



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

JOCÉLIA MARIA DE OLIVEIRA

**PROCESSO COMUNICATIVO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
DURANTE A ABORDAGEM COM GESTANTES E PUÉRPERAS
VIVENDO COM HIV**

**FORTALEZA
2013**

JOCÉLIA MARIA DE OLIVEIRA

**PROCESSO COMUNICATIVO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
DURANTE A ABORDAGEM COM GESTANTES E PUÉRPERAS
VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Orientadora: Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado.

**FORTALEZA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

O47p

Oliveira, Jocélia Maria de.

Processo comunicativo do agente comunitário de saúde durante a abordagem com gestantes e puérperas vivendo com HIV/ Jocélia Maria de Oliveira. – 2013.
105 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Políticas, ambiente e sociedade.

Orientação: Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado.

1. Comunicação. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Gestante. 4. HIV. I. Título.

CDD 362.1

JOCÉLIA MARIA DE OLIVEIRA

**PROCESSO COMUNICATIVO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
DURANTE A ABORDAGEM COM GESTANTES E PUÉRPERAS
VIVENDO COM O HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Aprovada em: 13 de Março de 2013

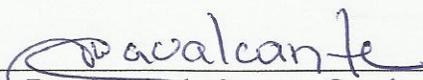
BANCA EXAMIDORA



Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Departamento de Saúde Coletiva / Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof.a Dr.a Alix Maria Leite Araújo
Mestrado em Saúde Coletiva / Universidade de Fortaleza (UNIFOR)



Prof.a Dr.a Maria do Socorro Cavalcante
Hospital Geral César Cals / Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Ao meu filho Edilson, por tudo o que significa para mim, sentimento indescritível com palavras.

AGRADECIMENTOS

Para escrever os agradecimentos, consultei inúmeras vezes minha memória e pude recordar experiências vividas desde as etapas do processo seletivo do Mestrado em Saúde Pública. É importante dizer o quão prazeroso foi me aproximar dessas memórias que me subsidiaram a escrever, de forma afetuosa, estes agradecimentos:

A Deus, somente Ele sabe o quanto sonhamos, trabalhamos e lutamos para atingir nossos objetivos. Obrigado por mais esta conquista!

Aos meus pais, José e Célia, por dedicarem suas vidas à minha formação como ser humano e profissional. Essa conquista também é de vocês.

À minha querida irmã, Verônica, por sempre me estimular e me aproximar do universo acadêmico.

Ao Gustavo, meu amor, que acompanha à distância minha trajetória profissional e me incentiva à sua maneira única de ser.

À minha orientadora, professora doutora Márcia Machado, exemplo de profissional e de ser humano. Obrigada por suas valiosas contribuições na minha formação acadêmica e neste trabalho, mas, acima de tudo, agradeço imensamente por acreditar na minha capacidade.

À professora doutora Alix Araújo e à professora doutora Socorro Cavalcante, por aceitarem gentilmente o convite para participar desta banca examinadora. Agradeço pelos apontamentos e considerações.

À professora doutora Marli Galvão e ao professor doutor Alberto Novaes, pelas contribuições durante a feitura deste objeto de estudo.

Às agentes comunitárias de saúde que participaram desta pesquisa, mulheres guerreiras que contribuíram com suas experiências do dia a dia vividos na comunidade.

A amiga Kellyane Abreu, pela disponibilidade em ajudar na fase inicial da coleta de dados.

À Secretaria Municipal de Saúde de Canindé, pela oportunidade de realização deste estudo.

A Coordenação do Mestrado, nas pessoas de Zenaide e Dominique. Obrigada pela atenção e disponibilidade com que vocês gentilmente nos atendem.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Pública, especialmente à professora doutora Maria Lúcia Bosi e professor doutor Ricardo Pontes, cujas aulas eram uma oportunidade única de “ampliar a esfera do ser”.

Aos meus amigos queridos da turma do mestrado, obrigada pelas maravilhosas experiências que vivemos juntos; já sinto saudades dos nossos encontros diários.

Sou grata, especialmente, a minha amiga Lucélia Saraiva, por todos os finais de tarde que ensinavam reflexões acerca do projeto e das vivências de nossa formação. Você é a irmã que eu pude escolher!

Ao grupo de pesquisa em Saúde Materno-Infantil, conduzido pela professora doutora Márcia Machado, pelas oportunidades de debate e reflexão. Com vocês sinto-me abraçada por uma família.

Por fim, agradeço aos amigos e colegas de trabalho, com quem muitas vezes partilhei as alegrias e desafios dessa maravilhosa experiência de adentrar o mundo da ciência.

A linguagem permite a emergência do espírito humano, necessário a todas as operações cognitivas e práticas, inerente a toda organização social.
(MORIN, 2001)

RESUMO

O espaço de atuação do agente comunitário de saúde (ACS) tem como foco principal o acompanhamento de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, cenário em que desenvolve sua ação comunicativa, cercado pelas relações que demarcam a necessidade de articulação com a gestante, comunidade e demais profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família. O aumento da detecção de casos de HIV na vigência da gestação evidencia a necessidade de promover acompanhamento que garanta adesão ao tratamento e promova o cuidado a essa gestante. Ante a complexidade dessa relação, teve-se como objetivo compreender o processo comunicativo do ACS estabelecido durante a abordagem com gestantes e puérperas que vivem com o HIV, identificar as estratégias que utilizam nesse processo, bem como suas facilidades e dificuldades. Estudo qualitativo, desenvolvido à luz do interacionismo simbólico, entrevistando oito ACS que acompanharam gestantes e puérperas vivendo com o HIV, no período de janeiro de 2007 a julho de 2012, no Município de Canindé-CE. O *corpus* empírico foi categorizado em cinco categorias centrais: 1. Identificando gestante/puerpéra com HIV na comunidade; 2. Significado do HIV para a ACS; 3. Acompanhamento realizado pela ACS; 4. Desvelando o processo comunicativo da ACS durante a abordagem com gestantes e puérperas vivendo com o HIV; 5. Interligações com o “mundo da vida”. Os resultados obtidos foram analisados conforme a técnica de análise do discurso, com reflexões ancoradas no referencial teórico de Habermas, Morin e literatura especializada. Identificou-se o fato de que a gestante revela seu *status* sorológico à ACS em razão do vínculo constituído e da facilidade de acesso ao serviço de saúde. Por outro lado, o acolhimento humanizado da ACS se relaciona ao sentimento de tristeza atribuído à doença. Apesar de buscarem conceituar ética como guardar sigilo, há um conflito entre comunicação e ética na autocompreensão desse conceito na divulgação de informações na equipe de saúde. Desenvolvem sua comunicação com as mulheres quando descrevem suas orientações de forma dinâmica e cíclica, com base num agir estratégico mediante uma imposição disfarçada, induzindo a gestante/puerpéra a aceitar sua convicção como válida. Apesar de ser uma estratégia que foge do agir comunicativo proposto por Jurgen Habermas, as ACS se sentem felizes por terem a confiança das mulheres e pelo fato de representarem uma referência para a comunidade, mas apontam como dificuldades a sobrecarga de trabalho, a ausência de capacitações permanentes, a indefinição no seu papel e problemas de ordem socioeconômica vivenciados pelas gestantes.

Palavras-chave: Comunicação. Agente Comunitário de Saúde. Gestante. HIV.

ABSTRACT

The performance space of the community health worker has as its main focus the monitoring of women in pregnancy and childbirth, in that scenario develops his communicative action, surrounded by relations that demarcate the need for coordination with patient, community and other professionals who make up the staff of the Family Health Strategy. Increased detection of HIV in the presence of pregnancy has shown the need for further monitoring to ensure adherence to treatment and care will promote this pregnant. Given the complexity of this relationship, we aimed to understand the communication process established during the Community Health Worker approach with pregnant and postpartum women seropositive for HIV, identify the strategies that you use this process, as well as their strengths and difficulties. Qualitative study, developed in light of symbolic interactionism, interviewing eight Community Health Worker accompanying pregnant and postpartum women seropositive for HIV from January 2007 to July 2012 in the city of Canindé-CE. The empirical corpus was categorized into five main categories: 1. Identifying pregnant / postpartum women with HIV in the community; 2. Meaning of HIV to ACS; 3. Monitoring conducted by Community Health Worker; 4. Unveiling the communication process during the ACS approach with pregnant and postpartum women seropositive for HIV; 5. Connections with the "life-world". The results were analyzed according to the technique of discourse analysis, with reflections grounded in the theoretical framework of Habermas, Morin and literature. We identify the pregnant woman reveals his HIV status to Community Health Worker due to the bond built and ease of access to health services. Moreover, the host of humanized Community Health Worker relates to the feeling of sadness attributed to the disease. Despite seek conceptualize ethics as secrecy, there is a conflict between communication and ethics in the self-understanding of this concept in the disclosure of information in the health team. Develop your communication with women when describing their orientations in a dynamic and cyclic, based on a strategic action by a levy disguised, inducing pregnant / postpartum women to accept his conviction as valid. Despite being a strategy that avoids the communicative action proposed by Jurgen Habermas, the community health worker are happy to have the confidence of women and because they represent a reference point for the community but the difficulties as work overload, lack of training permanent uncertainty in its role and problems of socio-economic order experienced by pregnant women.

