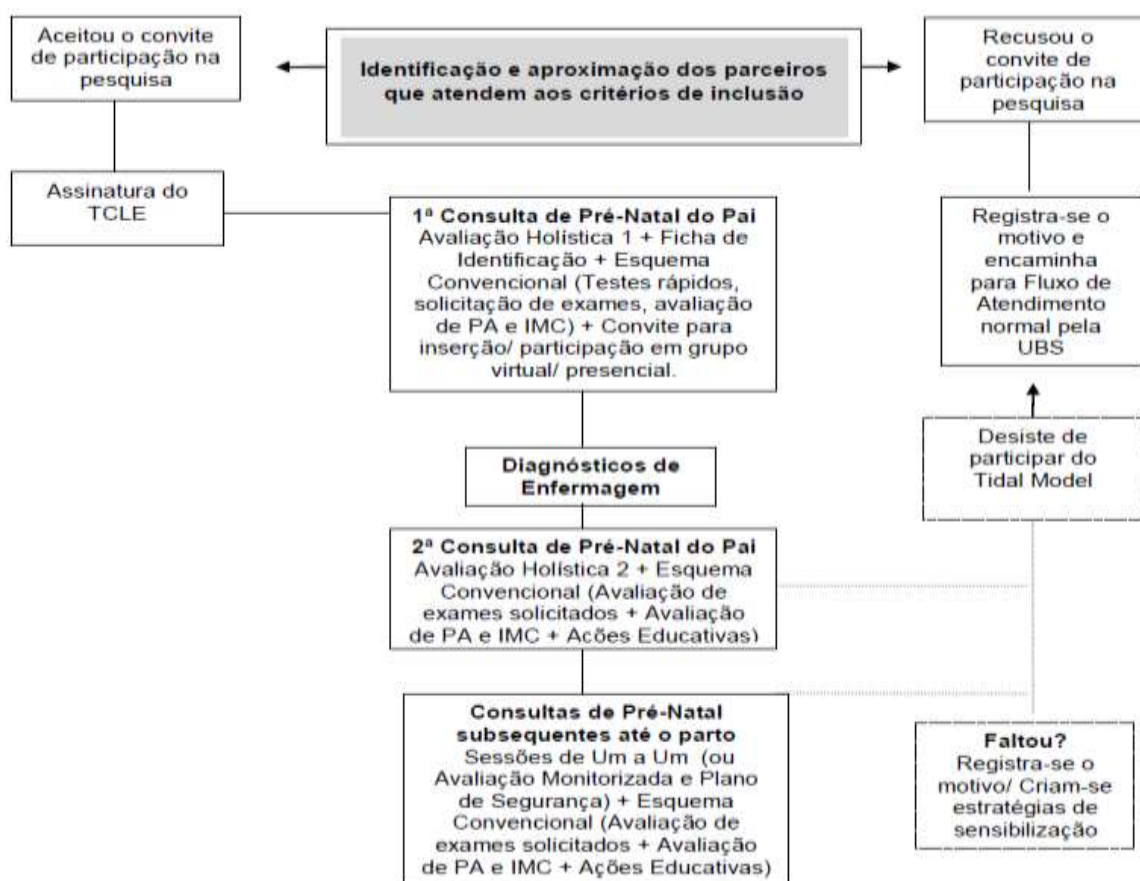
Para a identificação e aproximação dos parceiros que participaram do estudo, o pesquisador dirigiu-se à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió onde apresentou o projeto de pesquisa ao secretário e solicitou a autorização para seu desenvolvimento. Em seguida, visitou as duas unidades para as quais recebeu autorização, onde conversou com as enfermeiras, explicando do que se tratava a pesquisa, quais eram os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, e solicitou a colaboração dessas profissionais para identificá-los.

O pesquisador comprometeu-se a assumir o pré-natal do pai/ parceiro daqueles homens que atendessem aos critérios de inclusão no estudo e que aceitassem participar do mesmo. A partir de então, foram realizadas estratégias de aproximação, tais como: agendamento direto realizado pela enfermeira do serviço nas consultas de pré-natal das gestantes, agendamento após salas de espera realizadas pelo pesquisador ou após convite via telefone através de contato repassado pela enfermeira da unidade. Ao final, o estudo contou com um total de 15 participantes, considerando aqueles que participaram de ao menos uma consulta.

A coleta iniciou em abril de 2018, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e prolongou-se até novembro de 2018, observando-se, porém, que uma vez que ainda há homens cujas parceiras ainda não partejaram, as consultas seguem em andamento.

Para orientar a produção de informações neste estudo, foi construído um fluxograma em conformidade com o processo de enfermagem do Tidal Model e com a proposta do Ministério da Saúde, que agrega outros recursos às consultas de pré-natal do pai/ parceiro (figura 11).

Figura 11 Fluxograma da pesquisa



Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Como se pode depreender pela ilustração, todas as consultas foram planejadas de modo que integralizasse a metodologia do Tidal Model ao pré-natal do pai/parceiro como proposto pelo Ministério da Saúde no Guia do Pré-Natal do pai/ parceiro para profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

3.2 Aspectos éticos

Compreendendo a importância dessa seção, não apenas em seu aspecto técnico, buscou-se aqui imergir numa fundamentação ética mais profunda para o exercício dessa pesquisa, a partir de dois fundamentos, a saber, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e o Ethos da Morada no acolhimento a partir dos compromissos explicitados pelo Tidal Model.

3.2.1 Os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos

Promulgada em 2005 pela Organização Mundial das Nações Unidas, após ter contado com a participação de diversos países, dentre os quais o Brasil, esse documento aponta em seu escopo que “trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais”.

Após isso apresenta uma série de princípios, dentre os quais a dignidade humana; beneficência e não maleficência; autonomia e responsabilidade individual; consentimento; respeito à vulnerabilidade e integridade; privacidade e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não-discriminação e não estigmatização e o respeito à diversidade e pluralismo.

Atendendo ao princípio da dignidade humana, essa pesquisa buscou a todo tempo respeitar as liberdades fundamentais dos participantes em sua totalidade, garantindo-lhes que sua participação era voluntária e esclarecendo-lhes que seus interesses e bem-estar eram prioritários inclusive sobre a ciência. Foram informados de que, se por qualquer motivo desejassem não mais participar, seriam imediatamente retiradas do estudo sem ônus e redirecionados a dar continuidade com os demais profissionais da unidade de saúde.

Buscou-se atender também o princípio da beneficência e da não-maleficência, deixando claro que os benefícios obtidos pelos participantes neste estudo relacionavam-se à promoção da integralidade do cuidado a partir de consultas de enfermagem fundamentadas teoricamente no Tidal Model com foco no processo de transição vivenciado.

O pesquisado se propôs a não infligir danos ou males intencionalmente. Ainda assim, havia o risco de o participante sentir-se desconfortável e constrangido devido a expressão de narrativas de natureza eminentemente pessoal, estressado devido a

possibilidade de uma entrevista exaustiva ou mesmo frustrado por não ter conseguido cumprir os objetivos pactuados.

Houve, por parte do pesquisador, assim, o compromisso em minimizar os riscos existentes por meio do respeito aos limites, preferências, demandas e barreiras apresentadas por cada participante, e ainda, favorecendo a compreensão prévia acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo. Nos casos em que o participante demonstrou desconforto ou cansaço ele foi ouvido, seus sentimentos acolhidos e a entrevista interrompida, sendo retomada somente a critério do mesmo.

O princípio da autonomia e responsabilidade individual foi atendido à medida que se respeitava o direito dos homens de tomar suas próprias decisões no tocante a seu autocuidado, ainda que contradissesse algum dos objetivos estabelecidos em conjunto, esclarecendo, contudo, acerca de sua própria responsabilidade em danos daí decorrentes. Outrossim, foi ainda o participante esclarecido acerca dos termos de responsabilidade do pesquisador, elencados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

Tal documento teve, por sinal, sua leitura realizada individualmente, buscando-se anular quaisquer dúvidas no entendimento das informações. O único parceiro menor de idade (17 anos) foi orientado à assinatura de um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), bem como um TCLE assinado por sua responsável, após ser cientificada acerca do projeto, da mesma forma que os demais participantes. Além disso, durante o período do estudo, os participantes receberam toda e qualquer informação solicitada.

Quanto ao respeito pela vulnerabilidade humana e sua integridade, cabe elencar que durante todo o processo, o pesquisador não se aproveitou das limitações de quaisquer dos participantes, seja por razão de déficit de aprendizagem destes, seja por quaisquer outras razões, sempre se esforçando para expressar-se de modo claro, repetindo a informação logo que percebendo alguma dificuldade de apreensão.

Procurou-se respeitar a privacidade dos participantes. Todos foram informados acerca da confidência do conteúdo e de que as informações prestadas seriam de acesso exclusivo do pesquisador, não devendo haver identificação de nenhum deles nos casos em que parte de suas narrativas sejam utilizadas como dado científico, optando-se por uma codificação.

Compreendendo que a pessoa no Tidal Model é, antes de tudo, sua história. Como forma de apresentar a identidade de cada um, foi estabelecido um código

representado pelas letras Nv, que faz alusão a palavra “navegante”, aqui entendido como “aquele que está imerso num oceano de experiências”, seguido pelo número de sua passagem na ordem de aproximação com o pesquisador.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se aparelho gravador de áudio, e posteriormente transcritas na íntegra e analisadas. As transcrições ocorreram de forma fiel à narrativa. Realizaram-se as entrevistas no cenário e horários previstos, conforme a sugestão que eles mesmos faziam, garantindo sua comodidade.

Após a defesa deste estudo os registros de áudio serão apagados, as transcrições arquivadas nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas- sala 205, Bloco D, e os resultados da pesquisa divulgados em eventos científicos da área de saúde, bem como em publicações idôneas.

Os princípios da igualdade, justiça e equidade, bem como da não-discriminação, não-estigmatização e do respeito à diversidade e pluralismo foram considerados, na medida em que os critérios para inclusão dos participantes não apresentavam quaisquer formas de discriminação, seja de etnia, sexo, orientação ou de qualquer outra natureza, bastando apenas que tivessem um cadastramento formal na unidade de saúde.

Por fim, o projeto dessa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, através da Plataforma Brasil, sob o CAAE 83273917.2.0000.5013 (Anexo A), e respeitou os princípios éticos propostos na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.2.2 Ethos da Morada e acolhimento nos compromissos do Tidal Model

No âmbito fenomenológico, a experiência é alteritária. Dá-se com outro. É nesse sentido que a ética é percebida não meramente como “ἔθος” hábito, sentido ou uso, mas como morada, “ἦθος”. O ethos assim reveste-se como casa, pertencimento, como uma relação com o outro que permite a ambos um encontro, identificação, aos entes a liberdade de suas expressões, o movimento de seus mistérios que não precisam ser develados, mas compreendidos (SAFRA, 2004).

É nesse entendimento, que emerge o conceito de instante eterno. O encontro na fenomenologia deve oportunizar o paradoxo entre o finito e o infinito. Configura-se como o momento não pautado no tempo em que o eu e o outro estão conectados e

se percebem como numa morada. A ética nesse conceito não carece de eludicações, normas, racionalizações, nem se apresenta como posturas ou modos de ser, mas tão-somente como um permitir-ser. Na ética da morada, o outro tem a relação como um quadro em que não importa o perímetro da moldura, mas sim a infinidade de possibilidades que podem ser pintadas, conjuntamente, em seu conteúdo. A eternidade, assim, não é um Absoluto de fora, mas tudo o que constitui o ser (MAFFASOLI, 2003).

A relação, porém, não é livre de tensões. Na verdade, as tensões, conflitos e até os traumas são constitutivos do ser. É a expressão desse movimento de contato com o mundo e com o eu interior. Não obstante, experienciar o sofrimento (ou mesmo o adoecimento) permite criar novas possibilidades de revelação frente ao teatro da vida e o sofrer (*pathos*) é sempre um movimento que se dá com o outro, que se compartilha com o outro, opondo-se à dor, a qual, sim, se mostra como experiência individual, de solidão e de abandono (BIRMAN, 2003).

A relação enfermeiro-pessoa assistida, assim, é um movimento, uma dança, que pode haver conflitos, tensões, mas que vê isso como harmonia. O enfermeiro, promove cuidado enquanto dá ao outro a liberdade de estar com ele, sendo ele mesmo, promovendo identificação, pertencimento, gerando na pessoa assistida e, conseqüentemente no enfermeiro (porque afetação é reciprocidade) a sensação de que ambos, naquele instante, eterno instante, são infinitos e estão habitando a mesma morada.

A esse movimento de dança, de morada, algumas teorias de enfermagem deram o nome de relação interpessoal, destacando a profissão como um processo interpessoal que envolve a interação de dois ou mais indivíduos com uma meta comum, os quais se respeitam mutuamente, crescem e aprendem juntos. Nessa perspectiva, a pessoa assistida, assim como o enfermeiro, tem estruturas biológicas, psicológicas, espirituais e sociológicas singulares, que não irá agir, responder, da mesma forma que outros nem de modo igual com pessoas diferentes. Cada relação produz afetações exclusivas, intransferíveis e não passíveis de reprodução (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

É assim que o Tidal Model, influenciada, pela Teoria do Relacionamento Interpessoal entende que o enfermeiro e a pessoa assistida estão a todo tempo exercendo um balé e, em outra metáfora, exprime que aquele que cuida é também um *salva-vidas compreensivo*, isto é, alguém que socorre o outro, ofertando-lhe um

apoio rápido e eficiente, de modo equilibrado, compartilhando parte de sua experiência, sem afogar-se junto, de modo suave, permitindo que o outro exercite sua autonomia (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

O Tidal Model assume o processo relacional, o encontro, como um instante infinito, eficiente, apesar de rápido. Entende, que ao estar com a pessoa assistida enquanto essa navega sobre ondas traumáticas, está-se compartilhando o sofrimento, evitando que gere dor. Tal ação é de natureza essencialmente pedagógica caso se considerar que é o enfermeiro quem está aprendendo com a história da pessoa assistida, pois o outro é, na verdade o autor de sua história, de seu sentido da vida, pois sua existência precede a essência (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005; SANTOS; CLOS; SILVA, 2005).

Baseia-se em valores ou compromissos que correspondem à experiência humana e que ajudam nas relações interpessoais, demarcando um teor fenomenológico de morada à relação entre o enfermeiro e a pessoa assistida. Integram-se a isso, competências que revelam de forma prática o exercício dos valores. Atentar-se para essa proposição do teórico da Tidal Model oportuniza uma compreensão mais clara do exercício da ética da morada e para outro conceito que se desdobra a partir dela, o acolhimento.

O primeiro dos dez compromissos está no valor da voz. Remete ao fato de que o encontro [de ajuda] tem como início e fim a história de sofrimento da pessoa, o que abarca também sua esperança por resolução. No Modelo das Marés, entende-se que as histórias precisam ser narradas, compreendidas pelo enfermeiro. Há, para tanto, duas competências que precisam ser levadas em consideração, a saber, quem ocupa a tarefa de cuidar precisa demonstrar a capacidade de escutar ativamente, e ao mesmo tempo deve ajudar a pessoa assistida a registrar esse relato com suas próprias palavras, como parte do desenrolar do processo de cuidado (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005; SANTOS; CLOS; SILVA, 2005).

Num olhar fenomenológico, depreende-se que essas histórias são, acima de tudo, um sentido que está sendo dado ao sofrimento, o qual, por sua vez, atrela-se à esperança acerca disso. No processo terapêutico, as pessoas que cuidam, especialmente o enfermeiro, não podem desleixar ou sobrepor a esse constructo singular; outrossim, não devem dissecar ou dominar esse mistério, ressignificando a narrativa da pessoa cuidada. A história da pessoa é a história da pessoa. Não há sinônimos para suas palavras. O sofrimento teve início quando elas acreditam que foi

o começo e o fim dar-se-á quando alcançarem o plano de esperanças por ela estabelecido (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

As estratégias de cuidado convencionais têm se afastado dessa verdade na medida em que silenciam o outro, imprimem sentidos técnicos às suas histórias, falam pela pessoa cuidada, dirigem rigidamente às consultas e entrevistas, ou seja, os encontros, de modo que aquele instante que deveria ser eterno, inesquecível, por vezes se revela insatisfatório. Os profissionais de saúde parecem desejar o tempo todo dominar sobre a terapia, sobrepondo à fala do outro e registrando-a com expressões duras, científicas, racionalizando excessivamente e mecanizando um encontro que deveria se dar de maneira suave.

Continuamente a esse primeiro compromisso, o próximo valor a ser considerado pelo enfermeiro é o respeito à linguagem, isto é sua maneira única de narrar sua história, apresentando aos outros o que ela mesmo estabeleceu como o vivido. Para tal, cabe ao assistente, competências como ajudar o outro a estabelecer esse tipo de expressão em sua linguagem, bem como por meio de metáforas, anedotas e histórias pessoais. Trata-se da provisão de um cenário onde a pessoa assistida é livre para descrever sua vida, como uma obra, em seu próprio modo poético de ser, sua poésis (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005; SANTOS; CLOS; SILVA, 2005; SAFRA, 2004).

O Tida Model recomenda que o enfermeiro se converta como aprendiz, atentando junto à pessoa assistida o que deve fazer e o que de fato funciona. As competências para tal são desenvolver um plano de cuidados baseado nas necessidades, requerimentos e desejos expressos pela pessoa, bem como ajudar a pessoa a identificar problemas específicos de sua vida e o que deveria fazer para solucioná-los. Dessa forma, a enfermeiro permite ao outro que se revele, se apresente, ao passo que a anamnese evolui de esquadrinhamento para apreciação (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

Recomenda também que se utilizem as ferramentas possíveis, descobrindo junto à pessoa assistida o que tem funcionado outras vezes e o que acredita que pode cooperar com sua melhora; compete assim ao profissional ajudar a pessoa a desenvolver seu conhecimento no tocante ao que dá certo ou não quanto aos problemas, bem como de que modo outras pessoas poderiam contribuir. Nessa perspectiva, há um estímulo à serenidade, isto é, no amadurecimento de que a

realidade que está posta não é limitante (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005; NIETZSCHE, 2014).

Outra postura que o modelo propõe é a habilidade de dar um passo adiante, isto é, o trabalho junto para construir a próxima atitude, tendo como alvo a meta final; para tal, o enfermeiro deverá ajudar o outro a identificar que tipo de mudança representaria esse passo e o que poderia fazer num futuro imediato em direção a esse alvo (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005). É por assim dizer um foco no aqui e no agora, almejando passos objetivos, claros e possíveis. Promove assim uma visão acerca do tempo que procura respeitar a velocidade da pessoa em detrimento da velocidade do sistema (KHEL, 2015).

Corroborando com esse compromisso, outro de natureza similar, a saber, dar tempo ao tempo, em que o profissional ajuda a pessoa a ser consciente de que se está dedicando um tempo importante para resolver suas necessidades específicas e que reconhece o valor do tempo que a pessoa dedica ao processo de avaliação e de recebimento de cuidados (SANTOS; CLOS; SILVA, 2005). O enfermeiro deve dar a esse tempo a condição de instante eterno, ou seja, oportunizar que esse encontro permita à pessoa assistida sentir-se pertencida, acolhida (MAFFASOLI, 2003).

Nessa dinâmica, o acolhimento se coloca não apenas como um atendimento, uma estratégia, mas como uma proposta ética [da morada]. Torna-se um espaço de horizontalidade, de troca de experiência, de igualdade, de compartilhamento, um modo de trabalho pautado numa ética da relação que evoca valores como autonomia no diálogo e corresponsabilidade entre os entes envolvidos, que inclui dimensões como o sigilo, promoção de atmosfera acolhedora, disponibilidade e flexibilidade, guardando similaridade com a proposta de Redução de Danos (FONSECA, 2012).

O Modelo das Marés evoca também a necessidade pelo enfermeiro de uma curiosidade autêntica, na qual há um real interesse pela história da pessoa, que pressupõe o debruçamento sobre detalhes que possibilitam sacar o desenrolar da história do adoecimento; contudo, deve ser uma competência profissional permitir que essa transmissão dê-se em seu próprio ritmo, como marés flutuantes (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005). Deixar a pessoa desvelar sua obra não esgota o mistério, pelo contrário, faz com que ele exista, expondo sua singularidade e personalidade.

O teórico das marés valoriza a ideia de que a mudança é constante, ou seja, fluida. Pessoa assistida e enfermeiro estabelecem uma relação que não se dá de

modo estático, rígido, tampouco assustadoramente imprevisível, mas sim, de natureza móvel, em que compete ao profissional ajudar a pessoa a desenvolver a consciência sobre as mudanças sutis nos pensamentos, sentimentos e ações; bem como a compreensão de como ela mesma e os outros a afetam ou são afetadas por ela. Afinal, o encontro é trágico, no sentido nietzschiano de aceitação da diferença, do limite; alegre em sua natureza ontológica (NIETZSCHE, 2012).

Ainda de modo bastante otimista, esse modelo estimula que o encontro com a pessoa assistida seja marcado pela revelação da sabedoria pessoal. Compreende que a pessoa enquanto escreve sua história desenvolve um profundo autoconhecimento, sendo a tarefa de o enfermeiro ajudar a pessoa a identificar e desenvolver consciência de seus pontos fortes e fracos, auxiliando-a a adquirir confiança em si mesma e em suas habilidades (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005; SANTOS; CLOS; SILVA, 2005).

A permissão de que a pessoa revele sua sabedoria pessoal se configura como um norte importante para a promoção de autonomia, corroborando com outras teorias e modelos de enfermagem que estimulam a expansão da consciência, o fortalecimento do autocuidado e a sacação de condições favoráveis ao adoecimento durante o experienciar da doença ou de um processo de transição (TREZZA, 2002). A autonomia é vista, assim, como um espaço de florescimento pedagógico, no qual a pessoa assistida se encontra na posição de mestra no ensino de sua história.