Keywords: Communication. Community Health Worker. Pregnant. HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Comunicação em dois fluxos.....	21
Figura 2 –	Interação Estratégica x Interação Comunicativa.....	24
Figura 3 –	Modelo de Análise.....	52
Figura 4 –	Fluxo relacional de categorias	56
Figura 5 –	Comunicação como processo de múltiplas vias	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Caracterização das ACS entrevistadas.	55
Quadro 2 –	Categorização do <i>corpus</i> empírico.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina ou Azidotimidina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS A/D	Centro de Atenção Psicossocial Alcool/Drogas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
PAM	Plano de Ações e Metas
PIB	Produto Interno Bruto
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMX	Sulfametoxazol
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMP	Trimetoprima
TV	Transmissão Vertical

SUMÁRIO

1	AS MOTIVAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	O PROCESSO COMUNICATIVO INTERLIGADO À ABORDAGEM COM GESTANTES E/OU PUERPÉRAS VIVENDO COM O HIV.....	18
3.1	A comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde	18
3.2	Fundamentação da Teoria da Ação Comunicativa, de Jurgen Habermas...	24
3.3	O trabalho do agente comunitário de saúde e sua formação	27
3.4	Relação do agente comunitário de saúde com a comunidade	33
3.5	Acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal pelo agente comunitário de saúde	35
3.6	Acompanhamento de gestantes e puérperas que vivem com o HIV pelo agente comunitário de saúde.....	36
3.7	Contextualização da epidemia de HIV/AIDS.....	42
4	OBJETIVOS.....	45
4.1	Objetivo Geral.....	45
4.2	Objetivos Específicos.....	45
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
5.1	Cenário do estudo	47
5.2	Sujeitos da pesquisa.....	48
5.3	Coleta de dados	48
5.4	A análise dos dados.....	52
5.5	Compromisso ético.....	53
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
6.1	A gestante e puerpéra com HIV na comunidade	58
6.2	Significado do HIV para a ACS	62
6.3	Acompanhamento realizado pela ACS	65

6.4	Descoberta do processo comunicativo da ACS durante a abordagem com gestantes e puerpéras soropositivas para HIV	78
6.5	Interligações com o “mundo da vida”	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A– ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	101
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
	APÊNDICE C – FICHA DE DOCUMENTAÇÃO.....	103
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	104
	ANEXO B - DECLARAÇÃO DA ACADEMIA CEARENSE DA LÍNGUA PORTUGUESA.....	105

1 AS MOTIVAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

As pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, ele encontrando razões e objetivos.
Cecília Minayo (2011)

A aproximação com o objeto de estudo aqui exibido se deu por meio de nossa vivência num serviço de vigilância epidemiológica de âmbito municipal e na gestão da Política de Incentivo às ações voltadas para HIV/AIDS, onde, à medida que surgiam notificações de gestante soropositiva para HIV, nos inquietavam os relatos dos agentes comunitários de saúde (ACS).

O cenário de nossa pesquisa foi o Município de Canindé, cidade que no Estado do Ceará evidencia fortemente seu cunho religioso voltado às romarias dedicadas a São Francisco das Chagas, aglomerando pessoas procedentes de vários estados do País durante os festejos do Padroeiro. No ano de 2008, o Município foi beneficiado com o PAM (Plano de Ações e Metas) pelo número de casos notificados de Aids, expressando a magnitude da epidemia no território. O PAM é uma política de incentivo financeiro que foi instituída em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial 2.313, e consiste em programar metas e ações estratégicas que fortaleçam a prevenção e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/Aids (BRASIL, 2002).

A implantação do PAM em Canindé seguiu linhas de prioridades voltadas para a ampliação da oferta de sorologia anti-hiv para 100% das gestantes, acompanhamento da gestante e puerpéra pela EqSF (Equipe de Saúde da Família), capacitação de profissionais de saúde e campanhas de testagem de HIV para a população.

Chamou-nos a atenção o envolvimento e o interesse do ACS no acompanhamento das gestantes e puerpéras que vivem com o HIV no seu território de trabalho. Em algumas histórias que pudemos acompanhar, as mulheres buscavam apoio do ACS para tentar resolver aspectos relacionados ao seu encaminhamento para serviço especializado e orientações, independentemente se este profissional estava no seu horário de trabalho ou não. Em outras situações, o *status* sorológico dessa gestante não era informado ao ACS, que passava a fazer suas visitas de acompanhamento pré-natal desconhecendo os motivos pelos quais a mulher passou a realizar atendimentos em município de referência, ou o porquê de a mulher não amamentar aquela criança após o parto.

Pudemos escutar, com base no relato de uma ACS, que uma puerpéra amamentou a criança mesmo conhecendo seu *status* sorológico. Para a profissional, ela possuía o conhecimento da conduta para não amamentar, pois, há algum tempo, estava sendo acompanhada por unidade de referência e fazia seguimento regular. Por isso, a ACS acreditava que ela conhecia o risco da transmissão vertical.

O ACS desenvolve suas ações por meio de orientações que possam promover escolhas saudáveis. Nesse sentido, percebíamos que existia uma interação do ACS com as gestantes e puerpéras que vivem com HIV, mas, por outro lado, refletíamos sobre como se dava esse processo de comunicação. Assim, ante a complexidade dos aspectos que envolvem o diagnóstico de gestantes soropositivas para HIV durante o pré-natal, surgiam inquietações sobre: como o ACS desenvolve o processo comunicativo na abordagem com gestantes e puérperas que experienciam a infecção por HIV? Como se relacionam com as famílias dessas mulheres e seus parceiros? Como orientam as mães que não devem amamentar, mas adotar cuidados para uma correta alimentação de seu filho? Como lidam, como membro da comunidade, com o sigilo das informações? O ACS estaria preparado para trabalhar com as puérperas que convivem com o HIV?

Nessa perspectiva, pesquisar sobre o processo comunicativo do agente comunitário de saúde durante a abordagem com gestantes e puérperas que vivem com HIV poderia apontar uma compreensão das relações estabelecidas durante essa vivência, principalmente pelo fato de que o ACS é o profissional que, dentro da equipe, assume o papel de mediador da comunicação entre os usuários e a EqSF.

Considerando que o cenário familiar atual exhibe mudanças na sua dinâmica, a relevância deste estudo está na possibilidade de desvelar a comunicação entre ACS e gestante acerca de assuntos confidenciais, para que, com suporte nos resultados, seja possível promover ações factíveis às necessidades das gestantes e puerpéras que vivem com HIV.

2 INTRODUÇÃO

A palavra processo nos traz a ideia de método ou forma com que se realiza alguma coisa. Por outro lado, a comunicação é a capacidade de debater ideias com vistas ao entendimento entre as pessoas. Nesse sentido, definir comunicação é, ao mesmo tempo, associa-la a interação, pois a comunicação traz consigo uma interação marcadamente dialética, sendo estas essenciais e complementares.

Por discorrer sobre o processo comunicativo do ACS, buscamos inspiração na Teoria de Ação Comunicativa, de Jurgen Habermas, ao descrever que os critérios e os fins da ação humana (morais e éticos) necessitam de fundamentação racional pela impossibilidade de serem deduzidos dos fatos, onde os aspectos do mundo social e da subjetividade, que antes ficavam à margem das decisões racionais, passam ao âmbito da crítica racional, já que são possíveis de entendimento intersubjetivo (BOUFLEUER, 2001).

A Teoria da Ação Comunicativa, de Jurgen Habermas, está ancorada na concepção das funções da linguagem: representativa (o falar sobre algo no mundo), interativa (é o comunicar-se com o outro) e expressiva (expressão do que se tem em mente). Assim, as funções da fala têm como fundamento “esclarecer as condições que normalmente precisam ser satisfeitas em qualquer ação comunicativa” (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

O desenho desse objeto de pesquisa conduz-nos a aprofundar temáticas relacionadas aos valores humanos, não apenas por abordar a perspectiva da ação comunicativa, que está fortemente vinculada à interação, mas, também, por adentrar assuntos íntimos da vida das pessoas e que, muitas vezes, são considerados complexos. No caso de nosso estudo, cuidamos da temática de gestantes e puerpéras vivendo com HIV. Assim, buscamos fazer a vinculação aos pensamentos de Edgar Morin, quando trata da razão como um “diálogo que se mantém com um mundo exterior” e da complexidade como “o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo” e que não devem ser dissociadas do contexto vivenciado pelo homem (MORIN, 2011).

O espaço de atuação do ACS, local onde desenvolve sua ação comunicativa, é cercado de relações, demarcando a necessidade de articulação com a comunidade e demais profissionais que compõem a EqSF para promover o cuidado à gestante/puerpéra que vive com o HIV.

Cabe explicitar, ainda, o fato de que utilizamos alguns conceitos de comunicação, delineados a seguir, para dar conta da complexidade que envolve o processo de comunicação do ACS quando confrontado com a realidade da abordagem de gestantes e puerpéras com HIV. Dessa forma, descreveremos quem é o ACS sob a ótica do processo comunicativo e no acompanhamento de gestantes e puerpéras que vivem com o HIV.

A elaboração do estado da arte foi organizada em capítulos para inserir o leitor nos detalhes essenciais para compreensão do processo discursivo, constituído ao final da dissertação. Em seguida, adentramos o percurso metodológico, revelando a trajetória que subsidiou a feitura da análise do discurso, apreendido por meio de entrevistas ao ACS.

Os resultados deste estudo visam a contribuir com as necessidades apontadas pelos serviços de saúde e pelos segmentos sociais, com vistas a melhorar a qualidade de vida das mulheres que experienciam a infecção por HIV na vigência do ciclo gravídico-puerperal no âmbito da comunidade, e que são assistidas pela atenção básica, com vistas a reduzir o preconceito e o estigma, orientando o processo de educação permanente, em especial do ACS.

3 O PROCESSO COMUNICATIVO INTERLIGADO À ABORDAGEM DE GESTANTES E/OU PUERPÉRAS VIVENDO COM HIV

3.1 A comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde

A comunicação é um recurso que possibilita a transmissão de mensagens, tanto no plano individual, como no coletivo. No âmbito da comunicação em saúde, essas mensagens se delineiam em torno de orientações e cuidados baseados, também, sob a égide da promoção em saúde. Para uma melhor compreensão da dinâmica da comunicação, Waltzlawick et al (1967) dividiram a comunicação em conteúdo e relacionamento. O conteúdo é representado pelas palavras, mensagens e informações transmitidas, ao passo que o relacionamento sintetiza a dinâmica entre aqueles que se comunicam.

Teixeira (1996) define comunicação em saúde como a utilização de estratégias de comunicação para transmitir informação e influenciar as decisões de indivíduos e comunidades para promoção da saúde. Percebe-se nesse conceito a amplitude de áreas nas quais a comunicação está inserida diretamente, onde se incluem mensagens que podem ter várias finalidades, desde uma simples educação em saúde até informação sobre exames e resultados. Dessa forma, trata-se de um assunto transversal presente em muitos contextos.

Na interdependência do indivíduo em relação ao seu meio está a troca de informação, ou seja, a comunicação, e este sempre foi um campo imprescindível (WALTZLAWICK ET AL, 1967).

A comunicação pode ser entendida sob um duplo sentido. O primeiro, a partir da origem da palavra, oriunda do latim *comunicare*, quer dizer comunhão, estar com, compartilhar de alguma coisa. O segundo, embora também seja derivado da mesma raiz etimológica, é entendido na perspectiva de dar conhecimento às pessoas, de alguma coisa informar (OLIVEIRA, 2011).

Waltzlawick et al, (1967) consideram que o comportamento, numa circunstância de interação, tem valor de mensagem, sendo, portanto, uma forma de comunicação. Assim, não há possibilidade de não comunicar, pois a atividade, inatividade, as palavras e até mesmo o silêncio têm um valor de mensagem.

Assim, consideramos que a comunicação é um processo essencial, intencional, planejado, multidimensional, baseado nas trocas interpessoais e, por isso, está influenciada por diversos fatores (CORCORAN, 2010).

Sobre o conteúdo das mensagens, Corcoran (2010) expressou que a comunicação pode ser dividida em verbal e não verbal. A comunicação verbal é representada pela linguagem e o conteúdo léxico, que significa literalmente a palavra. O conteúdo léxico é importante, pois, desde o momento em que os profissionais de saúde se utilizam da palavra para transmitir as informações, usar termos técnicos pode confundir as mensagens e excluir a população que está, neste momento, como receptora desse conteúdo. Por outro lado, o uso de repetições e palavras que possibilitem a compreensão influencia positivamente a dispersão do conteúdo das mensagens.

Outras características, como os elementos da prosódia, paralinguística, cinésica e figura, também influenciam a comunicação verbal. Os elementos prosódicos são a entonação e o ritmo com as mensagens são transmitidas, onde o emissor pode mudar o sentido da mensagem de acordo com o ritmo em que essa informação é transmitida. As características paralinguísticas abrangem as expressões vocais, que são elementos não verbais, mas que podem mudar o sentido da mensagem que está sendo comunicada. Os elementos cinésicos compreendem a linguagem corporal, o gesto, a postura, o contato visual, o que pode dar margem a diferentes interpretações de mensagens conforme as utilizamos. A figura está relacionada à aparência, o que pode incluir as vestimentas, sexo, grupo étnico, além de outros.

Considerando esses aspectos envolvidos no processo de comunicação, a forma como transmitimos as mensagens tem importância fundamental para que uma mensagem chegue de uma forma adequada até seu receptor.

Com origem em um resgate da literatura, observamos que muitos estudos trazem a comunicação no contexto de profissionais de saúde de nível superior, reproduzindo uma hegemonia técnica desvinculada da proposta de trabalho interdisciplinar. Sobre esse assunto, Araújo (2009) reforça a necessidade de investigações que se ocupem da comunicação de outras categorias profissionais que atuantes em saúde, além da inclusão da perspectiva do paciente e da dimensão socioemocional para complementar o olhar do profissional, muito privilegiado até o momento.

O ACS atua como facilitador da comunicação que se estabelece na integração dos serviços de saúde com a comunidade (NUNES *et al*, 2002). Cardoso e Nascimento (2010), na tentativa de identificar os principais interlocutores que influenciam na forma de comunicação dos agentes comunitários de saúde, constatou que a prática de atuação desses profissionais ainda é centrada no modelo de doença e avaliada por medidas prescritivas, consequência do modelo hierárquico do sistema de saúde, fazendo com que as relações dos agentes

comunitários de saúde tenham uma interação insuficiente, tanto com a equipe como com a comunidade, revelando a importância de refletir e avaliar o processo de trabalho e a formação desses profissionais quanto à centralidade do diálogo, das trocas e das negociações com a comunidade.

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica, porque podem influenciar significativamente o comportamento e a avaliação que os usuários dos serviços fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos, incluindo a adesão medicamentosa. Quando os usuários dos serviços de saúde fazem uma avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados, grande parte dessa avaliação é baseada nas competências comunicacionais dos profissionais com os quais interagiram (TEIXEIRA, 1996).

Apesar da criação de espaços para participação social conforme os pressupostos do SUS e do PSF, Cardoso e Nascimento (2010) concluem que:

A prática da comunicação tradicional se repete, com as vozes dominantes procurando manter seu lugar de fala, a valorização de discursos verticalizados e uma escuta ainda reduzida de outros segmentos sociais, sendo esta uma das grandes dificuldades para avançarmos no processo de compreensão e de mudança efetiva nas dinâmicas locais.

Por isso, a qualidade da comunicação pode determinar o sucesso de uma política pública, partindo do princípio de que esta só se constitui, efetivamente, quando implementada na prática e passa a ser utilizada pela população.

Historicamente, o componente educativo passou a compor as políticas de saúde criadas e consolidadas com a criação de serviços em que na maioria das vezes necessitava de alguma mudança de hábito da população e intervenção direta sobre seus costumes e práticas, como, por exemplo o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e, mais recentemente, a introdução de um mediador nesses programas, o ACS.

O ACS, conforme já descrito, tem como uma de suas atribuições o acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos de sua área adstrita, entre outras atividades. Em relação às atividades de comunicação na assistência pré-natal, Moura e Rodrigues (2003) descrevem que estas devem ser priorizadas, pois o intercâmbio de informações e experiências é uma das melhores formas de orientar as gestantes, companheiros e familiares. Efetivamente, o contexto no qual se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF) favorece uma prática efetiva da comunicação por atuar no espaço em que ocorre a dinâmica

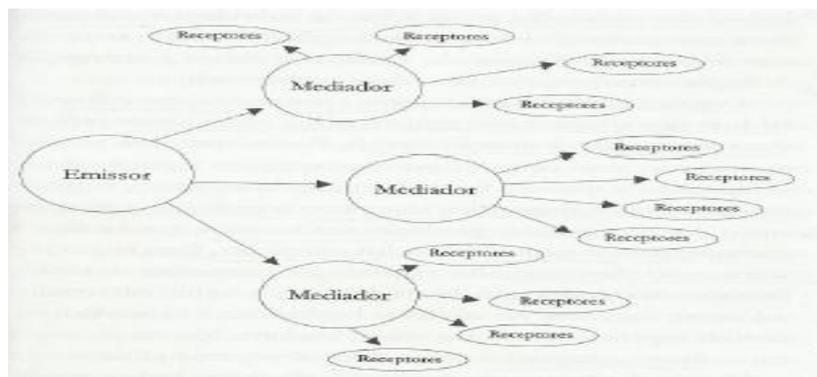
dos fatores que influenciam a saúde, ou seja, um espaço vivo e que tem como ação prioritária a educação em saúde.

A educação em saúde é transmitida à população por via de informações e comunicação. A informação e comunicação estão interligadas, apesar de não serem sinônimos. A informação está relacionada ao conteúdo ou assunto a ser repassado, enquanto a comunicação é circunscrita aos procedimentos aos quais a informação pode ser tratada e transformada em saberes pelas pessoas e instituições (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Essa prática pode revelar a ideia de comunicação como informar ou dar conhecimento de alguma coisa a alguém numa relação hierarquizada, em que o emissor detém o papel de selecionar e emitir mensagens, cabendo ao receptor a tarefa de interpretá-las. Ou, em outra perspectiva, a comunicação pode ocorrer num processo horizontal, onde o diálogo é sua principal característica. Assim, os interlocutores podem emitir e receber mensagens, interpretá-las e reinterpretá-las para constituição de um significado (OLIVEIRA, 2011).

A teoria do *Two step flows*, de Lazarsfeld e Elihu Katz, publicada em 1955 e utilizada por Araújo e Cardoso (2007) em seu livro *Comunicação e Saúde* remete a uma ideia de comunicação unidirecional.

Figura 1 – Comunicação em dois fluxos



Fonte: Adaptação do modelo da comunicação em dois fluxos (two step flows) de Lazarsfeld e Katz por Araújo e Cardoso (2007).

Essa teoria reconhece que as pessoas pertencem a grupos sociais e que estes grupos têm as próprias dinâmicas, superando a ideia de transmissor e receptor que não levavam em conta nenhum aspecto textual. Mantêm, no entanto, linearidade, unidirecionalidade e a concepção da linguagem como conjunto de códigos transferíveis. Dessa forma, grande parte

da comunicação que é promovida, ou somos induzidos a promover, está relacionada à posição e à hierarquia das pessoas nos grupos ou na sociedade (OLIVEIRA, 2011).