Completando um conjunto de compromissos propostos, o Tidal Model orienta que a relação pessoa assistida-enfermeiro está baseada na confiança. Retoma-se, assim, a natureza de ética da morada. Confiar está para além da preservação de segredos, está na permissão do mistério, na expressão do outro, espaço onde a pessoa assistida pode se permitir ser quem é. Confiança enquanto aliança comum, permitindo o que Barker chama de a dança entre enfermeiro e pessoa assistida, tal como um casal de bailarinos, com passos harmônicos (SANTOS; CLOS; SILVA, 2005).

Nesse íterim, é assegurado à pessoa que ela esteja ciente do propósito de todo o processo de cuidado, inclusive assegurando que a mesma receberá cópia de todos os documentos, avaliações e do plano de cuidados (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005). A transparência nesse modelo promove uma assistência que não se configura paternalista, mas que compreende a co-responsabilidade de quem está

sendo cuidado, exaltando que o núcleo central está na relação e não, na enfermidade em si.

Evoca que o cuidado, antes de tudo, pauta-se numa relação que permita a morada do outro, sendo quem é. Vê-se que há traços de convergência entre a ética da morada e os compromissos e competências do Tidal Model, o que se relaciona à sustentação teórica de natureza fenomenológica de ambas. Tais aproximações permitem ampliar o conceito de acolhimento e fortalecer no profissional de enfermagem a convicção de que as relações interpessoais têm caráter terapêutico, devendo ser o ponto de partida para uma assistência qualificada e sensível, com vistas ao fortalecimento da autonomia.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados será feita de modo a considerar as etapas do processo de enfermagem na linguagem metafórica do modelo das marés, a partir da compreensão de que os pais/ parceiro estavam embarcando numa viagem nas águas da paternidade com os remos do Tidal Model.

Dessa forma, utilizar-se-ão os termos ondas, marés, ilhas e icebergs para expressar alguns sentidos da experiência de alguns pais ou mesmo a forma como estavam vivenciando o processo gestacional. As ondas, que se referem as águas em movimento (BECHARA, 2011) aqui serão relacionadas aos sentimentos do pai/ parceiro frente aquilo que está (medo ou felicidade). Marés, que remonta ao fenômeno cíclico de elevação ou rebaixamento das águas (BECHARA, 2011) aqui será usada de forma distinta às ondas, para se referir aos ciclos de desafios que atravessa ao longo da viagem (dúvida ou desconhecimento)

Para além das ondas e das marés, numa navegação também é comum que se encontrem ilhas, extensões de terra em meio às águas, aqui entendido como locais de isolamento ou refúgio (BECHARA, 2011). No Modelo das Marés, as ilhas são cenários, ideias, pensamentos para onde a pessoa em crise recorre, como um local (ou estratégia) de segurança. Em princípio, uma ilha, enquanto mecanismo de defesa, pode soar benéfica, mas em longo prazo pode trazer prejuízos, uma vez que emperra o desenrolar da viagem. Já os icebergs serão utilizados para representar situações com as quais se deparam na sua relação com os outros, que podem ser entendidas como barreiras.

Por sua vez, considerando o compromisso do Tidal Model de que é preciso utilizar as ferramentas disponíveis, identifica-se nesse modelo teórico que enquanto atravessa as ondas, marés e ilhas, os pais/ parceiros farão uso de uma bússola como uma espécie de guia, que ele acaba descobrindo ter, ao longo do processo. O enfermeiro nessa perspectiva se coloca como o salva-vidas compreensivo, oferecendo um cuidado suave com vistas aos três níveis de cuidado propostos pelo Tidal Model.

4.1 Apresentando os navegantes que embarcaram no pré-natal do pai/ parceiro

O pai/ parceiro Nv1 tratou-se de homem, de 35 anos, universitário, casado. Morava com sua esposa, de 39 anos, e que, tal como ele, estava na primeira gestação.

Durante o período de acompanhamento, ele estava desempregado. Relatou que, apesar de sua parceira não ter sonho e desejo pela maternidade, a paternidade foi algo que ele sempre quis e por isso a convenceu no planejamento da gravidez, a qual no momento ambos desejavam. Tratava-se de uma gestação de alto risco, mas não suficiente para fazê-lo perder o sonho de conhecer a menininha para quem contaria as histórias do “rato branco”, personagem que criara exclusivamente para ela, narrando suas peripécias da infância. A aproximação com o mesmo se deu através de um encontro ocasional com sua esposa, ainda no dia em que o pesquisador conversava com a enfermeira sobre a possibilidade de realização da pesquisa na unidade.

O pai/ parceiro Nv 2 tratou-se de um jovem, de 24 anos, com ensino médio completo, que trabalhava como agente penitenciário. Vivia em união estável com sua parceira de 18 anos, que tinha outras duas filhas (3 anos e 1 ano), de pais diferentes. Já era pai de um garoto de 3 anos, que teve com a ex-companheira. Esse garoto já havia morado com ele parte da infância, inclusive:

Ele até me chamava de mãe. Às vezes na rua ele me chamava de mãe e os caras diziam ‘ôxe, véi, que pôrra é isso?’ (Nv 2)

Mas no momento da entrevista, relatou que o menino já havia voltado a morar com a mãe. Apesar de não terem planejado a gravidez atual, relataram que a desejavam. Sua aproximação se deu através do agendamento da enfermeira da unidade de saúde.

O pai/ parceiro Nv3 tratou-se de um jovem, de 19 anos, universitário, que trabalhava como operador de telemarketing. Vivia em união estável com sua parceira, de mesma idade, na casa dos pais desta. Ambos eram primigestos. Relatava que nem tinha esperança de ser pai de um filho dela, porque sua companheira tinha histórico de endometriose; por isso mesmo, desejavam a gestação, apesar de não terem planejado. A aproximação se deu através do agendamento da enfermeira. Durante todo o período da pesquisa até a presente data, esse casal, sobretudo a parceira, mantém contato constante com o pesquisador, compartilhando várias dúvidas e experiências vividas na gestação; inclusive após um grupo Tidal realizado pelo pesquisador, a mesma enviou uma mensagem dizendo o seguinte:

Só um feedback!! Entendo agora os motivos no qual o Nv3 elogiou você, para mim. A palestra de hoje foi ótima, e você me fez chegar a certos pontos que eu não tinha parado para pensar [...] eu diria que o seu projeto irá tornar o sonho de 'família' real, para muitos lares (Enviado em 01 de agosto de 2018, após a realização de um Grupo Tidal).

O pai/ parceiro Nv4, também indicado pela enfermeira, tratava-se de um homem de 36 anos, porteiro, casado com a mãe de uma menina de 4 anos, sua enteada. Considerava-se como um pai para a garotinha que segundo ele seria tratada “com o mesmo amor e carinho” depois que a outra menina nascesse; por sinal, sua euforia pela chegada dessa segunda garota jorrou águas literais pelos olhos, encharcados ao ver sua filha, desejada e planejada por ele e por sua companheira, pela primeira vez pelas lentes da ultrassonografia, de tal modo que a médica assim reagiu “Cara, você já está chorando?”. Para ele não era apenas uma criança, era um sonho que ele sequer conseguia descrever em palavras:

Tem momento que a ficha não caiu ainda que eu vou ser pai, ta entendendo? Tem momento que eu olho assim pra barriga dela e começo a alisar a barriga dela e penso “cara será que isso é realidade?”. Mas hoje eu me sinto muito realizado. Só de você olhar assim que vai ser pai, é uma coisa muito gratificante, que eu me sinto muito feliz. Você ver é meu filho, cara, meu filho que vai nascer. Tem nem palavra, eu só imagino na hora que ela for ter, que eu quero estar lá perto dela (Nv 4).

O pai/ parceiro Nv 5 tratava-se de um de jovem navegante, de 24 anos, agente administrativo, tendo estudado o médio completo. Sua parceira, mãe de um menino de oito anos e de uma menina de 3 anos, ambos de pais diferentes, era retratada por ele como alguém mais experiente nas marés da gestação, para quem ele disse que “vai ter que me ajudar a segurar o barco”, afinal não foi uma viagem planejada, apesar de desejada. A aproximação com ele se deu através de agendamento da enfermeira.

O pai/ parceiro Nv 6, também agente administrativo, de 42 anos. Era mais experiente que a parceira. Sendo já pai de um casal de adolescentes (16 e 14 anos), de um primeiro casamento, considera-se um navegante calmo, porque, segundo ele, “se não for assim, o cara pira o cabeção”. Sua viagem não foi planejada, mas ambos desejavam, afinal era o primeiro filho de sua companheira, cerca de dez anos mais jovem e que fez o convite para o marido participar do pré-natal, por recomendação da enfermeira.

O pai/ parceiro Nv 7, era um jovem mecânico de 21 anos, com ensino médio completo. Sua parceira, cinco anos mais velha, estava com ele na primeira gestação, não-planejada, mas desejada, a qual descobriu através de um exame de farmácia dado na unidade de saúde. Revelava que sua preferência em ser pai de menina, era para poder dar a ela o mesmo que sua mãe lhe deu. A aproximação com esse pai se deu através de um grupo na unidade, pois até então ele havia acompanhado a esposa nas duas consultas dela, mostrando-se participativo.

O pai/ parceiro Nv 8 era um jovem de 21 anos. Estudante do ensino fundamental, em união estável com uma garota de 15 anos. Não planejavam a gravidez, mas imaginava que era algo que poderia ocorrer, visto que se relacionavam sexualmente sem proteção. Faziam uso constante de pílulas do dia-seguinte (cinco vezes, de maio a junho). A gravidez, contudo, era desejada. Sua aproximação se deu através de uma preocupação dele com a possibilidade de um problema de saúde na região íntima, o que tinha medo de contagiar a parceira ou prejudicar o nascimento da criança. A primeira consulta basicamente teve essa preocupação como centro. Perplexo com o poder da ultrassonografia, certa feita relatou que:

Eu vou pagar para fazer outra vez esse exame, porque a emoção de ver a criança é muito grande. O cara fica emocionado. Foi a melhor coisa até agora (Nv 8).

O pai/ parceiro Nv 9, era um construtor civil de 45 anos, com ensino fundamental, há seis meses num segundo casamento, antes do qual tivera um filho (até então de 3 anos). Sua parceira também era mãe de uma menina de um ano e seis meses. Refere-se a si mesmo como um “felizardo”, porque, somando com o filho que estava na barriga, apesar de não planejado, podia agora se afirmar como “pai de três filhos”. A aproximação ocorreu através de um convite por contato telefônico, após o pesquisador conhecer a parceira dele no posto de saúde, através de uma sala de espera.

O pai/ parceiro Nv 10 é o mais jovem do grupo, com seus 17 anos de idade. Sua parceira, com quem vive em união estável, também é jovem, 15 anos. Ela empregada, ele desempregado. A mãe dele, sua responsável, referia que ele tinha histórico de transtornos mentais e uso de droga; afinal ela, com história de depressão, dizia que o transtorno mental era recorrente nas duas linhagens de Nv10. O contato se deu através de agendamento com a enfermeira, mesmo com uma aproximação difícil, com várias ausências nas consultas e visita domiciliar mal sucedida.

O pai/ parceiro Nv 11 era um jovem, de 21 anos, com ensino médio completo. Casado com uma moça, com a qual já tinham um filho de 2 anos, estavam embarcados numa gestação não planejada. Sua preocupação era dar conta do novo estabelecimento que abriera, agora com a chegada de mais uma criança. Apesar de não conseguir acompanhar a esposa em todas as consultas, seu outro filho o representava, de tal modo que queria até mesmo mexer no sonar para ouvir o batimento do irmão com quem logo, logo estaria a nadar junto um oceano de

experiências. A aproximação se deu através do convite à sua esposa, durante as consultas de pré-natal dela, realizada pela enfermeira da unidade.

O pai/ parceiro Nv 12 era um homem de 42 anos, auxiliar de manutenção, casado com a mãe de seus outros dois filhos, um casal de adolescentes (19 e 14 anos). Brincava dizendo que na verdade a nova e desejada criança – uma menina que ainda mergulhava no oceano do útero - deveria ter vindo das entranhas de seu filho, devendo então ser avô, e não pai, após tantos anos. Sua aproximação com a pesquisa se deu na última semana antes do parto, também durante as consultas de pré-natal de sua companheira, a quem acompanhava.

O pai/ parceiro Nv13, técnico de enfermagem, de 27 anos, era casado com sua companheira, com quem embarcava primigestamente no barco. Não poupou lágrimas ao saber que seria pai, revelando que chorou de alegria. Numa gravidez não planejada; porém, desejada, a aproximação com o pesquisador se deu através do contato telefônico, pois sua esposa, numa sala de espera, informou seu contato.

O pai/ parceiro Nv 14 era um jovem de 21 anos, com ensino fundamental, em união estável com sua parceira. Encontrava-se desempregado. Morava com seus pais, sua parceira, há sete meses, e mais cinco irmãos, num lar onde apenas sua mãe trabalhava e dava sustento a todo o grupo. Mas a chegada da nova criança, segundo ele, só não era melhor, porque ele preferia que fosse menino. A aproximação se deu através de sua parceira, que levou o jovem a unidade para a consulta, após ser informada da existência do pré-natal do pai/ parceiro por meio da enfermeira da unidade.

O pai/ parceiro Nv 15 era um jovem marceneiro, de 32 anos, com ensino médio completo, em união estável com a mãe de um garoto de 15 anos, com quem se dava bem. A gravidez não foi planejada, apesar de consciente da possibilidade, devido ao sexo não protegido. Não era a primeira vez que seria pai, pois num relacionamento anterior, quando ele tinha 18 anos, ela fizera um aborto sem lhe comunicar. O impacto para ele foi tamanho, que rompeu com a relação de imediato. A gestação atual, assim, era a possibilidade de vivenciar uma paternidade que parece não ter sido plenamente vivida no passado, pois para ele:

Acho que o maior sonho de todo mundo é ser pai né? (Nv15)

Observa-se que os pais-parceiros são homens jovens, correspondendo ao recorte estratégico da PNAISH (2009), entre 25 e 59 anos (7 pais/ parceiros), com um

maior número de casos de homens com menos de 24 anos (8 pais/ parceiros), incluindo um menor de idade. Há um equilíbrio entre aqueles que são casados (8 pais/ parceiros) e os que vivem em união estável (7 pais/ parceiros). Quanto ao grau de escolaridade, é maior o número (9 pais/ parceiros) daqueles que concluíram o ensino médio (8 pais/ parceiros). Quanto às condições de emprego, 4 estavam desempregados, 5 eram trabalhadores autônomos, 5 funcionários de empresa privada e um funcionário público, demonstrando um perfil no qual a instabilidades das condições de trabalho prevalecia.

Pelo tom de seus discursos, o desejo pela gestação e o interesse por vivenciar a paternidade de maneira mais próxima parece algo constante entre eles, ainda que não tenha sido algo planejado. Essa constatação parece contradizer algumas impressões sociais de que a maternidade é um espaço exclusivo da mulher. Suas falas apontam algumas pistas para o que muitas vezes remete a sonhos, expectativas e desafios, um campo do imaginário muitas vezes não devidamente reconhecido na atenção em saúde, histórias que precisam ser contadas, narradas, reconhecidas, em sua própria linguagem.

4.2 Apresentando navegantes que não embarcaram na viagem

Ao longo das tentativas de aproximação e convencimento, vários pais-parceiros se recusaram a participar ou não estiveram presentes na primeira consulta, mesmo após o exercício de estratégias variadas (seja pelo pesquisador, seja pela enfermeira das UBS), tais como convite direto, sensibilização das gestantes durante as consultas destas, sala de espera, convite realizado por agentes comunitários de saúde, criação de grupos na unidade de saúde e convite via telefone.

Dentre os motivos alegados que puderam ser registrados em Diário de Campo, inclui-se: indisponibilidade devido ao horário de trabalho (ainda que o pesquisador e/ou a enfermeira tenham tentado identificar outras datas), ao fato de não relacionarem que o pré-natal também é destinado aos homens, o que pode ser exemplificado pelas falas:

Por que isso agora? Não é para mulher?

Minha mulher já está indo, doutor

Houve também casos de pais/ parceiros que desconheciam a natureza do pré-natal do pai. A fala a seguir representa esse grupo

O cara tem que mostrar o negócio [genitália]?

Outras situações recorrentes foram homens que marcavam e remaravam diversas vezes a consulta, porém não chegavam a comparecer ao serviço; além de tentativas malsucedidas de visita domiciliar, ainda que em companhia da enfermeira ou de agentes de saúde.

4.3 Integralizando a coleta de dados de enfermagem

Visando estabelecer uma coleta de dados de enfermagem que se revelasse integralizada, a pesquisa somou o que pôde ser alcançado através dos instrumentos convencionais da atenção de enfermagem no pré-natal do pai/ parceiro com o que pôde ser obtido com os do Tidal Model; para tanto serão apresentados os dois movimentos da embarcação de maneira conjunta. .

4.3.1 Obtendo os dados a partir dos instrumentos do modelo de pré-natal do pai/ parceiro convencional

O quadro 4 apresenta os dados de identificação, sociodemográficos, frequência nas consultas dele e da parceira, dados antropométricos, semiológicos e antecedentes pessoais que posteriormente foram utilizados no estabelecimento de diagnósticos.

Quadro 4 Dados obtidos com os instrumentos do modelo convencional

Sigla, Idade/ Estado Civil/ UBS	Escolaridade/ Profissão	Nº de consultas de Parceiro	Peso (Kg)/ Altura (m) IMC	Pressão Arterial mmHG	Calendário Vacinação	Testes Rápidos	Histórico Parceiro / Gestante	Participação parceiro nas consultas da gestante	Uso drogas Alcoolismo/ Tabagismo
N1 35 anos. Casado UBS Village 1	Universitário / Desempregado	1ª (16/04/18) 2ª (23/04/18)	Peso: 91 Alt. 1,77 Peso: 91 kg/ Alt. 177 cm IMC: 29 Sobrepeso	P.A.: 120 x 80 P.A.: 122 x 80	Atualizado desde a primeira consulta.	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G1P0A0 / G1P0A0 DUM: 15/08/2017 IG: 36s1d (Alto risco)	Vinha participando de todas consultas da parceira. PARTO 07/05/2018 Acompanhou	Etilismo: Não Tabagismo: Não Outras: Não
N2 24 anos/ União estável UBS Village 1	Médio completo/ Agente penitenciário	1ª (16/05/18) P/2ª consulta marcou e não compareceu a 5 consultas datas: 13/06/; 18/07; 20/07;22/07e 09/08/2018 Não respondeu mais aos contatos	Peso: 69,6 Alt.: 1,83 IMC: 20,8 Peso adequado	P.A.: 110 x 70	Perdeu cartão de vacina. Foi encaminhado em 16/5/18 para vacinação.	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G2P1A2 (Filho de 3 anos de outra parceira/ G3P2A0 (Todos os filhos são de pais diferentes) DUM: 01/11/2017 IG: 28s3d	Informou na sua primeira consulta que já havia acompanhado a parceira duas vezes PARTO 12/08/2018 (Dia dos pais) Não acompanhou	Etilismo: Sim Tabagismo: Sim Outras: Não
N3 19 anos/ União estável UBS Village 1	Médio completo / Telemarketing	1ª (23/05/18) P/2ª consulta:marcou e não compareceu a 2 consultas datas: 06 e 20/06/18. 2º 12/07/18	Peso: 50,7 Alt.: 1,68 IMC: 18 Baixo Peso nas 3 consultas (50,9/ 50,1)	P. A.: 110 x 70 P.A.: 110 x 70	Não trouxe o cartão de vacina. Encaminhado para atualização. Atualizado	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G1P0A0 / G1P0A0 (Alto risco) DUM: 14/04/18 IG: 5s3d DPP: 21/01/19	Até a terceira consulta de Pré-Natal do Pai, referiu que havia acompanhado a parceira em 3 consultas.	Etilismo: Não Tabagismo: Não Outras: Não

Sigla, Idade/ Estado Civil/ UBS	Escolaridade/ Profissão	Nº de consultas de Parceiro	Peso (Kg)/ Altura (m) IMC	Pressão Arterial mmHG	Calendário Vacinação	Testes Rápidos	Histórico Parceiro / Gestante	Participação parceiro nas consultas da gestante	Uso drogas Alcoolismo/ Tabagismo
		3º 17/10/18 Consulta Casal		P.A. 110 x 70					
N4 36 anos/ Casado UBS Village 1	Médio Completo / Porteiro	1ª 23/05/18 P/ 2ª consulta: marcou e não compareceu a 2 consultas datas: 12 e 20/07/18 2ª 23/07/18 P/ 3ª consulta: marcou e não compareceu nas datas: 14 e 21/9/ e 10/10/2018	Peso: 90.2 Alt.: 172 IMC 30,5 e 30,6 Obeso Peso: 90,6	P.A.: 124 x 78 P.A.: 122 x 88	Vacinação atualizada pela enfermeira.	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G1P0A0 / G2P1A0 DUM: 13/01/18 IG: 18s6d DPP: 20/10/18	Até a segunda consulta, parceiro havia acompanhado a gestante em 1 consulta. PARTO 11/10/18	Etilismo: Raramente Tabagismo: Não Outras: Não
N5 24 anos União estável UBS Village 1	Médio completo / Agente adm.	1ª 30/05/18 P/2ª consulta marcou e não compareceu a 3 consultas datas: 13/06/; 05/09 e; 22/10/2018	Peso: 67.9 Kg Alt.: 1,68 cm IMC: 24,1 Peso adequado	PA: 112x 72	Não trouxe o cartão de vacina. Foi solicitado para próxima consulta	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G1P0A0 / G3P2A2 DUM: 08/03/18 IG: 11s6d DPP: 15/12/18	Até a primeira consulta, relata que havia acompanhado a gestante em 1 consulta.	Etilismo: Ocasional Tabagismo: Duas cartelas por semana Outras: Não
N 6 42 anos Casado UBS Village 1	Médio completo / Agente administrativo	1ª 18/07/18 P/2ª consulta marcou e não compareceu a 4 consultas datas: 15/08/ 05,19 e 21/09/2018	Peso: 81.2 Alt.: 1,74 IMC: 26,8/ 29 Sobrepeso Peso: 87,7	PA: 130 x 90	Perdeu cartão de vacina. Foi encaminhado em 18/07/18	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G3P2A0 / G1P0A0 DUM: 07/02/18 IG: 23s1d PARTO: 18/11/18	Até a segunda consulta não havia acompanhado a parceira em nenhuma consulta desta.	Etilismo: Não Tabagismo: Não (interrompido há 3 anos) Outras: Não

Sigla, Idade/ Estado Civil/ UBS	Escolaridade/ Profissão	Nº de consultas de Parceiro	Peso (Kg)/ Altura (m) IMC	Pressão Arterial mmHG	Calendário Vacinação	Testes Rápidos	Histórico Parceiro / Gestante	Participação parceiro nas consultas da gestante	Uso drogas Alcoolismo/ Tabagismo
		2º 26/09/18			para vacinação.		Não quis acompanhar		
N7 21 anos/ Casado UBS Village 1	Médio completo / Mecânico	1ª 12/07/18 P/2ª consulta marcou e não compareceu a consulta 22/08 e não respondeu aos contatos nas datas: 1,13, e 26/9 e 15/10/2018	Peso: 67.6 Alt.: 161,5 IMC: 25,9 Sobrepeso	PA: 112 x70	Perdeu cartão de vacina. Foi encaminhado em 12/07/18 para vacinação	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G1P0A0 / G1P0A0 DUM: 28/04/18 IG: 10s5d DPP: 05/02/19	Até a primeira consulta dele já havia acompanhado a esposa a todas as consultas dela (i.e. 2)	Etilismo: Ocasional Tabagismo: 1 carteira por semana Outras: Não
N8 21 anos/ União estável UBS Robson	Fundamental / Desempregado	1ª 27/07/18 2ª 14/08/18 Duas consultas foram remarcadas pelo pesquisador	Peso: 78 Alt.: 1,82 IMC: 23,5 Normal Peso: 78 Alt.: 1,82 IMC: 23,5 Normal	PA: 122 x 84	Perdeu cartão de vacina. Foi encaminhado em 27/07/18 p/vacinação	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G1P0A0 / G1P0A0 DUM: 10/06/18 IG: 6s3d DPP: 20/03/19	Até a segunda consulta, ele ainda não havia acompanhado a parceira em nenhuma consulta desta, porque ainda aguardava a primeira dela.	Etilismo: Não Tabagismo: Não Outras: Não
N9 45 anos/ Casado UBS Robson	Fundamental / Trabalhador de Construção Civil	1ª 07/08/ 18 Faltou a segunda e terceira marcação de consulta	Peso: 73 Alt.: 1,71 IMC: 25 Normal	P.A.: 130 x 90	Encaminhado para sala de vacina para atualização de vacina contra hepatite e tríplice viral.	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G2P1A0 / G3P1A1 DUM: 07/05/18 IG 13s DPP: 12/12/19	Até o momento ainda não havia acompanhado a esposa em consulta.	Etilismo: Não Tabagismo: Não Outras: Não
N10	Fundamental	1ª 22/08/18	Peso: 57 Alt.: 167	P.A.: 120 x 64	Desatualizado/	Realizou todos.	G1P0A0 / /	Até o momento havia	Etilismo: Ocasional

Sigla, Idade/ Estado Civil/ UBS	Escolaridade/ Profissão	Nº de consultas de Parceiro	Peso (Kg)/ Altura (m) IMC	Pressão Arterial mmHG	Calendário Vacinação	Testes Rápidos	Histórico Parceiro / Gestante	Participação parceiro nas consultas da gestante	Uso drogas Alcoolismo/ Tabagismo
17 anos/ União estável UBS Village 1	/ Desempregado	P/ 2ª consulta: marcou e não compareceu a 2 consultas nas datas: 12 e 20/07/18 2ª 31/10/18	IMC: 20,4;19,7 Peso adequado Peso: 55	P.A.: 120 x 68	Encaminhado para atualização em 22/08/18	Resultados não reagentes.	G1P0A0 DUM: 25/04/18 IG: 16s6d DPP: 02/02/18	acompanhado a parceira em consulta.	Tabagismo: 1 carteira por semana Outras: Histórico de uso de maconha.
N11 23 anos/ União estável UBS Robson	Médio incompleto / Pequeno empresário	1ª 21/08/18 P/ 2ª consulta marcou e não compareceu a 2 consultas datas: 11 e 02/10/2018 (perda de contato)	Peso: 47,4 Alt.: 1,68 IMC: 18,8 Baixo peso	P.A.: 110 x 70	Desatualizado/ Encaminhado para atualização em 22/08/18	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G2P1A0 / G2P1A0 DUM: 14/04/20 IG: 18s3d DPP: 21/01/18	Até o momento não havia acompanhado a parceira a consulta, apenas para o exame de USG.	Etilismo: Não Tabagismo: Não Outras: Não
N12 42 anos/ Casado UBS Robson	Fundamental Incompleto / Auxiliar de Manutenção	1º 11/09/18	Peso: 59,6 Alt.: 174 IMC: 19,7 Peso adequado	P.A.: 174 x 72	Encaminhado para atualização de vacinas: hepatite e tríplice viral.	Realizou todos. Resultados não reagentes.	G4P2A1 / G4P2A1 DUM: 02/01/18 IG: 36s PARTO: 16/09/18 Não quis acompanhar	Até o momento, havia acompanhado a parceira a duas consultas.	Etilismo: Parou há 7 semanas. Tabagismo: Não. Outras: Não.
N13	Médio completo /	1ª 04/09/18 P/ 2ª consulta: marcou e não	Peso: 58,7 Kg Alt.: 164 cm	P.A.: 110 x 70	Cartão de Vacina atualizado.	Realizou todos.	G1P0A0 / G1P0A0 DUM: 12/01/18	Acompanhou a parceira a uma consulta, nesse mesmo dia.	Etilismo: Não Tabagismo: Não.

Sigla, Idade/ Estado Civil/ UBS	Escolaridade/ Profissão	Nº de consultas de Parceiro	Peso (Kg)/ Altura (m) IMC	Pressão Arterial mmHG	Calendário Vacinação	Testes Rápidos	Histórico Parceiro / Gestante	Participação parceiro nas consultas da gestante	Uso drogas Alcoolismo/ Tabagismo
27 anos/ Casado UBS Robson	Técnico de enfermagem	compareceu a 2 consultas datas: 02 e 04/10/2018	IMC: 21,8 Peso adequado			Resultados não reagentes.	IG: 11s3d DPP: 19/09/18	PARTO 15/10/2018 Não assistiu	Outras: Não.
N14 21 anos/ União estável UBS Robson	Fundamental Incompleto / Desempregado	1ª (12/09/18) Não compareceu a 2ª consulta marcada e não respondeu mais aos contatos	Peso: 69 Kg Alt.: 171 cm IMC: 23,6 Normal	P.A 110 x 80	Desatualizado/ Encaminhado para atualização em 12/09/18	Todos foram realizados na 1ª consulta, nenhum resultado foi reagente.	G0P0A0 / G1P0A0 DUM:12/05/18 IG: 17s3d DPP: 19/02/18	Até o momento da primeira consulta, não havia participado	Etilismo Usual. Tabagismo Interrompido Histórico de outras drogas.
N15 32 anos/ União estável UBS Village 1	Médio completo/ Marceneiro	1ª 21/09/18 2ª 17/10/18	Peso: 84,1 Alt.: 173 IMC: 28,8 Sobrepeso Peso: 82,8 Kg	P.A: 120 x 80 P.A: 112 x 80	Desatualizado/ Encaminhado para atualização em 21/09/18	Todos foram realizados na 1ª consulta, nenhum resultado foi reagente.	G2P0A1 / G2P1A0 DUM: 09/07/18 IG: 14s5d DPP: 19/04/18	Ainda não havia acompanhado a parceira em consultas desta.	Etilismo: Usual. Tabagismo: Não. Outras: Não.

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

4.3.2 Pescando dados de enfermagem a partir dos instrumentos do Tidal Model

A aplicação dos instrumentos adaptados do Tidal Model no pré-natal do pai-parceiro, ao longo das consultas está representada no quadro 5.

Quadro 5 Instrumentos do Tidal Model aplicados nos pais/parceiros

Aplicação dos instrumentos do Tidal Model nos pais/ parceiros	
Avaliação Holística (Parte 1)	Todos os participantes (N1-15)
Avaliação Holística 2 (Parte 2)	Nv1, Nv3, Nv4, Nv6, Nv10, Nv15
Sessão de Um a Um	Nv3
Avaliação monitorada	----
Plano de Segurança Pessoal	Nv12
Os Grupos Tidal (Presencial)	Nv5, Nv7
Os Grupos Tidal (Virtual)	Todos os participantes (Nv1-15)

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Observa-se que os instrumentos que puderam contar com a participação de todos os pais/ parceiros foram a avaliação holística (parte 1) e o Grupo Tidal Virtual. A primeira, devido ao fato de sua aplicação se dá logo na primeira consulta; já o segundo pela praticidade, uma vez que se tratava de um instrumento acessível, com maior controle dos pais/ parceiros que os demais, podendo ele mesmo estabelecer sua disponibilidade, diferente dos grupos presenciais, que teve como maior dificuldade o estabelecimento de encontros que permitisse simultaneamente a presença dos pais/ parceiros.

Os instrumentos que se davam ao longo das consultas subsequentes (Avaliação Holística parte 2 e Sessão de Um a Um) foram gradativamente tendo menos adesão, uma vez que a participação dos pais/ parceiros ia diminuindo ao longo das consultas. Já os instrumentos circunstanciais (Avaliação Monitorada e Plano de Segurança Pessoal) também tiveram uma aplicação relativamente baixa, uma vez que também carecia da maior adesão dos pais parceiros nas consultas subsequentes.

4.3.3 A experiência de realização de coleta de dados entre os instrumentos do modelo convencional e o Tidal Model

De maneira geral, a realização de coleta de dados de enfermagem a partir dos instrumentos do modelo convencional e do Tidal Model conferiu certo significado para

as consultas. Do ponto de vista prático, o maior ganho tem a ver com a possibilidade de tornar a consulta menos subjetiva. É nesse sentido que no ato da avaliação holística, quando questionados acerca do que achava que o enfermeiro (pesquisador) poderia fazer para ajudar, vislumbravam-se mais os aspectos materiais, do modelo convencional, que os aspectos imateriais do Tidal Model, como expressa o pai/parceiro Nv 7:

Acho que a ajuda que espero do posto e no caso do senhor é esses exames, né? Porque faz tempo que não faço essas coisas, aí é bom fazer (Nv 7)

4.4 Relações entre diagnósticos de enfermagem e os sentidos da experiência gestacional do pai/parceiro a partir do Tidal Model

A integralização entre os instrumentos do modelo convencional e do Tidal Model geraram diagnósticos de enfermagem e ampliou a compreensão sobre os sentidos da experiência gestacional na narrativa do pai/parceiro, conforme apresentado no quadro 6.

Quadro 6 Diagnósticos de enfermagem obtidos pelos instrumentos do modelo convencional e os sentidos da experiência gestacional do pai/parceiro a partir do Tidal Model

Diagnósticos de enfermagem obtidos pelos instrumentos do modelo convencional
<p>Eixo: Acompanhamento nutricional e de níveis pressóricos</p> <p>IMC em nível aumentado- obeso (Nv 4) IMC em nível aumentado- sobrepeso (Nv 1, Nv 5, Nv 7, Nv 15) IMC em nível diminuído – baixo peso (Nv 2, Nv 3, Nv 11) Hábito alimentar alterado (Nv 3) Nível pressórico aumentado (Nv 6, Nv 12), Níveis de sódio aumentado (Nv 11), Níveis de glicose aumentado (Nv 11)</p>
<p>Eixo: Prevenção e diagnóstico precoce de infecções e doenças congênitas</p> <p>Calendário vacinal desatualizado (Nv 2, Nv 3, Nv 5, Nv 6, Nv 7, Nv 8, Nv 9, Nv 10, Nv 11, Nv 12),</p>
<p>Eixo: Saúde e Direito</p> <p>Dificuldade respiratória leve (Nv 12), Déficit de conhecimento de direitos de saúde relacionados à paternidade (Nv 2-Nv 5, Nv 8-15) Déficit de conhecimento acerca do processo fisiológico da gravidez (Nv 1 - Nv 15) Hábito sexual alterado (Nv 6) Hábito de trabalho alterado/ intensidade em nível elevado (Nv 6, Nv 11 e Nv 15)</p>
<p>Eixo: Cuidado em Saúde Mental e Redução de Danos</p>

Etilismo atual (Nv 2, Nv 7, Nv 10, Nv 12, Nv 14), Tabagismo atual (Nv 2, Nv 5, Nv 7), Risco de etilismo (Nv 5, Nv 12, Nv 15), Uso de canabinoide atual (Nv 10)
Eixo: Paternidade Ativa
Risco de não-adesão ao programa (Nv 2, Nv 4, Nv 5, Nv 7, Nv 8, Nv 9, Nv 10, Nv 11, Nv13) Sentidos da Experiência Gestacional do pai/ parceiro a partir do Tidal Model
Ondas de Medo, Ondas de Felicidade, Marés de Dúvida, Marés de Desconhecimento, icebergs, Sensação de afogamento, Ilha do Trabalho, Ilha da Ebriedade, Bússola da Experiência

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Os diagnósticos de enfermagem obtidos pelos instrumentos do modelo convencional de pré-natal do pai/ parceiro dialogam com os dados apresentados na PNAISH no tocante aos problemas de saúde recorrentes em homens (2009). O eixo do acompanhamento nutricional demonstra que alguns homens, na fase adulta apresentam risco para doenças cardiovasculares, evidenciado ou por alterações do estado nutricional ou por alterações da pressão arterial, o que segundo a política de saúde desse grupo deve ser um sinal de alerta para o desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, sobretudo na terceira idade, momento em que tende a se aproximar mais da Atenção Básica.

O desencontro do homem da Atenção Básica nessa fase, o que pôde ser comprovado pela dificuldade de adesão do homem, situado no eixo paternidade ativa, também se reflete em dados como desatualização do estado vacinal. Os homens, na prática, têm seu calendário vacinal atualizado com mais frequência durante a infância, momento no qual é conduzido ao serviço por outras pessoas, geralmente mulher e, desde a adolescência e ao longo da fase adulta passa a ter uma presença menos pontual na unidade de saúde. Para além do risco de ser acometido por alguma enfermidade para a qual poderia estar imunizado, tendo uma perda funcional ou produtiva, tal déficit pode direta ou indiretamente comprometer a saúde da parceira e do feto (RIBEIRO et al, 2017; BRASIL, 2016).

Nos eixo de saúde e direito e no de saúde mental, nota-se que os problemas de saúde dos homens em geral também correspondem aos motivadores da PNAISH (2009), sobretudo problemas de saúde relacionados à pneumologia e ao uso de álcool e drogas, áreas para o que o homem está predisposto a adoecer e que geralmente são campos que evoluem para doenças crônicas. Ao mesmo tempo outros

diagnósticos vinculados ao déficit de conhecimento em áreas como direito e fisiologia da gravidez se apresentam como problemas comuns ao pai/ parceiro, diretamente relacionados a seu desencontro da Atenção Básica (BRASIL, 2009; RIBEIRO et al, 2017; SILVA et al, 2018).

Enquanto o modelo convencional, em geral muito próximo do paradigma biomédico, estabelece diagnósticos com foco nos aspectos clínico-biológicos, priorizando a funcionalidade do indivíduo, os diagnósticos obtidos pelo Tidal Model enfatizam os sentidos construídos pela pessoa acerca daquilo que vivencia e o modo como ela percebe sua história, na medida em que se coloca na dimensão do mundo (aqui representado pelo enfermeiro).

Nesse sentido, a navegação no oceano de experiências da paternidade se dá inicialmente pela forma como os pais/ parceiros reagem à notícia acerca da gravidez. O quadro 7 apresenta as respostas obtidas por meio da avaliação holística.

Quadro 7 Reações ante a notícia da gravidez

Sentimento ao saber da notícia	Navegantes de primeira viagem	Navegantes experiente
Feliz com a notícia	4 pais/ parceiros (Nv 1, Nv 3, Nv 4 e Nv 14)	4 pais/ parceiros (Nv 2, Nv 11, Nv 12, Nv 15)
Temendo a experiência	2 pais/ parceiros (Nv 7, Nv 10)	2 pais/ parceiros (Nv 6, Nv 9)
Transbordando a surpresa para o corpo	3 pais/ parceiros (Nv 5, Nv 10, Nv 13)	—

Fonte: Autor da pesquisa, 2019

Observa-se que os sentimentos de felicidade e medo ocorrem com a mesma frequência seja o pai/ parceiro um navegante de primeira viagem, isto é, um pai pela primeira vez, seja um navegante experiente, aquele que já é pai desde outras gestações. Algumas falas representativas da felicidade foram:

Muito feliz porque sempre quis (Nv15),

Eu me senti tranquilo (Nv11)

O estado de medo (temor) foi representado também nas seguintes falas:

Eu sabia que ia acontecer [...] só senti medo (Nv10)

Estranho, mas depois a ficha caiu (Nv9)

Na linguagem metafórica do Tidal Model, essas expressões de medo e felicidade podem ser consideradas como ondas vivenciadas pelo parceiro, o que pode ter relação com um sem-número de fatores, dos quais se pode destacar o desejo inicial e o planejamento do casal acerca da gravidez. É assim que alguns já

fantasiavam a experiência, até mesmo escolhendo o sexo ou nome que a criança passaria a ter:

Eu fiquei feliz, só preferia que fosse menino (Nv 14)

O nome quem escolheu foi eu, eu me baseei numa personagem de um anime (Nv 1)

Nalguns casos, a ideia da gravidez não era inicialmente planejada, mas passou a ser desejada uma vez que a descoberta da notícia remete a desejos prévios, até mesmo inconscientes e até então silenciados.

A gente não tava planejando não; pra ser sincero mesmo, isso nem poderia ter acontecido, pela questão da religião, mas aí a gente vai cuidar e quer sim ter esse filho (N12)

Alguns pais de primeira viagem, por sua vez, nessa pesquisa, mostraram que o impacto da notícia se revelou uma experiência psicossomática:

Sentindo-se nervoso e sem ar, porque eu não esperava (Nv10)

Deu uma dor de barriga tão grande (Nv 5)

Chorei, fiquei alegre (Nv13)

Apesar das diversas interpretações que podem ser feitas acerca dos pontos do corpo que falaram em lugar da voz, uma conjectura específica do Tidal Model é possível, a partir da metáfora das águas (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005). No modelo das marés, a água se faz presente no corpo e na experiência humana de modo que, quando algumas emoções não conseguem ser expressas através da fala, surgem as lágrimas (Nv 13) ou as alterações peristálticas (Nv 5) que nada mais são que marés que estão sendo jogadas para fora. Outrossim, a metáfora das águas expressa que, quando uma pessoa está se afogando – em suas emoções – pode ocorrer a sensação de que está faltando ar (Nv 10).

O impacto da notícia da gravidez pode fazer o homem, ou o casal, repensar o papel de ambos num compromisso mútuo de criar uma criança, antecipando a formação da estrutura familiar (BARBOSA, 2011). Em adolescentes, é comum que a gestação os faça perceberem-se como adultos mais cedo e, mesmo nos casos daqueles que já trabalhavam, o fato de ainda não terem a casa própria faz com que o casal tenda a morar com os pais de um dos cônjuges (ALMEIDA, 2007). Tal opção foi considerada por três pais/parceiros, dentre os mais jovens, Nv 3, Nv 10 e Nv 14, um dos quais, que agora mora com a parceira na casa da mãe dele, relatou:

Doutor, no meu ver, o que mudou foi que antes eu tinha uma vida de solteiro, se preocupava só comigo, agora a gente mora tudo junto na mesma casa, aí as coisas muda (Nv 10).

Esse parece ser um salto comum na relação amorosa após a gestação. O casal num esforço mútuo de preservar a unidade na embarcação e de compartilhar a transição juntos, decidem morar num mesmo lar, ainda que esse não fosse um plano de antemão ou ainda que a relação não pareça ter evoluído até que essa decisão se desse naturalmente. Tal acontecimento também não está livre do juízo emitido pelos pais do casal grávido, que por vezes passam a se colocar como cooperadores da provisão material e afetiva que a gravidez presume. Um dos pais-parceiros, inclusive, mostrava-se desconfortável com o fato de ter que morar na casa dos pais da parceira:

Às vezes a gente [eu e o meu sogro] não se dá bem. Ele é um cara rígido pra algumas coisas, quer tudo do jeito dele, é difícil de negociar [...] as compras também como é ele quem faz e que paga sempre é mais do jeito dele (Nv 3).

A experiência de morar na casa da família da parceira, com novas rotinas e outros cardápios pode gerar impacto no corpo do pai/ parceiro, o que pode ser associado aos valores de IMC de Nv 3. A navegação, assim, para além das ondas de felicidade e medo perpassa por icebergs que precisam ser constantemente desviados.