Provavelmente, por estes motivos, a saúde incorporou estratégias de comunicação em alguns programas estruturantes da atenção à saúde, entretanto, alguns conceitos da situação comunicativa e suas variáveis, que poderiam compor as limitações da comunicação, ficaram esquecidos e, assim, os mediadores passaram a se tornar os dispositivos mais eficientes para codificação das mensagens, ou seja, um tradutor autorizado do conhecimento científico para códigos facilmente reconhecíveis (ARAUJO, 2007).

Os mediadores são identificados na figura dos ACS, que devem possuir habilidades sociais para o desenvolvimento de suas atividades. Lucca (2001) define habilidades sociais como os comportamentos considerados desejáveis para que uma pessoa possa interagir com outra em que suas expectativas sejam satisfeitas. Esses comportamentos são designados como assertividade, habilidades de comunicação, resolução de problemas, otimismo, empatia e defesa dos direitos (BOLSONI-SILVA, 2005).

No desempenho da função de ACS e no contato com a população, fazem-se necessárias algumas atitudes importantes para conseguir estabelecer o vínculo: o respeito e a credibilidade nas suas ações, a garantia da eficácia destas, empatia, capacidade de escuta, acolhimento, ética, profissionalismo, saber abordar as pessoas e o comprometimento. (PAIVA; DIAS, 2011).

A pesquisa de Paiva e Dias (2011) também revelou que a capacidade de escuta parece ser um fator que diferencia o ACS do restante da equipe, pois há maior disponibilidade de tempo para acolher e escutar as necessidades da população. Nesta mesma investigação, os ACS explicitaram que esta é uma das suas principais contribuições, por não poderem desenvolver procedimentos mais especializados na área de saúde. A postura ética também foi apontada como diferencial para conquistar a credibilidade em relação ao seu trabalho, já que se encontram na posição de vizinhos dos usuários; contudo, o trabalho em equipe foi apontado pelos agentes comunitários de saúde como fundamental, mas consideraram como entrave para a realização de seu trabalho a limitação nos conhecimentos técnicos, inibindo-os para opinar e discutir com outros profissionais da equipe.

Este cenário representa um contexto vertical de comunicação que pode ensejar conflitos e desentendimentos na equipe, pela separação rígida de quem pode falar e mandar naqueles que devem calar e obedecer. Nessa hierarquização, alguns podem se julgar mais competentes para falar e agir, não apenas pela competência em si, mas também por se

julgarem detentores de um conhecimento ou poder que os separa dos demais. A consequência disto é o silêncio e a passividade das pessoas (OLIVEIRA, 2011).

A atenção à saúde privilegia a doença e não o doente, fazendo com que as ações e cuidados a serem prestados se deem de forma fragmentada (MENDES; CALDAS JÚNIOR, 2001). No âmbito das políticas para crianças filhas de mães infectadas com o HIV, as orientações são produzidas para evitar erros alimentares e prevenir a transmissão vertical pelo leite materno (COUTSOUDIS; GOGA; ROLLINS, 2002). Fatores, porém, que interferem na implementação do protocolo de ações para a redução da transmissão vertical do HIV são a falta e a baixa qualidade da assistência pré-natal, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde também no intra-parto e no pós-parto, profissionais capacitados para o aconselhamento, condições sócio-econômicas da mulher (CAVALCANTE *et al*, 2008).

Sabe-se que os programas de educação sanitária são muito tímidos e focalizados no autocuidado de alguns grupos específicos, onde as informações quanto ao potencial dos serviços, horários e locais de atendimento aos usuários, quando existentes, são expressos de modo inadequado ou muito precário (MENDES; CALDAS JÚNIOR, 2001).

Sendo a comunicação um processo permeado por momentos que requerem uma sistematização para que se alcancem os objetivos aos quais se propõe, é apenas na prática e no cotidiano que o ACS vai desenvolver seu aprendizado, e descobrirá como é delicado trabalhar com pessoas e a complexidade das situações de vida, principalmente quando a abordagem destas situações acarreta sofrimento, impotência e desgaste, que nem sempre estarão sob o controle dos agentes comunitários de saúde ou da ESF de modo geral.

Por isso, é importante que os profissionais tenham a sensibilidade necessária para compreender que cada informação representa para as pessoas um sentido diferente, pois todos são detentores de variadas histórias de vida e perfis sociais, culturais, profissionais, ideológicos e políticos; e que, apesar das boas intenções dos profissionais, as situações de vida se dão num universo culturalmente estruturado, cheio de símbolos e representações, e quando há uma desorganização desse universo as consequências são as mais variadas possíveis (OLIVEIRA, 2011).

O papel do ACS pode facilitar a relação da equipe com a comunidade, mas esse papel cria uma estrutura de poder que pode inibir a comunidade, ensejando fragilidade na relação com as pessoas (OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, é evidente a relevância de estudar os aspectos da comunicação no trabalho do ACS com gestantes ou puérperas que vivem com o HIV, para compreender e ajustar as ações de saúde voltadas à essas mulheres.

3.2 Fundamentação da Teoria da Ação Comunicativa, de Jurgen Habermas

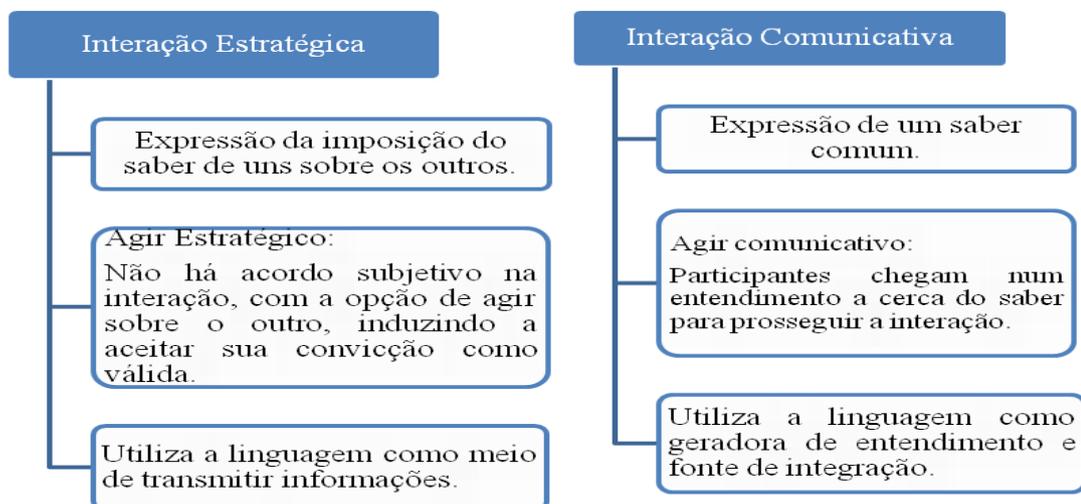
Desde o momento em que conhecemos como acontece o fluxo de comunicação do ACS, podemos aproximá-lo da Teoria da Ação Comunicativa, onde Habermas amplia o conceito de racionalidade para reaver o potencial de crítico que emerge de contextos interativos, pois, para ele, os homens não souberam resolver os problemas advindos da convivência, da ética, da justiça social, desenvolvendo, assim, uma razão prática.

O contexto em que se dá o processo de comunicação do ACS é o domicílio, onde, mediante visitas frequentes, as gestantes e puerpéras são trabalhadas de forma a receberem as informações de saúde, orientações e acompanhamentos, seguindo um fluxo unidirecional, teorizado por Araújo e Cardoso (2007); ou seja, o ACS realiza ações individuais e/ou coletivas com vistas à compreensão por parte das pessoas da comunidade. Esta seria uma ação intencional, onde dois ou mais sujeitos utilizam a linguagem para entendimento sobre determinado assunto do contexto de que fazem parte (BOUFLEUER, 2001).

Para as atividades do ACS, toda ação constitui interação humana, pois requer no mínimo uma pessoa para estabelecer seu trabalho. Habermas diferencia comportamento de ação, pois o comportamento é algo que pode ser observado e a ação é um comportamento intencional, que obedece regras determinadas por mecanismo de coordenação (MACHADO; LITÃO; HOLANDA, 2005).

Habermas distingue dois mecanismos de coordenação e, respectivamente, dois tipos de ação ou interação, representados no desenho esquemático abaixo (Figura 2) para fins de compreensão.

Figura 2 – Interação Estratégica x Interação Comunicativa



Fonte: Adaptado pela autora. Extraído do texto Pedagogia da Ação Comunicativa, Boufleuer, 2011.

Além dos mecanismos de coordenação das ações, Habermas define os modelos de racionalidade para as categorias do agir estratégico e do agir comunicativo como um potencial analítico. Os modelos de racionalidade estão ligados as suas relações com a natureza (relação de conhecimento e domínio) e relação com outros homens (interação simbolicamente mediada), ou seja, “interagindo pela fala ou agindo pela intervenção na natureza, as pessoas podem se comportar de forma mais ou menos racional” (BOUFLEUER, 2011, p.28).

Dessa forma, a racionalidade diz respeito à forma como são utilizados a linguagem e o saber nas ações e manifestações simbólicas expressas pelos sujeitos. Com isso, define a racionalidade cognitivo – instrumental como a utilização de regras e técnicas, baseadas em conhecimento empírico que determina as condições necessárias à uma intervenção. Já a racionalidade comunicativa aponta uma ação livre de coação e produção de consensos mediante a fala argumentativa (HABERMAS, 2012).