Ainda acerca do desejo pela gravidez, Almeida e Hardy (2007) notaram que em pais adolescentes foi comum que durante o período de paquera muitos garotos tivessem comunicado às suas parceiras o desejo de ser pai, de avançar no matrimônio e muitas vezes até referido o nome que desejam dar aos filhos, caso viessem a engravidar as garotas, como forma de despertar melhor convencimento para o sexo; contudo cerca de metade desses rapazes mostraram surpresa e mesmo choque quando a gravidez era confirmada. A experiência de Nv 10 e Nv 3 assemelham-se a esses casos:

[Quando soube eu] fiquei nervoso, meio estranho, ela disse que não queria, mas depois aparece, aí fiquei meio sei lá sabe? (Nv10)

Sempre sonhei em ter uma prole [...] Sim, eu sou muito jovem para os padrões tradicionais, então eu esperava que houvesse uma paciência de minha parte, uma preparação maior para quando eu receber essa notícia de que eu teria um filho (Nv3)

Os pais/ parceiros, assim, vivenciam uma maré de desconhecimento que atravessa a própria declaração sobre o desejo da gravidez. A certeza é posta em cheque. Percebe-se ainda certa maré de dúvida revelada na vivência masculina em situações de outras naturezas, tais como: se é o momento certo para aquele grande passo na vida, se aquela criança ali no ventre é mesmo dele ou mesmo se há de fato

ali uma criança. É assim que a maré da dúvida também segue o ritmo evolutivo da fisiologia materna, de modo que à medida que surgem sinais mais objetivos de que há uma criança ali presente, menos a dúvida do “tem um bebê aí?” se mostra marcante

A fala de Nv 7 demonstra o sentimento de concretude que se desenvolve à medida que surgem sinais mais objetivos da realidade da criança:

Rapaz eu acredito que não caiu minha ficha, acho que é por conta da barriga que ainda não tá grande, mas quando a barriga for crescendo acho que minha ficha vai cair mais. Mas hoje eu tô com aquela ansiedade, mas não tô preocupado. (Nv 7)

Tendo em vista a evolução da fisiologia gravídica na parceira, cabe notar que suas emoções e dissipação de suas dúvidas não necessariamente são marcadas pelas experiências vivenciadas pela mãe. Enquanto esta tem maior acesso a reações sensoriais, como a sensação de que a criança está se mexendo dentro de si, bem como, bem antes disso já se emocionara com a escuta de batimentos cardíofetais em consultas de pré-natal, o homem está mais atento a estímulos de natureza visual, que evoluem gradativamente desde a noção de que a barriga está crescendo, perpassando pela experiência da ultrassonografia (momento prático em que o homem mais se faz presente no percurso da assistência) até sua coroação na percepção de que, no nascimento, há semelhança física entre a criança e o pai (MALDONADO, 2002).

As falas de Nv 4 e Nv 1 demonstram a relação que o homem estabelece desde a expressão da criança através da barriga, como o potencial da imagem na relação de vínculo:

Às vezes eu olho pra aquela barriga, sabe, e nem acredito que tem um filho meu ali dentro (Nv 4)

Todo mundo fala que eu pareço mais com a criança, que ela é minha cara (Nv 1)

Com efeito, a literatura acadêmica demonstra (MATOS et al., 2017) a importância de intervenções, como incentivar o pai a perceber os movimentos fetais e a escuta de batimentos cardíofetais, mas destaca que a ultrassonografia emerge como um ritual de passagem nesse percurso de transição e construção da identidade paterna. Surge como um dado concreto, como fonte material para a construção de

fantasias e do ideário da morfologia da criança, assim como se constitui como um momento de tensão, uma onda no oceano de experiências que está sendo vivido, uma vez que o homem se depara com a imagem com a qual não pode mais refutar sua veracidade, ao passo que também se coloca como a angústia de que a forma do feto pode apontar alguma síndrome ou outro desafio à criação.

A expectativa dos pais-parceiros pelo momento da ultrassonografia faz com que as consultas que não ofertem esse recurso pareçam menos ricas de significado; ao mesmo tempo, o investimento financeiro ou a organização operacional e logística parece menos problemática nesses casos. De modo que muitos reproduziriam essa experiência com frequência se assim fosse possível. Esse momento pode ter para o homem um teor tão acentuado que o afeto ao binômio após tal acontecimento se revela como a preservação de que aquela imagem ali projetada possa continuar saudável até o próximo encontro. É o que a fala de Nv 8 revela,

Para mim, a melhor coisa até agora foi a ultrassonografia, não vou mentir, eu chorei, doutor e eu tô querendo pagar outra vez, só pra ver de novo (Nv 8)

Por extensão, a preocupação com a imagem se revela em estudo (MENDONÇA et al., 2009) que demonstra também que há maior participação do pai após o nascimento à medida que a criança se parece com ele. Não obstante, há sinais de que a parentela opte por dizer que a criança se parece mais com o pai que com a mãe, como uma forma implícita de incentivar a participação deste; no limite esse dado parece ser demonstrado também em estudos que associam que o pai tem mais afeto com seus filhos biológicos que com enteados, como se os primeiros, fossem de fato partes de si que estão presentes no mundo e que deixarão sua marca (DURAN, 2011).

O pai/ parceiro Nv 5 expressa a marca que pretende que seu filho deixe, como forma de propagar algo que ele mesmo fazia:

Eu imagino sendo pai de um menino e colocar ele no braço e dizer: Eh! Meu filho! Olha pegue o carro e vá ali pegar as negas. Vá namorar, tome dinheiro, tome o carro aí e vá 'simbora' (N5)

Mas as dúvidas durante o exercício da paternidade também tem a ver com o papel que desempenhará ao longo do processo e sobre suas próprias capacidades para tal, sobretudo no tocante a fatores como a identificação de que o parto está iminente ou sobre os cuidados com o recém-nascido, além de outras dúvidas como o que pode ser ou não prejudicial à parceira e até que ponto suas ações podem afetá-

la física e psicologicamente, momento em que a maré do desconhecimento se apresenta com intensidade.

O pai/ parceiro Nv 6 demonstra suas dúvidas acerca do quanto acredita que a relação sexual pode prejudicar a parceira, comparando a um animal a conduta de praticar o coito com mulher grávida,

É eu não acho que o cara seja tão animal a esse ponto que não possa esperar um tempinho não (N6)

O desconhecimento do pai-parceiro acerca do que está acontecendo ali parece remeter culturalmente ao forte distanciamento que lhe é imposto acerca desse espaço doméstico geralmente resguardado para a mulher (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017). Desde a infância, o garoto é censurado por realizar brincadeiras que tenham a ver com o cuidado de bebês, na figura de bonecas, sendo incentivado a outros jogos marcados pelo uso de carrinhos ou pelo mundo do trabalho (MATOS, et al., 2017). Outrossim, seu desconhecimento acerca do próprio corpo e sobretudo do da parceira demonstram mais uma fonte de angústia sobre a veracidade e o desenrolar da gestação. O produto disso é o desconhecimento de seu papel frente ao processo evolutivo e ao terapêutico.

No que compete a seu próprio corpo, a maré do desconhecimento do homem por vezes tem início no processo de planejamento, quando o déficit de saber sobre métodos contraceptivos ou sobre medidas de cuidado em geral levam muitas vezes a uma gestação não planejada. Muitos homens acreditavam ter controle sobre as condições, até tentaram alguns métodos de modo ineficaz ou confiaram fortemente em que aquele momento não seria suficiente para acarretar em gestação. Dessa limitação acerca das condições favoráveis a gestação, o homem salta para a necessidade de outro saber que lhe parece pouco profundo, o corpo da mãe.

As falas de Nv 8 e Nv 9 revelam o desconhecimento no tocante ao uso correto dos anticoncepcionais,

Eu não sabia que podia tomar assim tanta dosagem uma atrás da outra. Ela tomou 5 dosagens seguidas, do mês de maio, até a metade do mês de julho. Só que a menstruação dela estava descendo normal, junho também, mas no final do mês de junho, no dia 25, a barriga dela já estava inchando (Nv8)

A gente se prevenia, só que da forma que tava fazendo eu não sabia que não dava certo não, eu colocava e tirava antes de coisar lá dentro, mas eu soube depois que ainda fica um restinho na ponta, né? (Nv9)

Ainda que o homem, durante a fase de paquera ou mesmo na relação sexual se esforce para parecer bastante seguro sobre o corpo feminino, a gestação, quando

ocorre, demonstra o oposto. Esse fato se revela, por exemplo, na medida em que o homem desconhece o que pode ou não afetar a gestação, de modo que teme certo contato mais acentuado à barriga e mesmo ao ato sexual, no temor de que isso provoque o aborto ou machuque o feto. Ademais, ondas de medo são reveladas no desconhecimento sobre o que pode provocar danos de natureza psicológica, isto é, o “passar nervoso”.

Nv 4 demonstra seu medo de que não atender a algum desejo da esposa possa acarretar algum dano à criança,

Tudo que minha esposa diz que tá precisando, eu pego bicicleta e vou lá comprar e digo: Olha aqui (Nv 4)

Todo esse processo de não-saber intensifica-se com a sensação de que não tem com quem contar, dado que há certa ambivalência com a demonstração dessa fraqueza, reforçado com certa pressão social de que ali não é um espaço necessariamente seu, restando-lhe tão somente não atrapalhar. O desconhecer induz muito mais uma situação passiva, de não mexer muito, não tocar, que mesmo uma postura ativa, de promoção de apoio. É típico que o próprio cenário de cuidado, a consulta pré-natal, não é um lugar que lhe cabe, um espaço onde possa verbalizar, aquela assistência é da mulher, não dele.

Do desconhecimento acerca dos corpos, emerge o déficit sobre o processo terapêutico. O homem se percebe como alguém que não conhece o serviço de saúde, que carece da ajuda da parceira para entrar na unidade de saúde e que dificilmente consegue chegar sozinho até lá, não necessariamente no sentido logístico, mas burocrático. De maneira concreta, para o homem a consulta pré-natal tem um sentido eminentemente médico, para prevenir doenças durante a gestação de modo que esteja tudo bem com a criança. Assim, sua presença no pré-natal pode soar desnecessária, uma vez que não se trata de seu corpo, sendo assim não parece para ele, haver algum sentido em estar ali.

A fala dos parceiros que não embarcaram no pré-natal são representativas dessa situação:

Minha mulher já tá indo pro posto, doutor, qualquer coisa você manda por ela esse exame pra mim que eu vejo se faço. (Parceiro desistente)

Ora o sentido médico atribuído à consulta faz com que a participação do homem no pré-natal do parceiro dependa muito em parte das solicitações de exames e da

disponibilização de recursos que permitam experimentar sensações de natureza mais concreta quanto à realidade da presença fetal. Visto que o sentido do pré-natal muitas vezes está atribuído a saúde do feto e da garantia de que o corpo feminino permaneça como um abrigo seguro e saudável para o mesmo (BRASIL, 2012), um terceiro ente aí presente, parece ficar deslocado, ao ponto de buscar espaços de refúgio, ilhas.

Para um melhor entendimento acerca do lugar dos pais/ parceiros na gestação, essa pesquisa questionou o que mudou ou vinha mudando na vida deles desde que souberam que iam ser pai. Buscava-se, portanto, não apenas compreender os sentimentos, como também os comportamentos. O quadro 8 apresenta essas informações:

Quadro 8 Mudanças na vida desde a paternidade

Comportamento	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Mantendo a rotina de sempre	2 pais/ parceiros (Nv 3, Nv 5)	2 pais/ parceiros (Nv 6, Nv 11)	1 pai/ parceiro (Nv 2)
Vivendo com mais responsabilidade que antes	4 pais/ parceiros (Nv 7, Nv 8, Nv 9, Nv 13)	4 pais/ parceiros (Nv 4, Nv 10, Nv 14, Nv 15)	2 pais/ parceiros (Nv 1, Nv 12)

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Em linhas gerais, observa-se que, com a gestação, a maioria dos pais passa a viver com mais responsabilidade, o que já começa a acontecer desde o primeiro trimestre. Algumas falas representam esse comportamento:

Muita coisa muda. É muita responsabilidade (Nv 9)

Fui me aquietando mais, porque eu era muito arruaceiro (Nv 7)

Se eu era um cara responsável antes, eu agora multipliquei (Nv 4)

A noção de que a nova vida passaria a exigir maior responsabilidade não necessariamente é acompanhada de uma definição precisa sobre seu conteúdo. De alguma forma o homem sabe que precisará mudar, mas conforme as falas acima, a situação se reveste de um imperativo moral, como se fosse algo esperado pela sociedade, como se fosse uma cobrança decorrente da transição, como se a paternidade agora rompesse com uma identidade anterior e devesse brotar uma nova.

As mudanças esperadas no sentido moral e as preocupações em torno da responsabilidade por vezes levam os pais/ parceiros a ser mais parcimoniosos, é nesse sentido que muitas vezes as saídas de final de semana ou o dinheiro que era aplicado em provisões consideradas mais supérfluas passa a ser repensada, o

que também pode ser fator de preocupação uma vez que o lazer do casal e a criação de momentos de satisfação podem sofrer algum impacto, ampliando cenários de estresse.

Essa moderação no uso de álcool e drogas, contudo, não pode ser considerada em absoluto. Barral (2012) demonstra que para resolver os problemas há quem recorra a esses recursos talvez como formas de entorpecimento, dessensibilização, a fim de tirar o foco acerca de situações estressoras vivenciadas. Agrava-se a isso, o fato de que a dificuldade em dialogar, em ser expressivo, tende a conduzir alguns homens a ver o bar como esse espaço de desabafo ou a droga como recurso de distração; daí a necessidade de os serviços de saúde atentarem-se ao uso de drogas durante o pré-natal no sentido simbólico, como decorrente de uma necessidade intersubjetiva. Surge a ilha da ebriedade.

Ebriedade aqui definida como embriaguez ou entorpecimento refere-se à necessidade de fuga da racionalidade, isto é, a adoção de estratégias para superar o sentimento de cobrança e responsabilidade decorrente do processo de transição, talvez até para se preparar para esta. Não deve se limitar ao uso de drogas, mas também a outros cenários que possibilitam esquecer, por alguns momentos a cobrança do dia, como o descanso de uma identidade. O meio para alcançar essa ebriedade depende da cultura e dos hábitos de cada pessoa, podendo incluir o bar, a academia, a ficção, dentre outros.

A partir dos diagnósticos de saúde mental obtidos na pesquisa notou-se que o etilismo ocorria em 5 pais, isso sem levar em conta os que tinham risco de etilismo, os tabagistas e os usuários de outras drogas. De fato, o bar se apresenta como território masculino por excelência, correspondendo ao maior número dos ilustres frequentadores desse território, identificado como lugar de diálogo, desabafo, trocas e entretenimento (FREUD, 2013). Situa-se como ambiente que permite a expressão de sentimentos na forma do riso, do gozo, da ironia, o que também pode adotar o sentido de mecanismo de defesa no olhar freudiano (SANTOS; SALLES, 2009), visto que converter em piada uma experiência que demanda mudanças pode conferir a verbalização e a aceitação.

No cenário da ilha da ebriedade, o bar é meramente um símbolo que também pode ser uma roda de parceiros em qualquer outro lugar, um quintal de casa, uma calçada, uma barraca de churrasco. Por vezes, já eram territórios frequentados pelos homens antes mesmo da paternidade, mas após a ideia de paternidade, torna-se um

espaço que pode corresponder ao sentido da comemoração, da angústia ou do relaxamento, muitas vezes até frequentado pelo parceiro acompanhado da parceira, o que também desperta ou deveria despertar alguma atenção do serviço de saúde.

Alguns pais clarificam tal situação:

Eu conversei com ela, eu disse que não ia deixar de ir para nenhum lugar não, se eu precisar sair, levo ela, aí tranquilo, para um churrasco, alguma coisa (Nv5)

Às vezes, eu fumo uma também (maconha), pra relaxar, porque às vezes ser pai também é muita pressão na cabeça (Nv10)

Outro cenário que se revela território para a ebriedade, é o lugar do exercício físico, seja academia ou mesmo em casa, há homens que o vêem como espaço propício ao relaxamento. É essa a opção de Nv 6:

Eu tenho em casa uma banca de abdominal e peso pra exercício físico, aí às vezes gosto de ficar nessa parte da casa, sozinho, fazendo meu exercício (Nv6)

Considerando o lugar de socialização e de incorporação de identidade (KILMER; LANE-TILLERSON, 2013), a academia permite uma maior exploração do corpo em seu sentido estético, bem como a expressão de sentimentos incômodos através do esforço físico; desse modo, as demandas intersubjetivas podem ser mitigadas ou ao menos amenizadas. Silenciosamente, é possível que a academia possa ser explorada como uma forma de manter-se jovem, frente a uma transição de identidade que possa lembrar que o tempo está passando e que a jovialidade está dando lugar a uma adultização mais acentuada.

Ao passo que a academia de musculação possa, a princípio, apresentar-se como lugar mais asséptico e desejável que o bar, mais socialmente aceito, surgem novas necessidades de saúde decorrentes do esforço físico exagerado ou no mínimo podem revelar insatisfações no nível da autoestima do pai/ parceiro que talvez presuma que as mudanças corporais decorrentes da gestação não apenas estão acontecendo na mãe, mas nele também. Se não estão de fato ocorrendo, no mínimo passaram a ser mais bem notadas agora; afinal, em breve a gestação pode dar lugar a um terceiro ente, que expressa a parte mais jovem do pai e que atuará como a constante rememoração da infância perdida, tal como afirma Nv 1:

Eu olho que vou ser pai e lembro que já tenho 30 (Nv1)

Para além desses cenários, a ficção também se revela como instrumento estratégico para apaziguar desconfortos decorrentes da transição. Seja no livro ou no cinema, buscar apaziguar o estresse através de outras histórias e personagens permite esquecer-se um pouco da própria vida, atuando dessa forma como um recurso de saúde, uma vez que a identificação com esses heróis permite vislumbrar novas possibilidades de compreender a própria situação. Nv 6 demonstra essa estratégia:

Eu gosto de ler, e às vezes pego um livro também e tento dar aquela lida para relaxar um pouco, mas ela fica do meu lado, cobrando atenção, aí também não deixa (Nv6)

É como parte dessa experiência que recentemente tem se destacado livros que atuam como a troca de experiência de pais ou casais grávidos sobre o conhecimento construído ao longo da paternagem. Podem funcionar como tratados de que aquelas angústias foram vivenciadas por outros homens, que também conseguiram encontrar suas ferramentas disponíveis. Tal reflexão, para além das críticas que se façam acerca da literatura de autoajuda, aponta também a biblioterapia como possibilidade de alívio desse estado transicional (CALDIN, 2010).

A fim de compreender dentre as mudanças referidas quais de fato traziam problemas para os pais/ parceiros, apresenta-se os dados obtidos através da avaliação holística, conforme o Quadro 9.

Quadro 9 Problemas ou necessidades referidas

Foco da preocupação	Trabalha	Desempregado
Provisão/ trabalho	2 pais/ parceiros (Nv 4, Nv 11)	4 pais/ parceiros (Nv 1, Nv 8, Nv 10, Nv 14)
Problemas de saúde, social ou familiar	3 pais/ parceiros (Nv 3, Nv 5, Nv12)	--
Medo de intercorrências com a parceira	1 pai/ parceiro (Nv 6)	--
Sem problemas ou preocupações	5 pais/ parceiros (Nv 2, Nv 7, Nv 9, Nv 13, Nv15)	--

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Observa-se que a preocupação acerca da provisão e o do trabalho afetava a maioria dos homens, sobretudo os desempregados, que destacavam essa preocupação como sendo a única:

Só o fato de estar desempregado, né? (Nv14)

Só essa parte financeira, que é uma parte que está complicada agora (Nv1)

A condição de estar empregado era, portanto, um alívio, mas destacava-se como sendo o plano de fundo do que poderia vir a ser uma preocupação:

O meio de vida ta difícil, mas até agora ta tudo bem graças a Deus (Nv4)

Não obstante, todos os parceiros que referiram não ter problemas ou preocupações encontravam-se empregados:

Não tenho nenhum, de zero a dez, minha vida seria 9 (Nv13)

Tendo nenhum problema não (Nv2)

Essa condição na qual o foco do homem passa a ser o trabalho pode ser definida como outra ilha identificada no estudo. Na literatura acadêmica (BRASIL, 2012; FREITAS et al., 2009), diz-se que o sentido culturalmente estabelecido para a paternidade de muitos homens é a figura de provedor. Não obstante, o termo responsabilidade aponta-se como eixo central, por vezes esse encargo social tende a rivalizar com o espaço de envolvimento afetivo com o filho, aparecendo associado à preocupação com o bem-estar do mesmo, garantindo-lhes subsistência e proteção. Tais papéis expressam certa pressão social pela imposição de que, quando não cumpridos, colocam a masculinidade em questionamento.

No encargo de alguém que precisa suprir a condição de provedor, muitos homens tendem a dedicar mais energia nessa atividade, seja para produzir mais e, com isso “estocar” recursos, seja para mostrar-se um profissional mais dedicado, temendo perder o emprego. Nos casos de pais adolescentes, quando estes ainda não trabalhavam, o trabalho pode também ser concebido como algo que intensifica a mutação da infância para o ser adulto, fato este reforçado e até mesmo coroado pela paternidade, que é mesmo um constituinte dessa passagem, a abertura de novas fases e compromissos sociais (GOMES; RESENDE, 2004).

No Tidal Model, para além dessa questão do trabalho como encargo social, percebe-se que se trata por vezes de um cenário onde homem pode se ilhar, abrigar, não apenas como forma de ser participativo no processo de gestação, mas também como meio de despejar certo estresse/ desconforto emitido pelas marés do desconhecimento e da dúvida. O trabalho, para o homem na transição da paternidade,

não é apenas uma fonte de recursos, mas também um escape para muitas demandas subjetivas emitidas pelo processo da gestação pela mulher, como as ondas de oscilações de humor e adaptações emocionais experimentadas pela mãe.

Ora, a gestação para a mãe expressa um conjunto de reações psíquicas que inclui a percepção sobre o corpo, as alterações de humor decorrentes das alterações de sono e pelas náuseas, a possibilidade de crise de choro, algum aumento da carência afetiva, em suma, um processo aumentado de sensibilidade, o qual o homem, não raro, tem dificuldade em lidar, não sabendo bem o que fazer e como agir. Desse modo, ante a possibilidade de tomar alguma ação que comprometa esse estado, isto é, alguma maré de violência, pode perceber o trabalho como um espaço para “descarregar” dessa cobrança por respostas emocionais positivas (MENDONÇA, 2009).

O pai/ parceiro Nv 6 revela esse sentimento da ilha do trabalho em sua fala:

Mas faz sentido porque depois que ela engravidou, eu tenho exagerado mais e passado mais tempo sentado, porque como eu trabalho sentado, no máximo eu passava uma hora e meia sentado, estourando duas horas e depois eu andava pelo serviço, tomava um café, uma água e voltava. Hoje dá pra perceber que eu tenho até câimbras nas mãos, de tanto que eu fico sentado [usando computador] então com certeza eu tô jogando a preocupação todinha em cima do trabalho (Nv6)

A maior inserção na ilha do trabalho, para além de seu significado simbólico, cultural e social e, apesar de ter sua importância no escopo do processo maturacional e de expansão patrimonial do casal grávido, gera demandas para a saúde do homem, isto porque o excesso de trabalho pode provocar adoecimentos, tanto de ordem física direta, pelo esforço repetitivo e pelo desprendimento físico, como de ordem indireta, como as consequências de possíveis privações de sono, alterações de hábitos alimentares; além daqueles de ordem psíquica como uma dificuldade em se desligar da identidade do trabalho.

Nv 15 é um dos pais que demonstra essa ligação com o trabalho:

A vontade e a disponibilidade para o trabalho aumentaram mais. Passo mais tempo no trabalho e produzindo [...] Só paro uma vez pra comer (Nv 15)

Não obstante, os dois pais/ parceiros que em suas falas expressavam a sobrecarga de trabalho, Nv 6 e Nv 15, encontravam-se, respectivamente, com nível pressórico aumentado e Índice de Massa Corporal sobrepeso (Quadro 4). Tal dado, numa aplicação isolada de cada um dos modelos (convencional ou Tidal Model) talvez

não constatasse que, na medida em que alguns homens estão alocados na ilha do trabalho, surgem alterações de sono e alimentação que afetam a saúde cardiovascular, sendo expresso, visivelmente, no aumento do peso.

O aumento de peso, na medida em que a gestação progride, por sua vez, não é incomum entre pais/ parceiros. Nos estudos de paternidade identificou-se a chamada síndrome de couvade, nome dado a experiência de alguns homens em que o processo empático em torno da gestação pode mimetizar no homem sinais característicos da gravidez da parceira. O nome refere-se a uma experiência vivenciada em culturas tradicionais da África em que o homem sente, em lugar da parceira, os sinais do trabalho de parto, como as contrações e cólicas. No mundo ocidental, o termo foi apropriado para expressar certos sintomas psicossomáticos.

Os sinais mais comuns dessa síndrome são aumento do peso, náuseas matutinas, cansaço, dor nas costas, refluxo gastroesofágico, sensação de que o estômago está cheio de gases, dores nas pernas, dor de dente, alterações de apetite, alterações de sono, ansiedade, irritação e redução da libido. As alterações na autopercepção, sobretudo o sentimento de uma mudança corporal. É a mostra de que o homem, no sentido mais amplo, também vivencia uma gestação com características fisiológicas, apontada por alguns estudos como se apresentando num percentual de 11% a 97%. De modo mais otimista, é possível dizer que quase todo homem apresentará algum sinal (DURAN, 2011).

Ainda de acordo com a literatura acerca do tema, os sinais de Couvade variam de acordo com os trimestres de gestação, destacando que no terceiro é mais comum o aumento de peso, a insônia e alguns sinais de angústia. Já na etapa pós-parto, é mais comum sinais como fadiga, irritabilidade, dor de cabeça, dificuldades de concentração, insônia, nervosismo e falta de tranquilidade. A literatura denota também que a experiência prévia da paternidade não necessariamente reduzia a aparição dos sintomas (DURAN, 2011).

A partir da integralização dos dados obtidos com o modelo convencional e os do Tidal Model foi possível levantar alguns sinais/ sintomas que podem ser indicativos da síndrome de couvade, conforme o quadro 10:

Quadro 10 Sinais/ sintomas de Couvade

Sinais/ Sintomas	Pais/ Parceiros
Aumento de peso	5 pais/ parceiros (Nv1, Nv 4, Nv 5, Nv 7, Nv 15)

Fadiga	1 pai/ parceiro (Nv 15)
Falta de Tranquilidade	4 pais/ parceiros (Nv 3, Nv 5, Nv 6 e Nv 12)
Insônia	2 pais/ parceiros (Nv 3, N10)
Redução da libido	1 pai/ parceiro (Nv 6)
Náusea	1 pai/ parceiro (Nv 11)

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Quanto à causa da covade, há defensores da ideia de que isso representa alguma inveja inconsciente do pai ou mesmo uma intensa identificação com o processo gravídico. Dentre os variados motivos pelo que isso ocorre, destacam-se também as preocupações do pai, sobretudo de ordem econômica e do papel de protetor que virá a assumir. Destacam-se ainda as mudanças de ordem matrimonial e mesmo de alterações da rotina sexual com a companheira e dele mesmo. Todo esse conjunto de sintomas sejam pré ou pós-natais não devem ser considerados como doença; pelo contrário, podem significar que os pais-parceiros sentem, assumem e desejam a gravidez, harmonicamente à sua parceira (BRASIL, 2016).

A covade, em linhas gerais, demonstra claramente a relação corpo-mente, psicossomática, que somente pode ser perceptível na medida em que se alia o modelo convencional, com suas tecnologias biomédicas, com um modelo que permita a expressão da subjetividade, tal qual o Tidal Model, possibilitando a elaboração de diagnósticos psicobiológicos.

No âmbito relacional com a mãe-bebê, o distanciamento para o trabalho ou a desatenção decorrente do cansaço provocado pelo excesso do encargo pode intensificar as oscilações de humor materno, isso porque, ao requerer maior atenção e ao ver no parceiro a figura satisfatória para o preenchimento de certas necessidades pode julgar esse afastamento para a ilha do trabalho como uma redução de afeto por outras causas, como a sensação de que está mais feia dado a transformação da aparência e por isso encontra-se menos desejável, o que remete a uma maior discussão sobre a questão da sexualidade.

Um dos pais/ parceiros revela esse sentimento:

Acho que mais a mim do que a ela, porque como ela reclama de vários fatores, eu retenho a minha vontade, tento não pensar muito em sexo, porque eu acho que ela não tá legal pra fazer, mas pra ela isso está gerando ansiedade, porque ela pensa que eu não tô fazendo porque ela tá gorda, porque ela tá feia. Então nesse caso eu acho que afeta mais a ela do que a mim (Nv 6)

Nos cruzamentos entre as ondas de desejos sexuais e a necessidade da ilha de trabalho, não raro essa atua como espaço para descarregamento desses impulsos, como que havendo certa sublimação do desejo. Tal fato está atrelado às marés de desconhecimento, uma vez que para alguns homens ter relações sexuais com a parceira durante a gravidez pode ser algo perigoso, que pode machucar a ela ou à criança, entrando esse receio num campo de silenciamento que pode despertar certa angústia para a mãe, tal como revela Nv6:

E eu digo: Olhe, isso vai passar, depois a gente transa até de cabeça pra baixo, mas no momento eu tô querendo preservar a estrutura dela, mas ela não tá gostando da ideia muito não. E fica achando que é porque eu não quero (Nv6)

As ondas sexuais, por outro lado, podem ocorrer de outro modo. Há homens que até julgam mais atraente o corpo de suas parceiras grávidas (MALDONADO, 2002), dado, acredite-se, ao fato de que o corpo grávido é a expressão tácita da virilidade do parceiro. Estudos também revelam que é comum em alguns casos que a frequência sexual vá regredindo gradativamente do primeiro ao terceiro trimestre, sendo nos últimos três meses a redução mais acentuada (GARIIDO et al., 2016). As marés da dúvida e do desconhecimento podem explicar esse fenômeno, bem como a gradativa inserção na ilha do trabalho, à medida que crescem a responsabilidade e o medo.

Após a satisfação do que poderia ser um problema (estar desempregado), os pais/ parceiros passavam a atentar-se para outras necessidades, tais como problemas de saúde:

Problema só essa questão da respiração minha, com esse exame (Nv12)

No caso de outro pai, também empregado, sua preocupação, por já ter passado pela experiência em gestações passadas, eram as ocorrências com a parceira, pois, segundo ele:

[Minha preocupação é] apenas o nascimento, que a gente sabe que a hora sair é complicado, nada além disso, como hoje estou ganhando dinheiro, o resto não é problema (Nv 6)

Nos casos em que os pais já moram juntos ou já tem outros filhos, esse processo parece estar mais relacionado a uma adaptação da casa para a chegada de um novo bebê, muitas vezes tendo que ajustar a disposição dos cômodos ou preparar afetivamente os irmãos, o que realça a importância da inclusão desses outros entes na atenção ao pré-natal, incentivando o elo entre as crianças desde a barriga da mãe.

A reorganização ainda nesse caso tem um sentido mais financeiro, material, uma vez que os pais já se sentem melhor preparados para a experiência da paternidade, fato este que pode ser melhor percebido nas situações em que um dos parceiros já tinham a experiência da maternidade ou paternidade, enquanto o outro estava passando pela primeira vez, o que demonstra um papel tranquilizador do cônjuge mais experiente. É nesse sentido que para Nv 6, pai de outros dois filhos adolescentes, preocupava-lhe também a relação que ambos teriam com o recém-nascido que breve viria.

[essa ideia de saber que vou ser pai] me deixa ansioso para saber a reação dos meus dois filhos como vai ser. Quando ele chegar dentro de casa, já que vão morar comigo.

Os problemas e necessidades nas vidas dos pais/ parceiros, assim, não provém apenas de suas próprias mudanças, mas na de todo um contexto que parece estar se adaptando a presença de uma nova criança, que recairá sobre ele. Fato similar aconteceu também na vida de Nv 4, o qual era cobrado sobre os rumos que seus sentimentos sobre a enteada teriam a partir do momento que sua filha biológica nascesse:

Ficam me perguntando como vou ser com ela, quando a irmãzinha dela nascer, mas eu digo que vou continuar amando, ela é o amor do papai também e vou tratar por igual.

Esse tipo de prospecção sobre o futuro, isto é, essas falas dos pais que vislumbram um momento da viagem que ainda não ocorreu, não se dá apenas no estado de vigília do navegante e, dado o impacto da nova identidade que está surgindo, é esperado que a visualização criativa do acontecimento se apresente na linguagem onírica. Na perspectiva das marés a pessoa é sua história, de modo que toda produção, inclusive o sonho, é uma parte da história do indivíduo, é a expressão de sua existência, sentido que coaduna com a visão da fenomenologia existencial, que se situa no campo epistemológico do Tidal Model (MILHORIN, 2013).

Na abordagem existencial o homem é um ser particular concreto, consciente e responsável. Entende o homem como ser integrado, que se harmoniza com todas as partes de si mesmo, de modo que o sonho colabora na compreensão das partes que

precisam ser integradas. Mais que isso, cada elemento é um fragmento, é parte do ser que sonha, são aspectos de sua personalidade e ao sonhar são externalizados conflito interiores outrora alienados pelo temor da pessoa pela tomada de consciência (MILHORIM, 2013; BRASIL, 2016).

Por inferência, tomando por base a correlação teórica, o Tidal Model compreende que frente às ondas das marés turbulentas enfrentadas pelo homem no processo transitório, muitas das quais ele tenta negar, ignorar ou ao menos não digerir, os sonhos se colocam como o espaço pra revelar aspectos de seus sentimentos sobre a experiência, assim como prospecções que tenha com respeito à paternidade, como parte da história que está sendo produzida pela pessoa (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

O conteúdo do sonho pode, por sua vez, apresentar a própria criança em sua relação com o pai ou um aspecto dessa relação com a mãe. Há casos em que o sonho é manifesto desde muito cedo, antes de a gestação ocorrer ou bem próximo desta, como que indicando um evento iminente. Relata-se também a antecipação do sexo da criança por meio da atividade onírica, que pode estar acertada ou não. É importante frisar, como fato associado ao sonho, a vivência de alterações de sono, a incidência de preocupações associadas à questão monetária, dentre outros eventos que podem contribuir com uma maior pressão interna que conduz ao fenômeno. Na presente pesquisa, três pais-parceiros em especial relataram experiências de sonho:

Eu já tive esse sonho várias vezes [desde que soube que ia ser pai]: eu contanto histórias pra minha filha. Ela pequena me ouvindo contar as histórias. Lembro que o olho dela era bem azul (Nv 1).

Eu já tive um sonho [antes de saber que ia ser pai] que tinha uma mulher com roupa verde com uma criança no braço, que era minha filha. E a criança olhava pra mim de um jeito, é o que mais lembro, o olhar da criança pra mim (Nv 10).

O sonho, por assim dizer, é espaço de criação, organização, projeção. Espaço de existência. É lugar de diálogo consigo mesmo, em que o homem dialoga com essa nova identidade em transição. É terreno para lançar expectativas de uma viagem em que muitas vezes sente não ter com quem dialogar sobre suas impressões e angústias mais pessoais. O sonho é a amostra de que o barco navegante no caminho paternal não se ancora nem durante o repouso e o sono (SANTOS, 2004; BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005).

Nessa dimensão onde várias fantasias e desejos são construídos, destacam-se outros dois conteúdos curiosos que devem ser considerados na compreensão do

fenômeno. O primeiro deles é a questão do sexo da criança; historicamente, antes dos modernos exames de imagem que permitem identificar o sexo ainda no segundo trimestre da gestação (ou mesmo antes), a primeira coisa que se dizia na hora do nascimento era “é um menino(a)”, o que incluía uma série de representações sobre brinquedos, cores de roupas, dentre outras. Para além das representações de gênero, as expectativas sobre o sexo fazem parte do conteúdo de mistério que uma gestação projeta. O parceiro Nv 3 assim se refere,

Uma ansiedade da gente é também saber o sexo, se vai ser menino ou menina (Nv 8)

Historicamente, na ótica do patriarcado e da primogenitura masculina como preferência, era comum se perceber certa inclinação pelo desejo do primeiro filho. As mudanças da contemporaneidade, por sua vez, imprimiram novos significados a esses desejos. Já não é mais possível estabelecer certa constância acerca das preferências de gênero; há pais-parceiros de primeira viagem, inclusive que relatam certo desejo maior para ser pai de menina, ainda que admitindo que isso pode representar um desafio maior, dado a pouca destreza com acessórios femininos, com estética ou mesmo pelo custo, que julga ser maior; sim, para alguns pais, ter uma garota pode gerar maior investimento financeiro, dado que para eles, elas gastam mais com roupas, calçados e cosméticos.

Rapaz eu gostei de saber que vai ser menina, só me preocupo com o gasto, que dizem que menina gasta mais (Nv 1).

Se for menino ainda é bom, gasta pouco; mas se for menina, o cara tá é lascado (Registro de Diário de Campo de uma citação de conversa de homens em uma barbearia da comunidade da UBS do Village).

Estudo (SCAGLIA, 2018) tendo como objeto a experiência de ser pai de menina mostrou que há marcante influência materna na relação da filha com o pai, inclusive na censura de que os comportamentos do pai tenham um caráter agressivo, relativo ao descuido, como se fosse um trato mais sensível que o exigido com meninos, realçando certa dificuldade de alguns homens de relacionar afeto e autoridade, dando a mãe, muitas vezes, maior autoridade e limitando-se a uma responsabilidade mais no sentido de suprir material (à medida que a filha vai crescendo).

Ser pai de garoto, para alguns homens, pode se revelar algo mais prático. Mais de acordo com o mundo masculino, com maior potencial de dar continuidade a páginas da história do pai que não foram encerradas, ou que não puderam ser. Para alguns, o filho menino é também um discípulo, ou uma prova da virilidade do homem, que precisa se afirmar também no mundo feminino; afinal, se o pai agora deve levar

a vida mais a sério e não mais exercer sua função viril nos espaços de outras mulheres, o filho no futuro poderá fazê-lo.

Vou dizer a ele [meu filho], pra sair, pegar as nêgas (Nv 2).

No que compete ao nome, é sabido desde o relato bíblico de Adão, que o ato de nomear é também um ato de posse, pertencimento (BÍBLIA, 2014). Os antigos davam especial valor ao significado do nome (CHAMPLIN, 2011), algo tido como a impressão num ser de uma qualidade, um valor, um ponto significativo da história deste, algo sagrado, revelador da história do indivíduo. Daí os pais podem dar aos filhos nomes de personagens da ficção que lhes marcaram, nomes bíblicos que remontem a um sentido religioso, que confira ao filho um primeiro passo na religião dos pais, há também o nome de ascendentes familiares ou outros nomes que chamam a atenção de ambos.

Há pais-parceiros que não dão tanta importância a esse ponto, deixando a cargo da parceira, enquanto há outros que dão mais ênfase nesse desejo. Na presente dissertação, notou-se que dentre as fontes de inspiração para nomes estavam as motivações religiosas, em geral, nomes bíblicos (Nv 6), personagens da ficção (Nv 1), homenagem a outras pessoas da família (Nv 2) e combinações ou similares aos nomes de outros filhos (Nv 11).

De uma forma ou de outra, o poder do pai acerca do nome também está no fato de que é ele quem geralmente faz o registro da criança (BRASIL, 2016). Assim, o nome enquanto ingresso no mundo civil, a inserção do ser na cidadania e na comunidade perpassa pela mediação paterna. Após o que o nome tem um significado simbólico, representa a descoberta numa viagem, remonta a experiência de localizar uma nação ao longo da navegação e deixar nela sua marca, seu nome, sua bandeira. O nome raramente é uma escolha aleatória.

Numa navegação presume-se a utilização de bússolas que permitam ao condutor alguma segurança na viagem. O modelo das marés aqui aplicada identificou que ao menos um grande guia é utilizado pela pessoa que vivencia uma crise, sua história de vida; sim, a sabedoria pessoal do indivíduo construído ao longo de suas experiências é a principal fonte de conhecimento a ser utilizado para resolver um problema, é por essa razão que um dos compromissos do profissional de saúde é converter-se em aprendiz para, a partir disso, ajudar a pessoa a fazer o que precisa ser feito (BROOKES, 2014).

Na viagem da paternidade, isto é, nesse processo de transição, o homem remonta a seu passado, às experiências que precederam sua relação de cuidado com crianças ou laços afetivos sensíveis de natureza similar que possam ajudá-lo. Nesse sentido, emergem duas grandes bases, sua própria vivência como filho e seu contato anterior com crianças (incluindo irmãos mais novos, outras crianças ou seus outros filhos). Tais recorrências, que muitas vezes não eram abastadas de significado antes, passam a ter nesse momento, na condição de ferramentas disponíveis (BROOKES, 2014).

No que diz respeito ao contato anterior com crianças, nota-se que a experiência com alguma forma de cuidado é variável do vínculo ou da responsabilidade prévia nas outras relações. Alguns homens precisaram exercer o papel de cuidador, seja como irmão mais velho, seja como tio ou outra relação de parentesco, apesar de que nesses casos o contato com a criança parece ser mais comum quando se trata de crianças mais crescidas. Quando se referem a outros filhos, por sua vez, o homem já apresenta um conhecimento mais bem estabelecido sobre um modo mais delicado e seguro de ter contato com recém-nascido.

Alguns parceiros citaram as experiências anteriores:

Eu já cuidava de meu outro filho, to tranquilo quanto a isso de cuidar de criança, meu outro filho até me chamava de mãe (Nv2).

Eu cuidava de uns gêmeos que eram meus vizinhos, dava banho, essas coisas; por isso sei que nessas coisas eu não vou ficar atoa não (Nv 10)

A experiência como filho, contudo, é marcante na história dos futuros pais, sobretudo no âmbito intersubjetivo. Não se trata do modo como tocar, cuidar ou assistir, mas da essência da relação de afeto, da formação moral ou da presença que pretende ter na vida dele. Estudos psicanalíticos (VANELI; SILVA, 2011) concordam que a (des) identificação com a figura paterna pode implicar ou num movimento de resistência, na qual o homem procure fazer o oposto a fim de chegar o mais próximo possível do ideal que construiu, ou num movimento de imitação, tentando garantir a reprodução daquilo que aprendeu em se laço afetivo.

Nos casos em que parece confortável para o pai reproduzir a experiência que tiveram com seus próprios pais, ao menos uma coisa se projeta como sendo preciso ser diferente, na verdade, superar: o recurso material. Sim, para os homens que se satisfazem com sua formação moral e afetiva, uma coisa é certa, o desejo de que o

filho tenha aquilo que ele não teve, o que engloba o acesso a bens e serviços, estudar em melhores colégios e ter brinquedos que não foi possível ter. A fala de alguns pais exemplificam:

Meu pai era tudo pra mim, era meu herói, eu quero ter ele como exemplo, sim e quero poder dar mais a minha filha, aquilo que meu pai não pode me dar (Nv4)

Eu faria com meu filho tudo que meu pai fez por mim, só quero poder dar mais, porque eu sabia que meu pai queria dar mais e nem sempre podia (Nv9)

Acho que pela minha relação com meu pai o que eu exemplifico para minha filha é poder estar mais perto, levar junto quando sair, porque meu pai também me levava, a visão que tenho dele é um exemplo para mim (Nv14)

No processo de construção dessa transição, o homem necessariamente remonta à sua própria vivência acerca da paternidade, na condição em que era filho, deparando-se com suas ondas de ambivalência, de amor e ódio. Podem ver a paternidade como uma oportunidade para superar afeto que foi negado no passado (VANELI; SILVA, 2011), impulsionando uma mudança no rumo da história, um exercício para provar a si mesmo que é possível ser um pai mais presente, sacação essa que por vezes pode demorar para se desenvolver, assustar no início, como que temendo que sua história alcançasse o mesmo rumo, tal como expressa Nv 7:

Eu vejo muita coisa boa em meu pai, que eu tomaria como exemplo, mas assim, tem coisa que não tomaria. Ah! Sei lá, meu pai é meio banda voou (N10)

Meu pai era minha mãe, quero ter uma filha para dar a ela tudo que minha mãe me deu (Nv 7)

Essa experiência vivida enquanto norteador da viagem é o que o Modelo das Marés chama de viver com o caos, isto porque compreende a vida como imprevisível e caótica. O profissional de saúde como mediador deve com isso permitir que a pessoa tenha tempo para refletir acerca de seu passado para serem capazes de vislumbrar uma nova experiência, não temendo que a pessoa seja capaz de desenvolver esse processo, deixando que ela seja dona de sua própria vivência, compartilhando com ela seu sofrimento na posição de um socorrista compreensivo, cujas ações são sempre suaves, permitindo a autonomia da pessoa assistida

4.5 Exercitando intervenções e negociações

Diante dos diagnósticos de enfermagem levantados e a partir da compreensão do Tidal Model de que as mudanças de comportamento frente aos problemas e necessidades devem ser planejadas de maneira conjunta, algumas intervenções foram propostas a partir de dois instrumentos, a saber, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as Negociações Conjuntas do Tidal a partir da Avaliação Holística.