Aparentemente, tanto a racionalidade comunicativa como a racionalidade instrumental são indispensáveis e comuns, mas normalmente ocorre que, nos relacionamentos que exigem entendimento, prevalece o agir estratégico, com características de manipulação (BOUFLEUER, 2001).

O agir comunicativo busca suas referências nas teorias pragmáticas da linguagem, pois se interessa pelas relações entre os sujeitos quando utilizam a linguagem para se referir ao mundo. A pragmática da comunicação é composta pela parte performativa e parte proposicional. A performativa situa a expressão linguística num contexto ou situação social, explicitando em que sentido esse conteúdo é empregado, permitindo tornar uma fala como um ato da fala. A parte proposicional verbaliza o conteúdo do enunciado, ou seja, o algo sobre o que se busca entendimento. Portanto, o objeto de análise é sempre um ato de fala, que ocorre quando a situação de fala puder ser descrita como “um falante ao comunicar-se com um ouvinte sobre algo, dá expressão àquilo que ele tem em mente” (HABERMAS, 1929).

Assim, para o entendimento linguístico com alguém sobre algo, esse alguém deve compreender e reconhecer que essa fala é verdadeira e que, a partir disso, é possível solicitar que o comportamento e relações sejam de acordo com o dito; essa é a validade do ato de fala. O ato da fala tem sua transparência na associação entre a intenção (querer), conteúdo (dizer) e a ação (fazer). Essa é a representação da função da linguagem comunicativa:

[...] dar expressão de aquilo que se tem em mente (função expressiva) sobre algo no mundo (função representativa) para comunicar-se com o outro (função interativa). A presença simultânea dessas três funções atuando numa unidade de sentido compõe a estrutura do ato da fala comunicativo. (HABERMAS, 2012, p.78).

A concepção dos atos das falas pode ser sintetizada pela ideia de que “para se chegar a um entendimento por meio da linguagem, duas pessoas ao se comunicarem necessitam possuir um quadro de referência em comum, especificando sentido aos seus atos de fala” (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Para Habermas, analisar a estrutura dos atos da fala permite identificar a associação da comunicação linguística com as estruturas simbólicas do mundo da vida. As funções dos atos da fala correspondem, respectivamente, aos componentes expressivo (função expressiva), proposicional (função representativa) e ilocucionário (interativa). O componente expressivo diz respeito às vivências, o componente proposicional está relacionado ao conhecimento e por fim, o ilocucionário se traduz sob a forma de obrigações decorrentes dos atos da fala (BOUFLEUER, 2011).

O conceito da ação comunicativa é descrito como “o mundo da vida”, um saber intuitivo que se domina por viver numa mesma cultura e compartilhar uma mesma experiência. Ele é um pano de fundo de coisas desde sempre sabidas, que torna possível a comunicação (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Os atos da fala se mostram como a validade de algo no mundo, referindo-se ao mundo objetivo (ato de constatação fatural, com pretensão de verdade), mundo social (ato de regulação normativa, com pretensão de correção ou de justiça) e ao mundo subjetivo (ato de expressão vivencial, com expressão de veracidade ou sinceridade). Cada mundo do ato da fala possui uma pretensão, que pode ser usada concomitantemente, mesmo que em determinado momento esta pretensão esteja em maior ou menor evidência. Reconhecer essas pretensões de validade é a base do agir comunicativo, na qual os homens se entendem entre si e acerca do mundo (BOUFLEUER, 2011).

Se em algum momento a interação deixa de ser consensual, por meio do questionamento das pretensões de validade, o agir comunicativo passa ao discurso argumentativo. No discurso argumentativo, os atores assumem papéis de falantes e ouvintes, com o objetivo de negociar um novo consenso sobre aquilo que se tornou problemático. Uma vez questionado, o proponente terá a oportunidade de defender seu ponto de vista, apontando argumentos em favor de sua pretensão de validade. Assim, quando a busca de entendimento envolve questões relativas ao mundo objetivo, temos um discurso teórico. Quando o entendimento envolve questões relativas ao mundo social, temos um discurso prático. O discurso teórico requer condições essenciais como direitos iguais para argumentar e se

defender, ausência de coerção ou ameaça, se constituindo numa situação ideal de fala, cujo resultado é um discurso de entendimento racionalmente motivado (HABERMAS, 2012).

3.3 O trabalho do agente comunitário de saúde e sua formação

Conhecendo o percurso histórico do ACS, percebemos que seu trabalho está voltado inteiramente para educação em saúde no âmbito da comunidade por meio de visita casa a casa e por isso, quando pensamos nesse profissional, pensamos no seu trabalho como elo entre as famílias e o PSF, assumindo um papel de tradutor e interlocutor da comunidade. Dessa forma, é necessária a reflexão acerca de como estabelecer um elo entre os diferentes saberes que permeiam a prática de trabalho do ACS, incluindo aqui seu conhecimento empírico como membro da comunidade.

No cotidiano de muitas comunidades, as pessoas buscam o ACS antes de outros profissionais da própria unidade. Para manter um bom relacionamento com as pessoas, o ACS deve saber trabalhar aspectos relacionados a preconceito, sigilo, ética profissional, ter facilidade de comunicação, conseguir se integrar a equipe, para priorizar as ações e realizar a cobertura sistemática da área, além da capacidade de acompanhar grupos com maior vulnerabilidade ao adoecimento e notificar a equipe de saúde problemas identificados no território (MARTINES; CHAVES, 2007).

Os treinamentos iniciais buscavam apropriar os agentes comunitários de saúde sobre a prática educativa e utilizava uma metodologia de discussão de sua própria vivência para facilitar a participação ativa no processo educativo e no cuidado da saúde, envolvendo comunidade e agente (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989).

Portanto, a origem do trabalho do ACS está nos conhecimentos produzidos pelo trabalho na comunidade, que não são considerados como científicos, e sim cotidianos. Entretanto, esses saberes não são menos importante do que os conhecimentos produzidos pela ciência. Pelo contrário, provocam um questionamento aos próprios conhecimentos científicos, “levando a ciência a se colocar novos problemas; ou eles devem ser refutados e, assim, superados por conhecimentos e práticas validados pela ciência” (RAMOS, 2007).

O conhecimento produzido por práticas cotidianas na comunidade parecem não ter validade, exceto quando comprovados por um saber científico. Foi nesse contexto que o trabalho do ACS adquiriu relevância, ligando o saber popular e o saber adquirido como

científico e contribuiu para redução da mortalidade infantil, estimulando o aleitamento materno, por exemplo. Fica evidente que a formação desses profissionais deve possibilitar o diálogo entre as necessidades da comunidade e as práticas e orientações de saúde.

O ACS no Brasil é um trabalhador formal desde 2002, e suas atribuições ainda estão definidas de forma ampla e, às vezes, imprecisas. As suas atividades incluem a promoção de ações de educação nos planos individual e coletivo e participação em ações que fortaleçam o vínculo setor saúde e as políticas que promovam a qualidade de vida. Outras atribuições são bastante específicas, como cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados. Deve acompanhar no máximo 750 pessoas em relação as suas condições de saúde, realizando ações de prevenção e educação, identificando e monitorando as situações de risco (GIUGLIANI *et al*, 2011).

Dessa forma, espera-se que o referencial curricular do ACS esteja direcionado para a atuação junto às equipes no desenvolvimento dessas atividades no nível individual e coletivo, nos domicílios e na comunidade.

Antes de iniciar sua atuação, o ACS deve passar por uma qualificação básica, com carga horária de 80 horas, que propõe o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à sua atuação na ESF, como: territorialização e abordagem familiar, entre outros. Este módulo deve permitir ao trabalhador inserir-se no campo das práticas em saúde e, mediante a educação permanente em serviço, os demais conteúdos necessários são repassados. As capacitações devem acontecer preferencialmente no município onde o agente atua, privilegiando uma metodologia que integre ensino e serviço.

A formação dos agentes comunitários de saúde acontece em virtude das multiplicidades e especificidades locais e regionais, respeitando a ótica da territorialização em saúde. Como a implantação do PSF se deu de forma diversificada no País, a organização das equipes como prestação de serviços e promoção da saúde também era diversificada (LELO NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Tomaz (2002) constatou em seu estudo que o perfil, atribuições e competências dos agentes comunitários de saúde não eram definidos de maneira clara. Muitos estudos foram feitos baseados nas atribuições e competências, mas o perfil desse profissional não é especificado, partindo da prerrogativa, que é consenso, de que se trata de um profissional que se identifique com a comunidade. Reflexões acerca da escolaridade são pertinentes, entretanto, quando nos dias atuais vemos a capacitação de muitos agentes comunitários de

saúde. Assim, percebemos que existem extremos entre agentes comunitários de saúde com baixa escolaridade até aqueles que já possuem nível superior.

Após a implantação do PSF, o trabalho dos agentes comunitários de saúde saiu do foco materno infantil para a família e a comunidade, exigindo maior campo de conhecimentos. Para Tomaz (2002), esse é um dos motivos que exige do ACS maior escolaridade para dar conta desse papel. As diretrizes dos programas de qualificação do ACS eram resumidas em identificar sinais e situações de risco, orientar famílias e comunidades, orientar as famílias e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas. Nesse sentido, o autor complementa, dizendo que são notáveis as tendências de “superheroização” e “romantização” do ACS.

O estudo de Martines e Chaves (2007) explora o significado de ser ACS e sua percepção da organização de trabalho. Os resultados mostraram a existência de vulnerabilidade dos agentes comunitários de saúde na prática do trabalho, em razão de fatores evidenciados pelas famílias e que estão além do seu alcance resolvê-los. Provavelmente, uma dessas práticas é a abordagem ao portador do vírus HIV, em especial, às gestantes.

Estudo de Santos *et al* (2011) aponta que houve um aumento da escolaridade dos agentes comunitários de saúde. O aumento da escolaridade é um fator essencial para estruturar o processo de qualificação desses profissionais, mas também identificaram o fato de que a responsabilidade e o aumento significativo do trabalho são desproporcionais às remunerações de outros profissionais da equipe, sendo considerado um ponto de insatisfação e desvalorização para a categoria. Por outro lado, muitas atividades têm como pano de fundo a ótica curativa por via da entrega de medicações e marcação de consultas.

Em 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que instituiu a formação técnica desses trabalhadores. A operacionalização dessa formação constitui tarefa complexa em virtude da própria configuração de atividades do ACS, fragilidade de sua identidade profissional, regulamentações incipientes e necessidades de informação que transcendem o setor saúde. O trabalho da ACS lida com questões relativas à cidadania, política, condições de vida, organizações dos grupos e suas relações, incluindo nesses contextos a família. Todos esses aspectos deveriam estar sistematizados na formação do ACS, além dos saberes específicos que perpassam sua atuação, pois são eixos estruturantes para desenvolver um trabalho de qualidade (FONSECA; STAUFFER, 2007).

Os materiais didáticos produzidos para os treinamentos dos agentes comunitários de saúde não estão totalmente deslocados desta complexidade, mas são materiais que se desenvolveram predominantemente em serviço centrados nas atividades e atribuições específicas desses trabalhadores. Essa aplicação é justificada em circunstâncias específicas de qualificações, mas simplifica e reduz o trabalho do agente comunitário de saúde a uma dimensão operacional que não contempla a abrangência requerida com uma formação técnica que seja inerente às diversas etapas de sua atuação profissional (FONSECA; STAUFFER, 2007).

Para Morin (2010), a fragmentação do saber por meio das disciplinas compartimentalizadas, de um lado, e as realidades multidimensionais, de outro, se torna um problema transversal e transdisciplinar pela inadequação das situações em que nos leva a separar no lugar de reunir aquilo que faz parte de um todo. Assim, os problemas são fracionados, e, quanto mais complexo o problema, maior é a incapacidade de pensar o multidimensional, de encarar os contextos e o complexo.

A capacitação dos agentes comunitários de saúde deve ensejar a criação de abordagens educativas capazes de relacionar-se com a realidade e as transformações que ocorrem na esfera da saúde, assegurando o domínio de conhecimentos e habilidades para desempenhar suas funções, já que este depara constantemente situações complexas na sua rotina de trabalho.

Para isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) elencou sete competências que deveriam compor as capacitações dos agentes comunitários de saúde: trabalho em equipe, visita domiciliar, planejamento das ações de saúde, promoção da saúde, prevenção e monitoramento das situações de risco e do meio ambiente, prevenção e monitoramento dos grupos específicos, prevenção e monitoramento das doenças prevalentes, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Ante tantas abordagens complexas, percebe-se que ao realizar ações e interações, o ACS depara uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado nem instrumentos adequados para dar suporte às situações que compreendem desde a abordagem das famílias até o posicionamento ante as situações de vida (SILVA; DALMASO, 2002).

A qualificação do ACS poderia estar associada ao que Grosser (2010) chama de “memória coletiva”, que seria um conhecimento transmitido e tornou-se adquirido, ou seja, o

conhecimento que foi transmitido pela história, pelas famílias, pela mídia, mas que poderia ter sido transmitido de outras formas.

As capacitações e qualificações do ACS, entretanto, não devem criar uma distância em pertencer à origem da comunidade ou desestimular o sentimento de pertença ao grupo. De acordo com os conceitos de Grosser (2010), o desafio é “liberar sem desinteressar”, pois se esses sentimentos de pertença e identificação com a comunidade forem suprimidos, esses profissionais estarão num espaço social vazio, por terem rompido com seu elo. Assim, a tentativa de distanciar a pertença seria no mínimo “tentar ver de outra maneira os mesmos fatos”.

As dimensões tecnológica, solidária e social estão presentes no trabalho do ACS, sendo consideradas potenciais de conflitos. O dilema permanente do ACS está entre o convívio da dimensão social com a técnica assistencial do programa. Esse dilema fica evidente na prática cotidiana, quando escolhe seguir para uma ou outra dimensão. Dessa forma, o dia a dia do ACS depara inúmeras contradições sociais e por isso eles fazem determinadas opções de acordo com as exigências, as recompensas e suas referências (NOGUEIRA; RAMOS, 2011).

O ACS não dispõe de instrumentos de tecnologia e saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho, e essa escassez faz com que ele trabalhe com o senso comum, com a religião e, em outros casos, com os saberes e recursos das famílias e comunidade. Existem alguns saberes da dimensão técnica, outros considerados como políticos, mas não há um trabalho consistente sobre o “agir comunicativo” (SILVA, 2001).

No trabalho do ACS, que envolve tantas interfaces, ele utiliza as tecnologias leves que, para Merhy (2003), são ações presentes na humanização, escuta solidária, acolhimento, mediação das demandas e integração com os demais profissionais do serviço com a comunidade.

Galavote *et al* (2011) constataram que há uma idealização das competências do ACS e o lugar que ele ocupa na equipe, gerando sentimentos de impotência e limitação diante dos desafios de trabalhar com a abordagem das famílias.

Nota-se, entretanto, observa-se que a finalidade educativa foi ocultada pela fragmentação disciplinar e pelas compartimentalizações. As finalidades educativas para Morin (2010) seriam “a formação de espíritos capazes de organizar seus conhecimentos em vez de armazená-los, [...] ensinar a condição humana [...], ensinar a viver [...], refazer uma escola de cidadania”. A condição humana é desintegrada em fragmentos desconjuntados no ensino

atual, mas os recentes desenvolvimentos das ciências naturais e da tradição mais relevante da cultura humanista permitiram que todas as disciplinas convergissem para que cada um se conscientizasse do significado de ser humano (MORIN, 2010).

A desintegração e desmotivação dos ACS podem comprometer a qualidade de suas ações na comunidade. Muitos fatos encontrados são reflexos de um contexto em que o papel do ACS nem sempre é compreendido e tampouco valorizado (SANTOS *et al*, 2011).

Em razão da existência de muitas modalidades de contratação e com as qualificações sendo de responsabilidade dos municípios, pode haver pontos positivos no sentido de que o cenário do treinamento é o mesmo da atuação. Será difícil dimensionar; porém, ou avaliar como ocorrem esses trabalhos em diversificadas realidades. A qualificação dos profissionais é a estratégia fundamental para que qualquer ação, plano ou política tenha sucesso como prática.

A integração dos saberes do ACS passa pela necessidade de instituir um projeto de educação permanente desses profissionais, que os sensibilize quanto à atuação pelo prisma do acolhimento, vínculo e responsabilização. Para a religação dos saberes comuns a situações multivariadas, Rosnay (2010), enumera algumas características: as situações complexas são relacionadas com seu ambiente; têm uma grande variedade de elementos que estão em interação permanente; estão inseridos em organizações, possuem redes de comunicação nas quais os agentes se comunicam para a troca de informações; tem interdependência; e seus comportamentos não são lineares.

Aprender e ensinar por aprender e ensinar é uma coisa. Aprender e ensinar para agir é outra. Aprender e ensinar para compreender os resultados e objetivos é outra. Mais do que levar acumulação permanente dos conhecimentos, a relação... deve permitir a religação dos saberes num quadro de referências mais amplo, favorecendo o exercício da análise e da lógica. E não é esse um dos objetivos fundamentais da educação? (ROSNAY, 2010, p.498).

A capacitação do ACS não deve ser apenas um momento em que se transmitem conteúdos, mas há de ser algo mais amplo em relação à multidimensionalidade existente nas comunidades, diante das mais variadas situações, dando sentido do respeito ao outro e o sentido da abertura de informações que acontecem em cada casa como uma oportunidade para desempenhar suas atribuições, já que a este profissional cabe a complexidade da constituição de uma prática de integração.

3.4 Relação do agente comunitário de saúde com a comunidade

O ACS revela-se como protagonista dentro da EqSF, por articular as trocas de experiências e favorecer o fortalecimento do vínculo com a comunidade. A representação desse vínculo ocorre tanto com a comunidade como com a própria equipe em que atua. Em algumas situações, a EqSF simplifica o papel do ACS, desconhecendo os avanços que sua atuação proporcionou, em especial nas localidades onde não havia acesso algum a serviços de saúde (GALAVOTE *et al*, 2011).

Por isso, uma das características marcantes da ESF é a inserção do ACS na equipe como um mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, mediante ações educativas, prevenção de agravos e de promoção e vigilância da saúde como agente social (GOMES *et al*, 2010).

Por outro lado, a definição do papel do ACS e suas particularidades, já descritas, o deixam em uma situação de profissional “*sui generis*” por conviver com saberes e práticas populares e conhecimentos científicos (NOGUEIRA; RAMOS, 2011).

Outra característica é que esse profissional trabalha e reside na mesma área, por um aspecto estruturante: o papel de educador. Ele emerge da comunidade com pouco ou nenhum conhecimento e se integra à equipe da ESF com pouca bagagem técnica específica e trabalha por meio do diálogo com a comunidade (JARDIM *et al*, 2009). A capacidade de diálogo é importante, também, para com a equipe da ESF.