O Quadro 11 apresenta uma visão geral desse primeiro instrumento, destacando os diagnósticos que podem ser vinculados a problemas de saúde que presumem uma intervenção.

Quadro 11 Sistematização da Assistência de Enfermagem no modelo convencional

Diagnósticos	Resultados esperados	Intervenções
IMC em nível aumentado- obeso (Nv4) IMC em nível aumentado-sobrepeso (Nv1, Nv5, Nv7, Nv15) IMC em nível diminuído – baixo peso (Nv2, Nv3, Nv11) Nível pressórico aumentado (Nv6, Nv12), Níveis de sódio aumentado (Nv11), Níveis de glicose aumentado (Nv11)	IMC em nível aumentado- obeso adequado Nível pressórico em nível adequado Níveis de sódio em nível adequado Níveis de glicose em nível adequado	Solicitação de exames de rotina para acompanhamento (Nv1- Nv15) Elaboração de mapa de acompanhamento de PA (Nv6) Encaminhamento imediato para médico da unidade (Nv12) Educação sobre alimentação/ sensibilização sobre prática de atividade física (Nv1, Nv5, Nv7, Nv15) Solicitação de novos exames por possibilidade de quebra de jejum ao exame (Nv11) Encaminhamento médico (Nv11)
Calendário vacinal desatualizado (Nv2, Nv3, Nv5, Nv6, Nv7, Nv8, Nv9, Nv10, Nv11, Nv12),	Calendário vacinal atualizado	Encaminhamento para sala de vacina (Nv2, Nv3, Nv6-Nv 12)
Dificuldade respiratória leve (Nv12), Déficit de conhecimento acerca de direitos de saúde relacionados à paternidade (Nv2-Nv 5, Nv8-15)	Dificuldade respiratória leve em nível controlado Conhecimento atual acerca de direitos de saúde relacionados à paternidade	Avaliação de estado respiratório, orientações sobre cuidados com ambiente e encaminhamento médico (Nv12) Educação sobre direitos através da consulta e Grupo Tidal Virtual (Nv2-Nv 5, Nv8-Nv 15)
	Etilismo com danos reduzidos	Estratégias de Redução de danos: Educação para não utilização de tabaco próximo à parceira (Nv2, Nv5, Nv7)

Diagnósticos	Resultados esperados	Intervenções
Etilismo atual (Nv2, Nv7, Nv10, Nv12, Nv14), Tabagismo atual (Nv2, Nv5, Nv7), Risco de etilismo (Nv5, Nv12, Nv15), Uso de canabinoide atual (Nv10), Ansiedade atual com histórico de pânico (Nv12) Sinais/ sintomas psicóticos por histórico de esquizofrenia	<p>Tabagismo com danos reduzidos</p> <p>Canabinoide com danos reduzidos</p> <p>Ansiedade com danos reduzidos</p> <p>Sinais/ Sintomas psicóticos com danos reduzidos</p>	<p>Planejamento para redução de frequência (Nv2, Nv5, Nv7, Nv10, Nv12, Nv14, Nv15)</p> <p>Sensibilização para aumento da aplicação do tempo em outras atividades prazerosas (Nv2, Nv5, Nv7, Nv10, Nv12, Nv14, Nv15)</p> <p>Orientação sobre exercício de respiração profunda, uso de bolas de descarregamento de estresse e Incentivo à manutenção do tratamento psicoterápico (Nv12)</p>
Risco de não-adesão ao programa (Nv2, Nv4, Nv5, Nv7, Nv8, Nv9, Nv10, Nv11, Nv13),	Risco de não-adesão ao programa (Nv2, Nv4, Nv5, Nv7, Nv8, Nv9, Nv10, Nv11, Nv13),	<p>Sensibilização através de Grupo Tidal Virtual</p> <p>Estratégias conjuntas com a unidade (Sala de Espera, Grupos presenciais, incentivo via parceira)</p> <p>Incentivo à participação via contato telefônico, com possibilidade de proposição à visita domiciliar</p> <p>Busca ativa com a enfermeira (Nv10)</p> <p>Busca ativa com ACS</p>

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Por sua vez, através da Avaliação Holística, do Tidal Model era possível exercitar negociações conjuntas na segunda consulta, após o pesquisador realizar a escuta detalhada do áudio da primeira entrevista. O quadro 10 apresenta o movimento de aplicação dessa estratégia, na qual o parceiro era incentivado a “usar as ferramentas possíveis” para construir, juntamente com o enfermeiro, salva-vidas compreensivo, seu plano de cuidados Tidal (BARKER-BUCHANAN-BARKER, 2005), com a respectiva quantificação da intensidade do sofrimento, perturbação e controle, valorizando a fala da pessoa cuidada como componente do diagnóstico.

Quadro 12 Negociações conjuntas no Tidal Model

Situação relatada	Sofrimento/ Perturbação/ Controle	Negociações com ferramentas disponíveis
<p>Ondas de Medo e Risco de Ilhar-se no Trabalho</p> <p>Preocupado por eu já ter dois filhos e saber que a despesa ia aumentar (Nv6)</p>	9/9/10	<p>Economizar saindo mais de bicicleta</p> <p>Diminuir o gasto com coisas supérfluas</p>
<p>Risco de Ilhar-se no Trabalho</p> <p>Não cheguei a mudar minha rotina, mas estou aumentando a carga horária de trabalho (Nv 15)</p>	5/0/7	<p>Organizar e administrar os horários para não se tornar exaustivo</p> <p>Usar Equipamentos de Proteção Individual</p>
<p>Ondas de Medo / Risco de não abrigar-se no Trabalho</p> <p>Não tenho emprego nem nada, to indo mais pela sorte (Nv 10)</p> <p>Meu ponto fraco pode ser em relação a status, essas coisas. Ter que comprar coisas para o menino (Nv 10)</p>	10/ 5/ 4	<p>Ampliar os esforços pela busca de emprego</p> <p>Tranquilizar para atentar para o lado positivo</p>
<p>Risco de Ilhar-se na Ebriedade</p> <p>Para passar a vontade de fumar, já tentei andar com cachorro, usar celular, mas não rola (Nv 10)</p>	8/8/0	Criar outras estratégias de Redução de Danos
<p>Risco de não abrigar-se na ebriedade (lazer)</p> <p>Minha rotina também mudou, antes eu ia para o shopping com ela tomar chopp, mas hoje a gente não faz mais isso (Nv 4)</p>	0/0/10	Adotar outras estratégias compensatórias de lazer (filmes e passeios)
<p>Ondas de Medo</p> <p>Ansioso, para saber a reação dos meus dois filhos como vai ser (Nv 6)</p>	5/7/0	<p>Ser mais aberto com os outros filhos</p> <p>Incentivá-los a participar de atividades relativas aobebê (montar quarto, berço, comprar roupas)</p>
<p>Ondas do Medo</p> <p>Um turbilhão de sentimentos acaba se misturando porque são diferentes circunstancias que eu vivo, tanto do trabalho, como da faculdade, como da minha relação familiar (...) (Nv 3)</p>	5/8/8	<p>Buscar se acalmar mais;</p> <p>Fortalecer a esperança e confiar mais no futuro e na família;</p> <p>Buscar trabalho que se ajuste melhor à faculdade;</p> <p>Tentar organizar melhora tempo;</p> <p>Resolver problemas de relação com a família através do diálogo</p>
<p>Ondas do Medo</p> <p>Ela [parceira] teve um susto do assalto também, que ela teve agora há pouco (Nv 15)</p>	10/5/8	<p>Acalmar parceira;</p> <p>Continuar acompanhado ela em consulta;</p>

Situação relatada	Sofrimento/ Perturbação/ Controle	Negociações com ferramentas disponíveis
		Sugerir que parceira participe de terapia ou grupos de autoajuda, Fortalecer a espiritualidade e esperança da parceira,
Ondas do Medo A única coisa que me preocupa hoje é só a financeira (Nv 1)	8/4/0	Manter esforços para conseguir emprego Tranqüilizar-se com a possibilidade de ficar mais tempo com a criança em casa
Ondas do Medo Pessoal fala, óia, vai ser pai de menina. Tá lascado (Nv 1)	0/0/10	Vivenciar a própria experiência
Marés do Desconhecimento Rapaz, acho que dessa criança eu também até posso cuidar, mas não vai ser com maestria não (Nv 6)	10/10/0	Participar de grupos de educação em saúde Exercitar cuidados em outras crianças da família.
Marés do Desconhecimento Estou muito nervoso porque você sabe que é a primeira vez né? Eu quero estar preparado para [...] saber o que fazer (Nv 4)	10/10/0	Participar de grupos da unidade; Contatar pesquisador quando tiver dúvidas Compartilhar experiência com outros pais Visitar o hospital com antecedência
Marés do Desconhecimento Quero estar preparado para quando chegar a hora certa saber como é que vai ser (Nv 15)	7/5/10	Continuar comparecendo as consultas Compartilhar dúvidas com profissionais de saúde Exercitar cuidados em outras crianças da família
Marés da Dúvida Minha sogra ficou preocupada se ela [enteada de 4 nos] ia ser excluída (Nv 4)	0/0/10	Incentivar enteada a participar do pré-natal; Envolver a enteada na criação da irmã;
Iceberg do Humor da Parceira Ontem ela estava muito abusada [...] tentou se estressar um pouco aí desviei do caminho (Nv 15)	0/0/10	Continuar desviando-se do choque com o humor da parceira Dialogar sobre as variações de humor após amenização do quadro
Iceberg dos Conflitos Familiares Ultimamente a gente vem passando por uma turbulência (...) assim, gente de fora da família perturbando meus pais (Nv 15)	0/0/10	Dialogar com as pessoas envolvidas Acionar outros órgãos competentes, se necessário
Iceberg dos Conflitos Familiares	6/6/9	Esforçar para tornar mais aberta a convivência

Situação relatada	Sofrimento/ Perturbação/ Controle	Negociações com ferramentas disponíveis
<p>Moramos com os pais dela, meu sogro e sogra (Nv3)</p> <p>Minha relação com os pais atualmente não está tão harmoniosa (Nv 3)</p>		
<p>Reflexos da imagem na água da paternidade</p> <p>A chegada da menina também vai mostrando a nossa idade, né? Trinta anos! (Nv 1)</p>	2/0/7	Atentar-se para o lado positivo da idade (experiência de capitão)
<p>Pouco domínio da bússola da experiência</p> <p>Nunca precisei fazer gogó nem trocar fraldas nem cuidados assim, mas se tiver que fazer agora, tô preparado, a gente faz (Nv 15)</p>	0/0/0	<p>Utilizar materiais educativos que colaborarem</p> <p>Treinar em outras crianças da família</p> <p>Continuar participando das consultas para acessar esse conteúdo</p>

Fonte: Autor da pesquisa, 2019.

Observa-se que quatro pais/ parceiros participaram dessa etapa. As propostas de ação ocorriam de acordo com a proposta ética do Tidal Model, que valorizava a autonomia da pessoa, incentivando os pais/ parceiros a descobrirem suas próprias ferramentas, resgatando sua sabedoria pessoal. Nesse processo percebeu-se que muitos pais/ parceiros usavam a bússola da experiência em associação com as estratégias propostas pelo que se convencionou aqui chamar de farol, isto é, aquelas propostas pelo serviço de saúde, com o objetivo de iluminar o parceiro na tomada da decisão.

A experiência de elaboração desse planejamento em si mesmo se apresenta contra-hegemônico uma vez que valoriza o lugar do próprio homem na construção de seu plano de cuidado, ao promover o valor de sua voz e de sua linguagem, e permitindo que ele mesmo revele quais são as ferramentas de que dispõe para resolver aquilo que para ele seria um problema ou necessidade, dando a ele oportunidade para definir o que espera que a unidade de saúde faça por ele (SANTOS, 2014). Esse processo de corresponsabilização do cuidado concorda com os fundamentos do modelo quanto a enfoque nas soluções e no ato de fazer o que precisa ser feito (BARKER, 2005)

A construção de negociações conjuntas no Tidal Model, na aplicação com os pais parceiros revelou-se um espaço de construção criativa em que o pai/ parceiro ao narrar sua história tornaria possível ouvir a si mesmo, percebendo melhor seus limites, os impactos de suas ações nas demais pessoas do contexto. No contexto da masculinidade, ações que evocam o sentimento de iniciativa e liderança masculina podem ser compreendidas como alternativas frente aos desencontros do homem ao serviço de saúde (SILVA, 2018).

As negociações conjuntas no Tidal Model, aplicados ao público masculino, assim, atuaram como espaços de promoção de autonomia (BARKER, 2005), encontros em que homem poderia participar da própria construção do cuidado e abrir-se à possibilidade de ver a atenção de enfermagem como algo para além da intervenção médica sobre a doença, mas como encontros nos quais ele mesmo não se colocava apenas como paciente ou expectador.

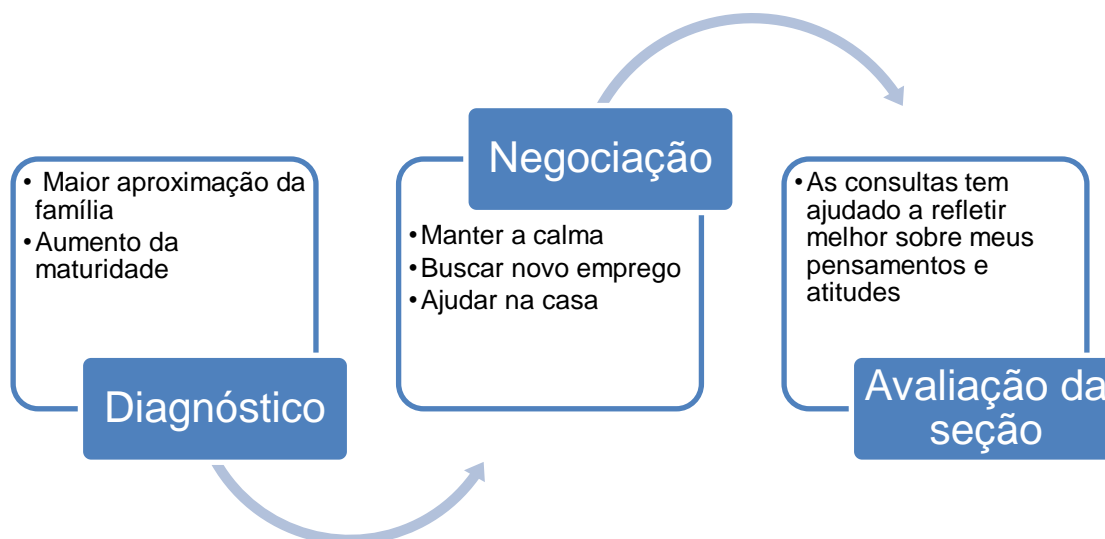
4.6 Implementando e avaliando as ações

As ações de implementação de enfermagem em geral estão vinculadas às atitudes dos pais/ parceiros a partir das orientações decorrentes do modelo convencional e das negociações conjuntas. O cenário que melhor se adéqua para observação das ações negociadas seria as consultas de enfermagem, sobretudo a partir do 3º encontro, durante as Sessões de Um a Um ou Planos de Segurança Pessoal, bem como dos Grupos Tidal Model (que serão tratados na próxima seção), algumas outras ações, sobretudo aquelas obtidas através da SAE puderam ser confirmadas através de outros vínculos (como a comunicação nos grupos e via telefone) ou mesmo foram resolvidas ainda na primeira ou segunda consulta, tal como a atualização do calendário vacinal, orientações acerca da alimentação ou de cuidado em saúde geral, educação sobre direitos ou fisiologia gestacional e medidas preventivas sobre infecções sexualmente transmissíveis.

De fato, o Tidal Model é considerado um modelo de natureza eminentemente educativa (BARKER, 2005), de modo que muitas ações implementadas na atenção de enfermagem se dá na natureza do encontro, sendo otimista sobre o fato de que, após aquele momento, a outra pessoa certamente será afetada de alguma forma e poderá rever o modo como escreve sua própria narrativa em suas ações e comportamentos.

Um pai/ parceiro, Nv 3, participou da Sessão de Um a Um. A experiência traçou o seguinte percurso (Figura 12).

Figura 12 Representação de Sessão de 1 a 1



Fonte: Base de dados dos autores, 2019

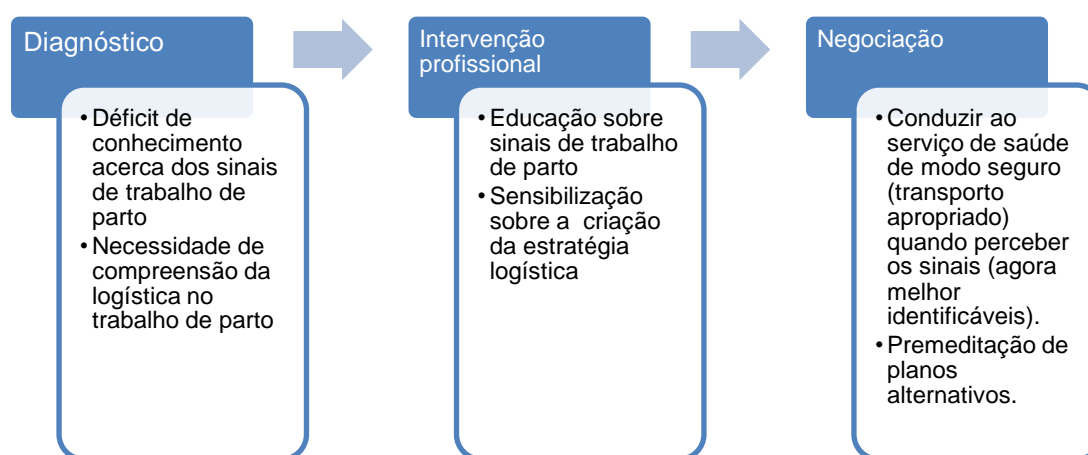
Pelo caráter da experiência, a Sessão de Um a Um se coloca como uma ação de natureza pragmática para o Tidal Model (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2006), espaço no qual é possível que a pessoa assistida estabeleça ações objetivas para resolver seus principais problemas ou necessidades, permitindo ao longo do tempo que ela construa novos sentimentos e atitudes frente a seus contextos de vida (BARKER, 2003), de modo a permitir, conforme a experiência de Nv 3, perceber que poderia superar seus próprios limites no âmbito relacionais com os pais e com a família da parceira.

O foco das atenções nessas sessões com o pai em questão girou em torno do Iceberg do conflito familiar, que no âmbito das transações ocorre de maneira mais comum com adolescentes, sobretudo os que vivenciam a experiência perinatal (DURAN, 2011), vivenciando ondas características mesmo de sua faixa etária. As sessões de um a um, portanto, permitem que o pai/ parceiro possa ir escrevendo as páginas de suas mudanças mediadas pela presença profissional a fim de que o sofrimento, conforme Birman (2003), não se converta em dor, sendo um espaço terapêutico.

Avalia-se, portanto, que a utilização da Sessão de Um a Um foi útil no processo de aproximação do pai/ parceiro Nv 3 com a família, fornecendo-lhe maior sensação de segurança e maturidade.

Outro pai/ parceiro, Nv 12, participou do Plano de Segurança Pessoal (Figura 13), instrumento adaptado para ajudar em situações que podem requerer mais atenção e cuidado da própria pessoa sobre ela mesma e os outros (BARKER, 2005)

Figura 13 Representação do Plano de Segurança Pessoal



Fonte: Base de dados dos autores, 2019

O plano de segurança pessoal promoveu um cenário de preparo do pai/ parceiro para se sentir melhor preparado frente aos sinais de trabalho de parto. A consulta contou com um momento educativo para que o pai/ parceiro pudesse identificar quando o parto estaria ou não iminente. Tal estratégia corresponde aos diagnósticos obtidos na pesquisa, bem como ao que consta na literatura acadêmica (DURAN, 2011; GOMES; RESENDE, 2004; MATOS et al., 2017) acerca do sentimento de despreparo do homem frente a esse momento.

Configura-se, assim, como mais um espaço de implementação de ações de enfermagem durante as consultas. Incentivar o pai/ parceiro a produzir o próprio plano de viagem, a se apropriar dos mapas, a partir da compreensão acerca da fisiologia materna amplia o sentimento de segurança acerca do momento que, para alguns homens, pode ser tão traumática quanto para a mulher (DURAN, 2011).

Para fins de avaliação do uso do instrumento, é mister descrever, como dado do Diário de Campo, que Nv 12, através de ligação telefônica, comunicou ao pesquisador que não houve intercorrências na gestação e que a utilização do Plano de Segurança permitiu que ele reagisse ao momento de maneira “mais racional”.