Em algumas circunstâncias, o ACS pode enfrentar resistência da comunidade, dificuldades de relacionamento, pois o domicílio é um território privado e nem sempre seu acesso é evidente e fácil, por isso ele deve estabelecer relações de vínculo e confiança. O agente comunitário adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo zelar por essa privacidade e pela credibilidade que a família teve em expor sua vida. Esse contato com as famílias gera envolvimento pessoal e às vezes, desgaste emocional do agente (JARDIM, 2009).

Nesse contexto, o ACS nem sempre encontra um ambiente de diálogo com a EqSF para expor essas situações. Lunardelo (2004) discute que os espaços de escuta do cotidiano das equipes, reuniões de equipe e discussões de famílias, são insuficientes para oferecer suporte e apoio ao trabalho do ACS. Assim, a não escuta esteve relacionada com a autonomia do ACS, em especial quando a equipe não reconhece a importância do seu papel no contexto de trabalho. A autora complementa, ainda, dizendo que na busca da autonomia, o ACS

silencia, sendo incorporado como ator operacional que replica o modelo hegemônico instituído (LUNARDELO, 2004).

As relações entre profissionais dos serviços de saúde se tornam fragilizadas por condições de trabalho inadequadas, capacitação profissional insuficiente, baixa remuneração, relacionamento interpessoal conflituoso e concepção dos profissionais acerca do seu papel e dos demais, repercutindo no acesso da população aos serviços de saúde, no atendimento igualitário e integral aos usuários (MENDES; CALDAS JÚNIOR, 2001).

O acompanhamento das famílias pelo ACS se dá pela visita domiciliar, mas nem toda ida ao domicílio pode ser considerada visita domiciliar, pois tal atividade compreende um conjunto de ações sistematizadas que se iniciam antes e continuam após a saída do domicílio da família. Para realizar visita domiciliar, o ACS deve estar treinado no uso de técnicas de comunicação e observação sistematizadas. O ACS se vê para a equipe como uma fonte de informação, pois é entrevistador e observador da comunidade (LUNARDELO, 2004).

Acompanhar as famílias em várias situações pode ser uma tarefa difícil, pois algumas situações exigem muita cautela para serem abordadas, como é o caso de doenças consideradas estigmatizantes, como AIDS, hanseníase, tuberculose e outras. Por isso, a comunicação com as famílias é um desafio, pois existem também os momentos nos quais os profissionais devem perceber que não é o momento para realizar intervenções.

Como o trabalho do ACS é supervisionado pela EqSF, há a necessidade de integração entre os profissionais, mas no estudo de Lunardelo (2004) os demais profissionais de saúde estão cada vez mais presos às atividades internas em razão das demandas, realizando poucas atividades extramuros. Esse foi um dos pontos de insatisfação dos ACS que fazem um trabalho de escuta de queixas, sofrimentos, desejos e carências, e acabam levando outras demandas aos serviços, gerando reclamações por parte de alguns profissionais. Assim, o ACS que tem como meta visitar 100% das famílias de sua microárea esperava mais do trabalho em equipe.

A relação com a comunidade é formada pela credibilidade para que as famílias abram as portas de suas casas e contem suas demandas de saúde. Uma das formas de conquistar a credibilidade é assegurar que as informações obtidas não serão utilizadas para outros fins. Em alguns casos, os vizinhos mostram-se mais resistentes, sobretudo aqueles que se encontram em situações financeiras desfavoráveis. As situações encontradas são as mais diversas: problemas de ordem emocional, relacionamento interpessoal, situações de pobreza, violência, uso de drogas ilícitas. A vida social dos agentes acontece no mesmo ambiente de

trabalho, com isso fica sendo conhecido por todos; dessa forma, o agente comunitário sente que sua privacidade também é invadida quando moradores o procuram para saber sobre a vida de outras pessoas, quando deparam usuários de drogas ou agressores que lhes ameaçam e envolvem seus familiares, quando são assediados em locais públicos fora de seu horário de trabalho (JARDIM, 2009).

Quando o cliente não consegue resolver sua demanda, o ACS percebe que há uma quebra na relação de confiança estabelecida. Assim, a falta de resolubilidade provoca consequências na operacionalização do trabalho do agente, em particular porque os esforços realizados são muitas vezes invisíveis (JARDIM, 2009).

Em razão dos contextos de relacionamento do ACS com a comunidade, é necessário discutir aspectos relacionados ao acompanhamento de mulheres que se descobrem portadoras do HIV na vigência da gravidez e puerpério, e que irão necessitar de acompanhamento, além do que já é preconizado para gestantes soronegativas.

3.5 Acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal pelo agente comunitário de saúde

Ao identificar uma gestante, o ACS deve compreender os significados da gestação para aquela mulher e sua família, pois o contexto em que ocorre cada gravidez determina o desenvolvimento da relação entre mulher, família e a criança. Essa relação pode interferir no processo de amamentação e nos cuidados com a mulher e a criança. Quando os contextos são harmoniosos, os vínculos familiares se solidificam. Quem acompanha o pré-natal deve ter sensibilidade e percepção, e manter um diálogo franco, com escuta, sem julgamentos e preconceitos, permitindo que a mulher fale de sua intimidade e dúvidas (BRASIL, 2000).

O foco das ações do ACS sempre esteve relacionado com o acompanhamento de gestantes e crianças, em especial aquelas na faixa etária de zero a dois anos. Essas ações eram incorporadas de acordo com as necessidades da comunidade e mediante as capacitações que os agentes recebiam, permitindo que estes desenvolvessem habilidades pessoais que lhes permitissem o desempenho dessas atividades (COELHO; ANDRADE, 2004).

Dentro do acompanhamento na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, o ACS realiza visitas domiciliares na frequência possível para cada localidade, reforçando o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde (UBS), mas, sobretudo, essa visita deve ter caráter integral e abrangente sobre a família e seu contexto social. Assim, se

forem observadas alterações que sejam consideradas fatores de risco para a gestante, ou outro membro da família, deve ser discutida com a equipe na unidade de saúde (BRASIL, 2000).

As atribuições do ACS no acompanhamento pré-natal são: captar as gestantes não inscritas no pré-natal, reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal (especialmente as de risco, uma vez que podem surgir complicações), acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde (nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade de saúde seja desnecessário), completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar, reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre ações desenvolvidas pela unidade de saúde (BRASIL, 2000).

O foco desse acompanhamento por parte do ACS se faz na visita domiciliar, que deve ser considerada como uma opção metodológica de trabalho, que exige uma “entrada consentida” no mundo existencial do outro, e por isso a própria entrada do agente como o registro de informações, devem ser autorizados (SÃO PAULO, 2007).

A visita domiciliar à gestante exige habilidade técnica para a entrevista e critérios éticos para a escuta da história ou relato da mulher. O agente deve realizar essa visita sem modelos de realidade preconcebidos, e com sensibilidade e curiosidade respeitosa, conhecendo os limites de cada um. É importante, também, que eles estejam prontos para eventuais situações novas, que sejam diferentes daquelas a que estão habituados, que algumas vezes podem chocar, por serem vistas como algo diferente do seu padrão de acompanhamento (SÃO PAULO, 2007).

3.6 Acompanhamento de gestantes e puerpéras que vivem com o HIV pelo ACS

O exame anti- HIV nas gestantes é ofertado durante o pré-natal, para que haja tempo hábil de realizar a quimioprofilaxia para prevenção da TV, caso o resultado seja positivo. Com a quimioprofilaxia, é possível diminuir as chances de transmissão para o bebê na gravidez e parto (BRASIL, 2003). O que acontece na prática, no entanto, é que um número considerável de mulheres que recebem o diagnóstico durante o pré-natal chega às maternidades em trabalho de parto sem ter recebido o tratamento antirretroviral. Esse problema é decorrente da falta de cobertura adequada de testagem do HIV em gestantes na atenção básica (ARAÚJO, 2005).

Brito *et al* (2006) evidenciaram em seu estudo que um grande número de mulheres chega à maternidade sem ter recebido o tratamento antiretroviral, e essa falha foi associada à

falta de cobertura da testagem HIV em gestantes na atenção básica, o que reforça a deficiência para o acompanhamento dessas mulheres na atenção básica.

A solicitação deste teste no pré-natal é realizada por profissional por meio de aconselhamento pré e pós-teste com o objetivo de cuidar dos aspectos emocionais com foco na saúde sexual e nas vulnerabilidades de cada um. O aconselhamento tem papel importante na prevenção e no diagnóstico da infecção pelo HIV, contribuindo para a adoção de comportamentos sexuais mais seguros; reduz o impacto da revelação do diagnóstico, melhora o autocuidado e a promoção da atenção integral, bem como no acompanhamento das pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2010a).

Em grávidas que vivem com o HIV, o aconselhamento deve ser mantido durante todo o pré-natal, pois as mudanças que surgem do ponto de vista emocional, familiar e social podem dificultar o seguimento das recomendações da profilaxia da Transmissão Vertical (TV) (AGUIAR; SIMÕES-BARBOSA, 2006).

Outros componentes, como deficiências técnicas, institucionais e de relacionamento entre profissionais e usuária encontradas nos serviços, mostram que existe um despreparo dos profissionais que atuam na atenção básica. Isso reflete no aconselhamento e no seguimento da gestante que vive com o HIV, mesmo que ela passe a ser acompanhada por uma unidade de referência. Como a gestante enfrenta muitos desafios, algumas podem não fazer um seguimento adequado (ARAÚJO, 2005).