4.7 Experienciando os Grupos Tidal

4.7.1 Os Grupos Tidal Presenciais

Foram realizados dois encontros grupais presenciais, abertos para a presença de casais, considerando a dificuldade de marcação com os homens e o fato de os horários de disponibilidade deles geralmente serem divergentes.

O primeiro ocorreu em 11/07/2018, na sala de grupos da unidade básica, contando com a participação de 9 gestantes, 1 pai e 4 profissionais de saúde. O tema escolhido foi “Tampão mucoso, contrações e líquido amniótico”, uma vez que se percebeu ao longo das consultas que os pais/ parceiros demonstravam déficit de conhecimento sobre esses assuntos, apresentando dúvidas a respeito dos sinais de trabalho de parto.

Tal como os grupos de intercâmbio de informações definidos no Tidal Model (BARKER, 2005), contou com palestra promovida por pessoas que conheciam cientificamente o assunto (o pesquisador e a enfermeira da unidade) e, mantendo os princípios dos grupos de soluções e descoberta, permitiu-se a modalidade de roda de conversas.

O pai que participou assim se referiu acerca da importância da discussão, ao final do grupo:

Muito boa essa conversa aqui de hoje, eu mesmo, como homem, estava até preocupado sobre como eu ia lidar com o momento do parto, porque eu não sabia nada disso aí. Pensava que assim que começasse a dor, tinha que correr e tinha pouco tempo pra nascer (Nv 4)

O segundo encontro contou com 6 gestantes, 1 pai/ parceiro e 4 profissionais de saúde. Nele foram discutidos os cuidados em saúde mental oferecidos pelo pré-natal do pai-parceiro, apresentando dados epidemiológicos do adoecimento mental do homem, as adaptações emocionais da gestação, bem como o Modelo das Marés como alternativa para lidar com essas necessidades.

O encontro teve como um dos ganhos a inserção de um novo pai, que até então ainda não participara do pré-natal do pai (N6), bem como o fortalecimento do vínculo com o casal N3 e parceira; além de oportunizar a sensibilização do tema para outros profissionais de saúde.

A palestra de hoje foi ótima, e você me fez chegar a certos pontos que eu não tinha parado para pensar (Parceira de Nv 3)

A conversa foi muito boa, porque realmente nós, homens, não somos tão preocupados assim com saúde mesmo não. É bom até pra gente que é profissional (Relato de um ACS).

Em linhas gerais, observa-se que a baixa aderência de homens nos encontros grupais e, por sua vez, uma presença superior de mulheres estende um dado já afirmado nos diagnósticos identificados nessa pesquisa e mesmo na literatura acadêmica, a saber, os homens vão pouco para os serviços de saúde, sobretudo de atenção primária (GOMES, 2008; RIBEIRO et al, 2017), o que exige dos profissionais pensar outras estratégias de cuidado que dialoguem com as condições do mundo contemporâneo e mesmo da rotina do pai/ parceiro.

Quanto aos temas e a reação dos participantes, pode-se notar que, para aqueles que participam dos grupos reconhecem a importância do espaço como um ambiente de informação e troca, bem como de ampliação de vínculos e mesmo de educação permanente. Não obstante, os grupos são tecnologia de promoção de cuidado muito usadas na saúde mental (BARKER, 2005) e que devem ser instrumento crescente na Atenção Básica (BRASIL, 2016).

4.7.2 O Grupo Tidal Virtual

Percebendo a dificuldade de adesão do homem à atenção básica, a criação de um espaço de troca virtual se apresentou como possibilidade de extensão do Grupo Tidal, o que levou à criação de um grupo no aplicativo *Whatsapp*, do qual aderiu todos os pais/ parceiros, desde o dia em que concordaram com a participação na primeira consulta.

Na metáfora das marés (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2005), o mundo virtual se apresenta como mais um espaço de navegação no qual o salva-vidas compreensivo deve mergulhar para realizar o salvamento. A flexibilidade das águas desse cenário emergiu como possibilidade.

Tendo em vista os objetivos dos grupos de soluções e descobertas (BARKER, 2005), os grupos virtuais também buscaram ser cenários de liberdade para que os pais-parceiros falassem livremente sobre suas experiências, de modo a se configurar como canal de livre expressão, compartilhamento de vivências e discussão de temas com intervenções do pesquisador apenas no sentido de movimentar o grupo e estimular o diálogo entre os participantes.

Emergiram, assim, temas como:

- Relatos de experiências sobre a vivência de paternidade antes do nascimento:

Creio que serei o pai mais jovem do grupo. Não tenho nenhuma ansiedade. Possuo mais preocupações do que qualquer outra coisa. Mas venho equilibrando meus sentimentos pra que eu possa tomar as melhores atitudes. Fora isso, estou muito feliz, pois gosto da ideia de ter um filho (N3)

- Relatos de experiências sobre a vivência de paternidade após o nascimento:

Não tenho como comparar, é um misto de emoções com picos em amor, cuidado, preocupação, ansiedade, medo, pois agora já era, a vida despreocupada, acordar a hora que quer, comer o que quer, sair quando quer... Essas coisas, agora mesmo, a bebê estava mamando, terminou veio pra mim, coloquei pra arrotar bem rapidinho e cama, tenho bastante dicas e experiências pra compartilhar, mas por agora é só, boa noite a todos (N1)

É interessante que os pais também acompanhem essa fase, conduzindo para as consultas, levando para vacinação e estando atento a sinais de adoecimento (Pesquisador)

É isso mesmo, ponho pra arrotar, nino, dou banho, durmo com ela, tiro do berço quando quer chorar, brinco. Essas coisas, a mãe dar mama e brinca também, a ação de mamar gasta muita energia da mãe (N1)

No meu caso, acredito que o homem tem poucas dificuldades. A grande dificuldade, na verdade, é que na hora do parto, somos poucos util. Mas, o parto foi complicado. Estivemos por 4 vezes na maternidade. E só na última vez que o parto ocorreu. As primeiras vezes ela sentiu contrações, mas foram leves, sem dilatação. E na última vez, ela teve uma ótima dilatação que chegou a 9 cm, mas perdeu as forças e não conseguiu prosseguir. E o bebê, segundo informações, fez coco na barriga. E foi preciso uma cesariana urgente. Ele por conta da demora do parto, teve dificuldades de respiração. Ficou na incubadora por quase 3 dias. Mas respondeu bem ao tratamento e no dia de ontem, quarta-feira de onze da manhã teve alta. Tanto o bebê quanto a mãe (N6).

- Sugestões fornecidas pelos pais a respeito de diversas experiências, com destaque para o papel de suporte para a mãe e dicas de economia:

Bom dia pessoal, olha não sou especialista no assunto, contudo pela experiência vai umas dicas sobre paternidade: 1- apóie sempre sua esposa, pois ela vai ficar muito estressada, e por besteira. 2 - não sei se algum de vocês pretende dar mamadeira, mas mesmo assim compre, sério mesmo. Caso use, vende no OLX e tal. Nós não queríamos dar mamadeira pra nossa, mas ela nasceu com a língua muito pegada e [realizou cirurgia] porém demorou 4 semanas e pouco pra conseguir fazer [efeito] e a bebê perdeu muito peso e eu tive que sair correndo doido atrás de uma mamadeira específica que só vende na Cinderela baby. É uma anti cólica, muito boa, eu recomendo. Qualquer dúvida, chama no privado (N1).

Ah! E a propósito, mais uma dica: Compre uma cadeirinha de descanso para o seu bebê. Caras podem apostar, ajuda muito (N1).

- Reações acerca da licença paternidade:

Não... Prefiro ficar com os dias dentro. E sair quando precisar. Bebê sempre precisa ir a medico ou algo parecido então prefiro não tirar os 5 dias de direito E sair sempre que for preciso. Desta forma, a empresa não terá como reclamar caso falte ou chegue atrasado como foi o caso de hoje (N6).

- Incentivos para que o pesquisador também se tornasse pai:
Só falta você entrar no time dos pais também, Pesquisador! Kkk (N3)

A participação do pesquisador no grupo consistia em fornecer subsídios científicos no tocante às dúvidas e sugestões dadas pelos participantes. É importante mencionar que muitas inquietações dos participantes eram compartilhadas por eles (e por suas parceiras) através de mensagens privadas ou por ligação, espaço no qual emergiam perguntas vinculados ao estranhamento frente a sinais e sintomas que não sabiam se eram normais ou patológicos na mulher (constipação intestinal, cefaleias, valores de pressão arterial, emissão de líquidos, dentre outros). Em muitos casos, os parceiros, por dificuldade de expressar exatamente a queixa, que muitas vezes era da parceira, solicitava que ela mesma explicasse para o pesquisador.

As intervenções consistiam em acalmar, tranquilizar ou educar a respeito do processo fisiológico gestacional. Ainda que muitas vezes os participantes e suas parceiras solicitassem que certas decisões fossem tomadas pelo pesquisador, havia sempre um movimento de valorizar a autonomia da pessoa, após ela tomar ciência dos fundamentos e das consequências referentes às suas queixas. Apesar da assistência e disponibilidade do pesquisador, por questões éticas e de cuidado em saúde, os participantes (e conseqüentemente suas parceiras) eram informados, durante a comunicação, que as orientações não deveriam substituir a presença de ambos no serviço de saúde.

Outras aplicações práticas do Grupo foram: ser um canal para saudações, comunicar a presença do pesquisador na unidade de saúde, convidar para grupos e eventos na unidade, envio de mensagens motivacionais, divulgação de livros e entrevistas direcionadas para pais, compartilhamento de fotos das crianças após o nascimento. É mister mencionar que a cada notícia de novo nascimento ou compartilhamento de imagens, sempre havia atividade intensa dos outros pais parabenizando; assim como eles eram acolhedores com os novos pais que iam gradativamente participando do grupo.

Os grupos virtuais, assim tendem a ser instrumentos que serão gradativamente mais utilizados nos serviços de saúde como alternativa da evasão aos grupos presenciais, fato este que já se coloca como evidência no próprio crescimento do ensino a distância (ARRUDA; ARRUDA, 2015). Como espaço de construção,

informação e notificação, as redes sociais se configuram como motores que tentam acelerar os barcos, fazendo com que as navegações no oceano de experiências com as pessoas se dêem em outros ritmos de velocidade.

Sendo ainda um campo pouco explorado, devido a seu recente tempo de existência, há (HAN, 2018) quem criticam desde já esse enxame digital, enfatizando que muitas situações podem se reduzir na dimensão da superfície, dado que a experiência, distante do contato físico, pode não soar tão proveitosa, principalmente dado à dificuldade de identificação de sinais não-verbais através do mundo digital, o que se configura como principal limitação apesar da tecnologia estar relacionada a avanços na prática profissional (BARBOSA; SILVA, 2017).

Deve, portanto, o salva-vidas compreensivo do Tidal Model atentar para que na experiência de atenção em saúde possa deixar claro para a pessoa assistida que o espaço virtual não substitui a consulta enquanto estratégia de atendimento, porém pode colaborar na ampliação do vínculo, na promoção de relacionamento interpessoal entre pessoas que podem praticar entre si a autoajuda, na melhora da comunicação entre a unidade de saúde e a pessoa cuidada quanto à divulgação de eventos, dentre outros.

Não limitar as possibilidades de cuidar das pessoas, atrelando para isso a tecnologia é também um exercício de vincular-se a comunidade, destacando-a como núcleo do processo terapêutico (BARKER, 2005); afinal, para além das águas do oceano de experiências presencial, com seus instrumentos palpáveis, o mundo digital tem requerido do profissional de saúde repensar suas estratégias, fazendo-o pensar em novos remos para navegar num mundo cíbrido (GABRIEL, 2012), águas que agora se cruzam com o Tidal Model.

5 CONCLUSÃO

Esse trabalho se propôs a **analisar o Tidal Model no pré-natal do pai/parceiro como um modelo de promoção de integralidade na atenção de enfermagem.**

A aplicação do Tidal Model na atenção de enfermagem ao pré-natal do pai promoveu um conjunto de ações em direção à integralidade. Como ponto de partida, destacam-se os estímulos com vistas a incentivar a própria unidade de saúde a movimentar-se no acolhimento do público-alvo, percebido nas estratégias de aproximação, geração de grupos, oferta de recursos de saúde e mobilização de recursos humanos em cada compartilhamento de cuidado. Esse movimento tinha em vista aproximar o serviço da pessoa cuidada, diminuindo os desencontros.

Outro conjunto de ações direcionadas à integralidade tem a ver com a oferta de consultas de enfermagem que ultrapassassem o nível clínico-biológico, porém o considerasse como parte do processo de cuidado integral. Os pais/ parceiros acompanhados tiveram acesso aos recursos de que a unidade dispunha como porta de um programa de saúde coletiva e, mais que isso, puderam ser ouvidos em outras queixas ou situações que exigiam atenção em torno do seu próprio sentido singular da experiência.

No âmbito da atenção de enfermagem, assim, a coleta de dados teve a oportunidade de se aproximar daquilo que melhor correspondia aos sentimentos dos pais/ parceiros durante a fase de transição; permitindo a construção de diagnósticos que se cruzavam com o fluido movimento do pai/ parceiro no oceano de experiências, com suas ondas, marés, icebergs e ilhas, metáforas do Tidal Model, que imprimiram um sentido poético a algo que deixaria de ser uma consulta rígida para tornar-se um balé que carece da presença do outro, a pessoa assistida, para se tornar uma dança sincrônica.

Essa dança sincrônica, por sua vez, no processo de enfermagem, foi demonstrada na construção de planos de cuidado que se apresentavam como negociações conjuntas que permitiram, como exercício de integralidade, elevar o pai/ parceiro de uma natureza passiva de paciente, para inquietantes momentos em que deveria ele mesmo propor o que poderia ser de melhor para ele, assumindo-se como co-responsável.

A implementação e avaliação das ações de enfermagem negociadas em conjunto, por sua vez, puderam ser observadas parcialmente, uma vez que, alguns diagnósticos e intervenções que exigiam maior acompanhamento foi afetado por desencontros ainda não superados em sua totalidade pela experiência dessa pesquisa, quanto a dificuldades ainda constantes para garantia de uma maior aderência dos homens à Atenção Básica.

Ainda no entendimento de que a integralidade pressupõe ações que superem o espaço do consultório e a relação enfermeiro/pessoa cuidada, foram realizados grupos presenciais e virtuais, sendo este último a oportunidade de usar a tecnologia como pista para superar os desencontros na saúde do homem e amenizar o impacto do distanciamento deles nas consultas e grupos presenciais.

Em suma, ao navegar com os remos do Tidal Model na atenção de enfermagem no pré-natal do pai/ parceiro foi possível explorar narrativas que dificilmente poderiam ser manifestas no modelo convencional, o que deve instigar o enfermeiro na descoberta de outras ferramentas, instrumentos, modelos teóricos e teorias (principalmente na própria enfermagem) para ampliar as possibilidades de cuidar das pessoas.

Ao responder à questão *O Tidal Model se configura como um modelo de promoção de integralidade na atenção de enfermagem ao pré-natal do pai/ parceiro?* É possível declarar que sim, até onde foi possível navegar nesse imenso oceano de experiências que é o pré-natal do pai parceiro, apresentando limitações como qualquer outra navegação, aqui objetivamente traduzidas pela dificuldade de inferir dados mais consistentes acerca do potencial do Tidal Model na implementação e avaliação como etapas do processo de enfermagem, bem como a respeito dos grupos presenciais, em ambos os casos a análise dos resultados exigiriam um maior número de consultas subsequentes.

No âmbito do Tidal Model, tais limitações devem fazer pensar e repensar formas de fortalecer os portos e navios do serviço de saúde e os equipamentos de nossas ações para enfrentar com mais segurança as marés que impedem o acesso de alguns homens e as turbulências que conduzem alguns para fora do barco.

Oferece-se, assim, como produto desse trabalho aos enfermeiros, outros profissionais de saúde e demais que estão inquietos assumindo a condição de salvavidas compreensivo a pais/parceiros, os resultados de uma busca por integralidade do cuidado a partir do Tidal Model, que perpassou por um arcabouço de críticas ao

modelo hegemônico de assistência, explorou narrativas acerca da vivência da paternidade, as quais foram exaltadas numa linguagem por vezes poética, e exercitou ações, que podem inspirar ou mesmo despertar no caminho para a integralidade, o que trata-se mais de uma viagem, navegação, que mesmo de um destino.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F. F.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 565-572, 2007.

ARRUDA, E. P; ARRUDA, D. E. Educação em Revista Belo Horizonte, v.31, n.03, p. 321-338, Julho-Setembro 2015.

BARBOSA, B. N.; GONDIM, A. N. C.; PACHECO, J. S.; PITOMBEIRA, H. C. S; GOMES, L. F., VIEIRA, L. F.; DAMASCENO, A. K.C. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 jul/set, v. 13, n. 3, p:464-73

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado de enfermagem por telessaúde: qual a influência da distância na comunicação? **Revista Brasileira Enfermagem**. 2017, v. 70, n. 5, p. 978-84.

BARKER P, BUCHANAN-BARKER. **The Tidal Model: a guide for mental health professionals**. New York: Brunner- Routledge, 2005.

BARKER, P. J. The Tidal Model : the questions answered. **IN Mental Health Practice**, v. 5, n. 8, p. 29–38, 2002.

BARKER, P. J. The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 37, n. 3, jul-set. 2001,p.79-87.

BARKER, P. J. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**,v.8, nov. 2001, p. 233–240.

BARKER, P. J. The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 12, n. 2, p. 96–102, 2003. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-0979.2003.00275.x>>.

BARKER, P. J.; BUCHANAN-BARKER, P. Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: **A Global Reflection. Archives of Psychiatric Nursing**, v. 25, n. 5, p. 350–358, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.009>>.

BARKER, P. J.; BUCHANAN-BARKER, P. The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, p. 171–180, 2010.

BARRAL, G.L.L. Bares. **Nos bares da cidade: Lazer e sociabilidade em Brasília**. 2012. 233 folhas. Tese de doutorado (Sociologia). Universidade de Brasília, Distrito Federal.

BECHARA, E. **Dicionário Escolar da Academia Brasileira de Letras**. São Paulo: Companhia Editora Nacional: 2011.

BERGER, J. L. Incorporation of the tidal model into the interdisciplinary plan of care - A program quality improvement project. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 13, n. 4, p. 464–467, 2006.

BILEY, F. C. My life: my encounters with insanity. **Journal of Holistic Nursing**, v. 28, n. 2, p. 150–155, 2010.

BIRMAN, J. **Dor e sofrimento num mundo sem mediação**. Estados gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf>. Acesso 13 dez. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso 23 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília – DF, 2004. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso 23 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Programa de Humanização: **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília – DF, 2006. Disponível: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso: 23 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Princípios e Diretrizes**. Brasília – Distrito Federal, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf> Acesso 25 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Distrito Federal, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso 31 de jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Guia do Pré-Natal do Parceiro para profissionais de saúde** – Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso 26 mai. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. Disponível: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso 23 dez. 2018.

BROOKES N. **The Tidal Model in the mental healthrecuperation**. 8th ed. In: Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorist sandtheirworks. New York (EUA): Elsevier; 2014

BROOKES, N; MURATTA, L; TANSEY, M. **Tidal waves implementing a new model of mental health recovery and reclamation**. *Canadian nurse*, out. 2008, p. 22-27.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1982.

BUCHANAN-BARKER, P; BARKER, P J. The Ten Commitments: A Value Base for Mental Health Recovery. **JournalofPsychosocialNursing**, v. 44, n. 9, p. 29–34, 2006.

CADONÁ, E.; STREY, M. N. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Estudos feministas**, Santa Catarina, v. 22, n.2, p.477-499, maio-ago 2014.

CALDIN, C. F. **Biblioterapia – um cuidado com o ser**. Parto das Ideias: São Paulo, 2010.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CHAMPLIN, R. N. **Enciclopédia de Bíblia, Teologia e Filosofia**. Rio de Janeiro: Hagnos, 2011.

CONNELL, R. Políticas da masculinidade. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, jul-dez 1995.

COOK, N. R; PHILLIPS, B. N; SADLER, D. The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. **JournalofPsychiatricand Mental Health Nursing**, v. 12, fev. 2005, 536–540.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n.1, p. 5-15, set. 2004.

COSTA, R. G. De clonagens e de paternidade: as encruzilhadas de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 11, p. 157-199, 1998.

FONSECA, C. J. B. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, Maceió, v. 1, n. 1, p. 11-36. 2012.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro, SciELO-Editora Fiocruz, 2017.

FREITAS, W. M. F.; SILVA, A. T. M. C.; COELHO, E.A.C.; GUEDES, R.N.; LUCENA, K.D.T.; COSTA, A.P.T. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009.

FREUD, S. **Totem e Tabu**. São Paulo: L&PM, 2013.

GABRIEL, Martha. Cibridismo – o mundo on-offline. Palestra proferida em 2012 para o evento TED x Canovas. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=p-EJ3kDwE4g>>. Acesso: 16 fev. 2019.

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

GARIIDO, M.C.T et al. Prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral na cidade de Salvador- BA. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, 2016, Jan../Abr., v. 20, n. 1, p. 37-72.

GOMES, A. J. S.; RESENDE, V. R. O pai presente: O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Revista Psicologia Teoria e Pesquisa**, v 20, n. 2, p. 119-125, mai.-ago 2004.

GOMES, R. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, nov-dez 2008.

GORDON, W; MORTON, T; BROOKS, G. Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 12, jul.2005, p. 703–712.

HAN, B. C. **No enxame – perspectivas do digital**. São Paulo: Vozes, 2018.

HEIGHTS, E. F. Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. **Art&Science**, v. 21, n. 40, p. 125, 2013.

HENDERSON, Jeanette. How the tidal model was used to overcome a risk-averse ward culture. **Mental Health Practice**, v. 17, n. 1, p. 34–37, 2013. Disponível em: <<http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/mhp2013.09.17.1.34.e811>>.

HIPFNER, C. M.; BENNETT, Lacey; GETTLE, Denise; et al. Teaching recovery principles with concept map care planning. **Journal of Mental Health Training, Education and Practice**, v. 12, n. 5, p. 292–299, 2017.

HUNGERFORD, Catherine. Recovery as a model of care? Insights from an Australian case study. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 35, n. 3, p. 156–164, 2014.

JACOB, J. D.; HOLMES, Dave; BUUS, Niels. Humanism in forensic psychiatry: the use of the tidal nursing model. **NursingInquiry**, v. 15, n. 3, mai. 2008; p. 224–230.

KHEL, M. R. **O tempo e o cão**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

KIDD, Jacquie. Cultural boundary surfing in mental health nursing: A creative narration. **Contemporary Nurse**, v. 34, n. 2, fev.-mar.2010 p. 277–288.

KILMER, D. L; LANE-TILLERSON, Crystal. When still waters become a soul tsunami Using the Tidal Model to recover from shipwreck. **Journal of Christian Nursing**, v. 30, n. 2, abr. – jun. 2013, p. 101-104.

KILMER, Debra L; LANE-TILLERSON, Crystal. When still waters become a soul tsunami Using the tidal model to recover from shipwreck. **Journal of Christian nursing**, v. 30, n. 2, abr. – jun. 2013, p. 101-104.

MAFFASOLI, M. **Instante eterno**. São Paulo: Zouk, 2003.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MATOS, M.G. et al. Gestação paterna: uma experiência subjetiva. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.49, p.147-165, jan./jun. 2017.

MENDONÇA, W. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, 2009, v. 43, n. 1, p. 85-90.

MILHORIM, Thaís Kristine; CASARINI, Karin A.; SCORSOLINI-COMIN, Fábio. Os sonhos nas diferentes abordagens psicológicas: apontamentos para a prática psicoterápica. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, 2013, v. 14, n. 1, p. 79-95.

MOORE, H. L. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. **Cadernos Pagu**, v. 14, p. 13-44, 2000.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra**. São Paulo: Martin Claret, 2014.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do Cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

O'DONOVAN, A. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: Reality or rhetoric? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 14, n. 6, p. 542–548, 2007.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, 2017.

SAFRA, G. **A poética na clínica contemporânea**. São Paulo: Ideias e letras, 2004.

SANTOS, Ívena Pérola do Amaral. Fenomenologia do Onírico. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, v. 24, n. 1, p. 36-43.

SANTOS, Iraci dos; ANDRADE, Leandro da Silva; CLOS, Araci Carmen; et al. Perspectiva estética e sociopoética do cuidar de pessoas com sofrimento psíquico: apropriação do Tidal Model. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 6, p. 815–820, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a07.pdf>>.

SANTOS, S. F.; SALLES, A.D. Antropologia de uma academia de musculação: um olhar sobre o corpo e um espaço de representação social. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.23, n.2, p.87-102, abr-jun. 2009.

SAVASAN, A; ÇAM, O. The Effect of the Psychiatric Nursing Approach Based on the Tidal Model on Coping and Self-esteem in People with Alcohol Dependency: A Randomized Trial. **ArchivesofPsychiatricNursing**, v. 31, n. 3, p. 274–281, 2017.

SCAGLIA, Andressa Pin; MISHIMA-GOMES, Fernanda Kimie Tavares; BARBIERI, Valéria. Paternidade em diferentes configurações familiares. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 2, p. 267-278, abr./jun. 2018.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 74-82, jan-mar 2008.

SILVA, A. N.; SILVA, S. A.; SILVA, A. R. V.; ARAÚJO, T. M. E.; REBOUÇAS, C. B. A.; NOGUEIRA, L. T. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 255-263, 2018.

STEVENSON, C.; BARKER, P.; FLETCHER, E. Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 9, n. 3, p. 271–276, 2002.

TEIXEIRA, L. A; MONTEIRO, A. R. M. GUEDES; CAVALCANTE, M. V.; et al. The Tidal Model: analysis based on Meleis's perspective. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n. 2, p. 457–462, 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200457>.

TREZZA, M. C. S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver – Um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer**. 2002. 264 folhas. Tese de doutorado (Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.

VANELI, C.; SILVA, J. C. da. **O sexo na gestação na percepção masculina**. Psicologia Pt. 2011. Disponível: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0253.pdf>> Acesso: 26 dez. 2018.

VELLA, N.; PAGE, L.; EDWARDS, Clair; et al. Sustaining a culture of practice development in an acute adolescent inpatient mental health unit. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 30, n. 4, p. 195–200, 2017.

VIANA, C. A. **O enigma filosófico da identidade pessoal**. Edufal: Maceió, 2011.

WARD, M.; JACKSON, A.; CANADA, K.Z. Guiding practice development using the Tidal Commitments. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, p. 460–463, 2006.

YOUNG, B. B. Using the Tidal Model of Mental Health Recovery to Plan Primary Health Care for Women in Residential Substance Abuse Recovery. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, p. 569–575, 2010.

Peça para que o entrevistado classifique de 1 a 10 em que medida o problema lhe provoca sofrimento, o quanto perturba tua vida e o quanto você tem controle sobre ele.

Peça para que o entrevistado estabeleça os recursos, listando as pessoas que são importantes, as coisas que são importantes e as ideias e crenças que marcam sua vida.

- Que pessoas você considera importantes na sua vida que poderiam lhe ajudar a resolver essas necessidades ou problemas?
- O que você acredita sobre a vida que é importante para você e por que é importante?
- Que coisas ou pertences você considera importantes na sua vida e por que elas são importantes?

Como saberia se o problema que você me contou foi resolvido ou a necessidade seleciona?

Pensando no(s) problema(s) que você contou para mim, você acharia que ele(s) foi (foram) resolvido(s) se acontecesse o que?

Obs.:

APÊNDICE B

Roteiro de Sessões de Um a Um	
Nome: Enfermeiro:	Registro: Hora:
Meu objetivo:	
<p style="text-align: center;">Pessoa</p> <p>O que tem notado de diferente? (As coisas têm mudado na tua vida)</p> <p>O que tem feito?</p> <p>O que pode fazer com isto?</p>	<p style="text-align: center;">Equipe</p>
O que fará a seguir?	Como pode ajudar a equipe?
Qual é sua opinião sobre esta sessão?	Como a equipe oferecerá ajuda em geral?
Assinatura:	Assinatura:
Data	Data:

APÊNDICE C**Roteiro de Avaliação Monitorizada**

Como me sinto?

De 0 a 10, quanto de seguro você se sente enquanto pai/parceiro?

O que mais te ajudaria agora nesse exato momento?

De 0 a 10, o quanto você acredita que tem de risco de machucar tua parceira, o bebê ou você mesmo?

De a 10, o quanto poderiam te ajudar a se sentir mais seguro nesse exato momento?

O que mais poderia ser de ajuda?

Quão confiante estou? (A pessoa deve marcar de 0 a 10).

Quão confiante você está? (O pessoal deve marcar de 0 a 10).

APÊNDICE E

ROTEIRO DE FICHA DE IDENTIFICAÇÃO (PROTÓTIPO)

NOME: PAI/ PARCEIRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

ESTUDOS:

OCUPAÇÃO:

ENDEREÇO:

CONTATO (WhatsApp)

FILIAÇÃO:

NOME: GESTANTE:

DATA DE NASCIMENTO:

DUM:

BREVE SÍNTESE DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA

PATERNAGEM ATUAL:

Data de descoberta de que seria pai:

Planejada?

Desejada?

Número de consultas que acompanhou a parceira:

ANTECEDENTES DE PATERNAGEM:

Já é pai de outros filhos? (Escrever idade e sexo de cada um)

Significado das experiências anteriores?

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

Peso habitual antes da descoberta de que seria pai:

Uso de álcool e outras drogas:

História de gemelaridade na família:

História de doenças crônicas genéticas (pessoal e familiar):

História de doenças psiquiátricas (pessoal e familiar)

Estado vacinal/

Já realizou testes rápidos?

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APLICAÇÃO DO MODELO DAS MARÉS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE PARCEIROS

Pesquisador: Lucas Kayzan Barbosa da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83273917.2.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.535.970

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e de intervenção. Os participantes da pesquisa serão parceiros de gestantes que estão em acompanhamento pré-natal que aceitarem participar mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O cenário do estudo serão as Unidade Básica de Saúde do bairro Village, a saber, Village I e II e a Unidade Básica de Saúde Robson Cavalcante, no bairro Benedito Bentes. A produção de informações dar-se-á por meio de consultas de enfermagem e encontros grupais norteados pelos diagramas do Modelo das Marés, referencial teórico do estudo que embasará a análise de dados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da presente pesquisa é "analisar a aplicação do Modelo das Marés na atenção de enfermagem no pré-natal de parceiros", sendo a meta demonstrar a aplicabilidade da presente teoria/ modelo de enfermagem como possibilidade de fundamentação e norteamto da assistência de enfermagem aos sujeitos em questão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Em suma, as principais dificuldades que podem interferir na pesquisa está no recrutamento e adesão dos sujeitos, visto que o pré-natal de parceiros ainda é um recurso incipiente nos

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comiteedeeticaufa@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.535.970

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfevereiroResponsavel.pdf	11:42:32	Barbosa da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfevereiro.pdf	10/02/2018 11:42:19	Lucas Kayzan Barbosa da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPublicizacao.pdf	10/02/2018 11:30:22	Lucas Kayzan Barbosa da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoSecretariaCarimbado.pdf	10/02/2018 11:26:28	Lucas Kayzan Barbosa da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaAssinadaEmUmaPagina.pdf	25/01/2018 11:51:03	Lucas Kayzan Barbosa da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/01/2018 11:42:41	Lucas Kayzan Barbosa da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 09 de Março de 2018

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Dimões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufa@gmail.com

ANEXO B

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, eu sou Lucas Kayzan Barbosa da Silva e estou fazendo um trabalho da faculdade sobre o pré-natal de pais/ parceiros a partir do uso de uma teoria de saúde mental chamada “Teoria das Marés”. E como eu sei que você fará acompanhamento de pré-natal de pai/ parceiro nesse posto de saúde, vim lhe perguntar se aceita que eu conduza suas consultas de enfermagem usando entrevistas com formulários propostos pela teoria que eu falei agora há pouco.

Mas antes de você dizer se aceita ou não, preciso lhe falar algumas coisas importantes:

- ✓ Você só precisa conversar comigo se quiser e seu responsável poderá ficar aqui o tempo todo se desejar. Você não terá nenhum prejuízo em suas consultas de pré-natal de pai/ parceiro se não quiser que eu seja seu enfermeiro e a unidade de saúde, que já ia mesmo fazer seu acompanhamento, continuará fazendo a assistência normalmente.
- ✓ Caso você me diga que deseja participar desse meu trabalho e em alguma entrevista durante as consultas você me diga que não quer mais conversar, a gente fará uma pausa e combina outro momento para continuar e, se você não quiser mais de jeito nenhum, poderá voltar a ser assistido pelos profissionais do posto de saúde em vez de mim, como já o seria antes.
- ✓ Vou gravar nossas conversas para eu não esquecer do que você me disse e, se você quiser, posso mostrar a você como ficou para que me diga se quer mudar alguma coisa.
- ✓ Enquanto a gente conversar, caso não entenda alguma coisa, é só me dizer que repito as perguntas.
- ✓ Pode ser que durante alguma conversa você se sinta um pouco envergonhado de falar sobre algo da sua experiência de vida ou sobre o fato de ser pai/ parceiro ou sobre algo relacionado à sua saúde ou também pode ser que você fique cansado devido às entrevistas. Se isso acontecer, pode me avisar e a gente pode voltar a conversar depois quando você se sentir melhor; em todo caso, saiba que o enfermeiro que está lhe entrevistando é especialista em saúde mental e tem conhecimento e experiência para lidar com a situação;

- ✓ Esse trabalho vai ajudar pessoas que trabalham com pré-natal de parceiros cuidar melhor de você e de outras pessoas em situação como a sua.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____,
concordo em participar do trabalho “Aplicação do Modelo das Marés na assistência de enfermagem no pré-natal de parceiros”, tendo conversado com o enfermeiro Lucas Kayzan Barbosa da Silva, que me explicou o que eu precisava saber e explicou também ao meu responsável.

Recebi um papel igual a esse e aceitei participar do trabalho.

Maceió, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da criança

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **Aplicação do Modelo das Marés na Assistência de Enfermagem no Pré Natal de parceiros**, dos pesquisadores Lucas Kayzan Barbosa da Silva e Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina aos parceiros de mulheres que fazem acompanhamento pré-natal de risco habitual em unidade básica de saúde de Maceió.
2. A importância deste estudo é que ele possa trazer subsídios científicos a respeito da aplicação do Modelo das Marés, que enfatiza o cuidado em saúde mental, na assistência de enfermagem no pré-natal de parceiros, que poderão contribuir com o planejamento em saúde e com a atuação dos enfermeiros nos serviços de Atenção Básica.
3. Os resultados que se desejam alcançar são sobre a aplicabilidade do Modelo das Marés na assistência de enfermagem a parceiros no pré-natal de risco habitual;
4. A coleta de dados começará em 02 de abril de 2018 e terminará em 30 de novembro de 2018.
5. O estudo será feito mediante os instrumentos do Modelo das Marés (*Tidal Model*), através de consulta de enfermagem de pré-natal do parceiro, encontros em grupos, sendo o conteúdo das entrevistas gravados por captação de áudio e, caso também concorde, poderá ser convidado a participar de um grupo em rede social virtual, para compartilhamento de dúvidas e experiências com outros participantes.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: entrevistas a partir das consultas de enfermagem no pré-natal de parceiros norteado pelos instrumentos do Modelo das Marés, a saber, Avaliação Holística, Avaliação Monitorada, Plano de Segurança Pessoal; e Trabalhos em Grupos, em pelo menos 3 sessões, como propõe o Modelo das Marés.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são mínimos e relacionados a possibilidade de se emocionar ao relatar experiências da vida pessoal concernentes a paternidade e ao histórico de saúde; e o incômodo no tocante ao tempo depreendido para as entrevistas/ consultas.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são, mesmo que não diretamente, contribuir para levantar a discussão sobre a aplicação do Modelo das Marés no pré-natal de parceiros. E o benefício direto será o de ser assistido, durante o pré-natal de parceiros, com o modelo teórico-assistencial em questão.
9. Você poderá contar com a assistência de enfermagem dos enfermeiros pesquisadores, E no tocante aos riscos e incômodos supramencionados, o

pesquisador Lucas Kayzan Barbosa da Silva, que é especialista em saúde mental, estará com você o tempo todo durante a entrevista/ consulta e reuniões grupais, irá lhe ouvir com paciência e, em caso de choro ou emoção, irá parar a entrevista; o seu momento será respeitado e, se for necessário, irá marcar outro encontro; será interrompida a conversa pelo tempo que for necessário para que você se acalme, caso queira continuar. Ademais, para que se garanta que o tempo depreendido para a pesquisa não venha a conferir impacto, garantiremos que o mesmo cronograma já faria parte do próprio calendário de consultas de pré-natal do parceiro a que o próprio serviço de saúde ofertaria. Por fim, o seu contato, no tocante às informações da pesquisa, será apenas com os pesquisadores responsáveis, Lucas Kayzan Barbosa da Silva e Prof.^a Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, os quais lhe garantirão sigilo.

10. Você será informado (a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa adicional para você, tendo em vista que o cronograma das consultas já fará parte da própria rotina do programa de pré-natal de parceiros.

14. Você será indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas, campus A.C. Simões.

Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR).

Av. Lourival Melo Mota, s/n

Tabuleiro do Martins

CEP:57072-900

Maceió – AL

Contato de urgência: Sr(a).LucasKayzan Barbosa da Silva
 Endereço: Rua Adalberto dos Santos
 Cidade/CEP: Junqueiro, 57270-000
 Telefone: (82) 99607-0779
 Ponto de referência: Campo de Futebol

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>

ANEXO D

Valoración Holística. Página 1

Nombre:	
Enfermera/o:	
Fecha:	Hora:
Otros presentes:	
Resumen:	
Enfermera referente/trabajador clave:	
Firma:	Fecha:

La Valoración Holística

Completa la valoración tan pronto como sea posible después de la entrada en el servicio.

1. Explica el propósito de la valoración
2. Anima a la participación activa.
3. Registra el nombre de la persona/enfermera que hace la valoración u otro trabajador referente.
4. Registra fecha y hora.
5. Registra el nombre de otras personas presentes, ej. defensor del paciente, estudiante, amigo.
6. Registra un breve resumen de las circunstancias que llevaron al ingreso al la unidad.
7. Informa a la persona de la enfermera referente u otro trabajador referente y registra los detalles.

Valoración Holística. Página 2

Cómo empezó todo:

Cómo me ha afectado:

Cómo me afectó al principio:

Cómo han cambiado las cosas con el tiempo:

Cómo ha afectado esto a mis relaciones:

La Valoración Holística

Entrada en el servicio:... ¿qué te ha traído aquí?... ¿por qué has venido ahora aquí?

Orígenes del problema: ... ¿Cuándo notaste por primera vez el problema...o te diste cuenta de él?

Función del problema en el pasado: ... ¿Cómo te afectó esto al principio?

Emociones Pasadas: ... ¿Cómo te sentiste en ese momento?

Desarrollo de la historia: ... ¿En qué manera las cosas han ido cambiando con el tiempo?

Relaciones:... ¿Y cómo ha afectado esto en tus relaciones con la gente?

Valoración Holística. Página 3

Cómo me siento ahora:

¿Qué pienso que significa?:

¿Qué dice todo esto sobre mí como persona?:

¿Qué necesita ocurrir ahora/qué quiero que ocurra o deseo que ocurra a continuación?

¿Qué espero que la enfermera haga?:

La Valoración Holística

Pide permiso para seguir

Emociones actuales:... ¿y cómo te sientes acerca de eso ahora?

Contenido holístico: ... ¿y qué significa todo esto para ti?

Contexto holístico: ... ¿y qué dice esto sobre ti como persona?

Necesidades, cosas que quieres y deseos: ... ¿y que esperarías que se hiciera acerca de eso?

Expectativas: ... ¿y que podríamos hacer por ti aquí, en este servicio?

Valoración Holística. Página 4

- Anota los problemas principales/necesidades de la persona.
- Comprueba las palabras elegidas con la persona.
- Marca una casilla por cada problema/necesidad o una para el problema como un "todo"

SUFRIMIENTO**PERTURBACION****CONTROL**

--	--	--	--

--

--

--

--	--	--	--

--

--

--

--	--	--	--

--

--

--

--	--	--	--

--

--

--

--	--	--	--

--

--

--

Evaluación del problema o necesidad

- ¿En qué cantidad te provoca esto *sufrimiento*?
- ¿Cuánto *perturba* esto tu vida?
- ¿Cuánto *control* tienes sobre el problema?

Sufrimiento

Ninguno	2	4	6	8	10
<hr/>					
1	3	5	7	9	Extremo

Perturbación

Ninguna	2	4	6	8	10
<hr/>					
1	3	5	7	9	Extrema

Control

Ninguno	2	4	6	8	10
<hr/>					
1	3	5	7	9	Extrema

Valoración Holística. Página 6

Personas que son importantes:

Cosas que son importantes:

Ideas o creencias sobre la vida que son importantes:

Valoración Holística

Recursos Personales

Pide a la persona que describa "activos" o recursos (inter)personales que podrían ayudarle con la solución de su problema/necesidad.

¿Quién...es importante en tu vida-familia, amigos, grupos, otros?
¿Por qué... son importantes para ti?

¿Qué cosas...son importantes en tu vida. Ej. dinero, casa, posesiones, etc.? **¿Por qué...** son importantes para ti?

¿Qué creencias o valores son importantes para ti acerca la vida en general, fe o filosofía personal? **¿Por qué** estas creencias o valores son importantes para ti?

Valoración Holística. Página 7

¿Cómo sabré si el problema se ha resuelto y la necesidad solucionada?

Valoración Holística**Resolución**

Pide a la persona que describa cómo sería su vida **sin** el problema o con la **necesidad resuelta**.

¿**Cómo** sabrás que el problema se ha solucionado o la necesidad resuelta?

¿**Dame** un ejemplo de cómo las cosas serían diferentes?

¿**Qué** se necesita para que este cambio ocurra?

¿**Cómo** se presentaría este cambio- en ti, en otra gente, o en otro aspecto de tu vida cotidiana?

¿Qué necesita cambiar para esto ocurra?

ANEXO E

Sesión de Uno a Uno.

Nombre:		Fecha:	
Enfermera/o		Hora:	
Mi objetivo:			
Persona		Equipo	
¿Qué he notado diferente?		¿De qué hemos estado hablando?	
¿Qué estaba haciendo?			
¿Qué puedo hacer con esto?			
¿Qué haré a continuación?		¿Cómo puede ayudar el equipo?	
¿Cuál es mi opinión sobre esta sesión?		¿Cómo ofrecerá el equipo ayuda en general?	
Firma:	Fecha:	Firma:	Fecha:

ANEXO F

Valoración Monitorizada

- **Cómo me siento**

- **¿Cuánto de cómodo/a y seguro/a me siento (0-10)?**

- **¿Qué me ayudaría ahora mismo?**

- **¿Qué posibilidad hay de que pueda hacerme daño?
(0-10)**

- **¿Podrían ayudarme a sentirme más seguro/a?
(0-10)**

- **¿Qué más podría ser de ayuda?**

¿Cómo de confiado/a estoy?

(La Persona)(0-10)

¿Cómo de confiado/a estás tu?

(El personal) (0-10)

ANEXO G

Plan de Seguridad Personal

¿Qué puedo hacer que me pueda ayudar a sentirme más confiado/a y seguro/a?

¿Qué pueden hacer **otras personas que me pueda ayudar a sentirme más confiado/a y seguro/a?**