Além dos aspectos relacionados à falha no seguimento, os sentimentos negativos que podem surgir também se tornam um obstáculo. Por isso, a família passa a ser um apoio fundamental para o compartilhamento do diagnóstico. Quando não há apoio necessário da família, as gestantes se tornam mais suscetíveis a transtornos emocionais, que se exacerbam quando este apoio também é negado pelo parceiro sexual. Além desses fatores, outros aspectos podem influenciar na adesão ao tratamento, como: a ocorrência de efeitos colaterais, uso correto dos medicamentos até esconder os medicamentos dos vizinhos (ARAÚJO; SILVEIRA; MELO, 2008).

Esses fatores, associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na gestação, a baixa adesão às recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde (a exemplo dos que não oferecem a sorologia para o HIV durante o pré-natal nos períodos recomendados) e a qualidade da assistência, principalmente nas regiões com menor cobertura de serviços e menor acesso à rede de saúde dificultam a adesão ao tratamento da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2010b).

A gravidez é uma fase em que a mulher vivencia sentimentos relacionados à vida e à esperança, que se opõem à ideia de morte, a que a AIDS é vinculada. Por isso, um resultado positivo para o HIV acarreta impacto na vida das mulheres e os profissionais na atenção básica ainda não se sentem preparados para trabalhar o aconselhamento nestas circunstâncias. Conseqüentemente, não há um seguimento à gestante vivendo com HIV, independentemente de ela estar sendo acompanhada em uma unidade de referência, o que pode dificultar o seguimento em razão das muitas dificuldades individuais vivenciadas por parte de cada mulher (ARAÚJO; SILVEIRA; MELO, 2008).

O estudo de Araújo, Silveira e Melo (2008) aponta que algumas das gestantes, além de se depararem com o diagnóstico, sofrem muito pela falta de amparo familiar. Marques et al (2006) identificaram que os familiares, em especial as mães, consideram importante conhecer o diagnóstico do HIV nas gestantes como forma de oferecer apoio no enfrentamento das dificuldades. A família conforta e ajuda na adesão ao tratamento, por isso eles também devem ser esclarecidos acerca da doença (FERACIN, 2002).

O preconceito faz com que pessoas que vivem ou convivem com o HIV/Aids se sintam isoladas em razão dos mitos e crenças existentes na sociedade a respeito da doença. Apesar da grande divulgação das formas de transmissão, as representações sociais acerca do HIV ainda enseja estigma e isolamento. No caso das gestantes, esses sentimentos são os mesmos, e, de modo geral, compartilharam o resultado do teste, especialmente com a mãe, que, em algumas situações, demonstra interesse em ajudar e confortar (ARAÚJO; SILVEIRA; MELO, 2008).

O aconselhamento por parte dos profissionais deve ser continuado durante o puerpério, pois alguns aspectos podem não ter sido adequadamente trabalhados em função da fragilidade emocional que permeia essa situação, principalmente a avaliação da necessidade de apoio para compartilhar o resultado com o parceiro, família ou alguém que compõe sua rede social. Outro aspecto importante desse suporte que deve ser oferecido à puérpera é a ênfase à adesão, ao tratamento e à profilaxia do recém-nascido exposto, observando a representação das percepções da mulher a respeito do resultado positivo, seus sentimentos em relação a seu estado sorológico e em relação ao seu filho, bem como as dificuldades que ela poderá enfrentar na implementação dos cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2010b).

As puérperas devem receber atenção especial em decorrência da possibilidade de depressão puerperal, que pode interferir na aderência ao uso do antirretroviral (ARV), com a conseqüente resistência viral. Além disso, toda mãe soropositiva para o HIV deve ser

orientada a não amamentar e que terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até o seu filho completar seis meses de idade. Evidências mostram que uma maneira efetiva para evitar a amamentação natural é começar a orientação para o aleitamento artificial durante o pré-natal. A decisão e a comunicação à puérpera da importância de não amamentar somente após o parto é tardia, e trazem resultados insatisfatórios, pois, mesmo que ela seja diagnosticada tardiamente ou até durante o trabalho de parto, gestantes e puérperas deverão receber as orientações adequadas acerca da não amamentação e do uso de inibidores da lactação (BRASIL, 2010b)

O recém-nascido deve receber zidovudina (AZT), solução oral, ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou até 2 horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias). É recomendado que seja realizado hemograma completo para avaliação prévia antes do início da profilaxia dada a possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de AZT, com monitoramento após seis e 16 semanas. É indicado que mãe e recém-nascido permaneçam em alojamento conjunto em período integral para estimular o vínculo mãe-filho, lembrando que o aleitamento materno, aleitamento misto e aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz) são contraindicados (BRASIL, 2010b).

O recém-nascido já deve ter alta da maternidade com a consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV. A data da primeira consulta não deve ultrapassar 30 dias após o nascimento. A partir de quatro a seis semanas de vida até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV, a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia pelo *P. jiroveci*, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP) divididos em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias alternados (BRASIL, 2010b).

Cabe à equipe de saúde explicar e orientar acerca da administração de medicamentos e preparo da fórmula infantil. O ideal é que sejam acompanhados também no ambiente domiciliar, considerando as grandes demandas dos serviços de saúde para um acompanhamento mais próximo dessas famílias.

Vasconcelos e Hamann (2005) constataram que há falhas na implementação do uso terapia antirretroviral (TARV) (AZT solução oral) em recém-nascidos e crianças em torno 8%, mesmo com a existência dos insumos nos serviços de saúde.

No estudo de Araújo, Silveira e Melo (2008), evidenciou-se a preocupação da mãe em ter que administrar o xarope ao bebê pelo fato de ter que ocultar os frascos de

medicamentos por medo de que outras pessoas fossem tomar conhecimento da sua patologia. O fato de optarem por não revelar sua condição sorológica é para evitar, pelo maior tempo e da melhor maneira possível, a discriminação por serem portadores do HIV (GALVÃO; RAMOS; MACHADO, 2004). O parceiro sexual, entretanto, expressa uma maior tolerância e aceitação, pois oferece apoio à mulher após tomar conhecimento do diagnóstico (ARAÚJO; SILVEIRA; MELO, 2008).

Outra dificuldade que as mães enfrentam é o fato de não poderem amamentar seus filhos. A amamentação representa uma ligação mãe-filho, bastante incentivada nos discursos dos profissionais como estratégia de redução de doença e melhor qualidade de alimentação para o bebê. Isso pode repercutir em sofrimento para a mãe, tendo como conseqüência o sentimento de inabilidade na responsabilidade com o cuidado do seu filho (ARAÚJO; SILVEIRA; MELO, 2008).

Então, é perceptível a importância do fácil acesso das gestantes aos profissionais de saúde, caso deparem alguma dificuldade no seguimento. Esse acesso pode ocorrer por meio de consultas de pré-natal sem intervalos longos, rigorosos e mensais, além de ser implementado um acompanhamento durante o puerpério.

Consoante Barroso *et al* (2009), a maioria das pesquisas se resume em analisar a assistência ao binômio mãe-recém-nascido exposto ao HIV até o pós-parto na maternidade. Após a alta da maternidade, a mãe assume todos os cuidados com o filho, incluindo a continuidade de todas as medidas preventivas, especialmente a substituição do aleitamento materno e medicamentos, convivendo com o sentimento de culpa e a espera de um resultado que descarte a soropositividade na criança, para que possa brincar e crescer saudável. Dessa forma, espera-se que as mães sigam as orientações dos profissionais (NEVES; GIR, 2006).

Estudo de Barroso *et al* (2009), que avaliou a condição de cuidado materno ao filho exposto ao HIV após alta da maternidade, evidenciou uma fragilidade dos acompanhamentos, sugerindo que o seguimento é diferente do que é proposto pelo Programa Nacional de AIDS e que as falhas estão centradas na falta de conhecimento das mães, não por limitações pessoais, mas pela falha dos profissionais e serviços de saúde. As falhas identificadas em relação ao seguimento das crianças foram: erro na administração do AZT com uso por tempo prolongado, início tardio do acompanhamento especializado, agendamento das consultas com intervalos diferentes do recomendado, início tardio da profilaxia da pneumonia, aumentando o risco de infecção e mortalidade, diluição incorreta da fórmula

infantil, introdução precoce de alimentação complementar, atraso no cumprimento do calendário vacinal, além do uso de vacinas inadequadas (vacinas com vírus inativados).

Essas falhas apontadas no uso do AZT poderiam estar relacionadas com o fato de que as crianças infectadas com HIV ou que vivem em uma casa onde um ou ambos os pais são infectados com HIV ou, ainda, morreram em consequência da AIDS, são de famílias de baixa escolaridade e classe social (KERR *et al*, 2011).

O acompanhamento de crianças menores de um ano na atenção básica contempla a orientação quanto à alimentação, quer seja aleitamento materno, artificial ou introdução de alimentos complementares, caderneta de vacina, crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, a EqSF toma conhecimento da condição sorológica dessas pacientes desde a entrega do resultado do exame positivo durante o pré-natal. Nos municípios que não dispõem de Serviço Especializado, essa realidade é muito mais recorrente, pois a mulher busca ajuda nos profissionais com quem tem maior vínculo.

O fato de que a Atenção Básica e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) começaram com foco na saúde materno-infantil fez com que as redes de cuidado se voltassem para os problemas de saúde pública que se expressavam com maior gravidade, em especial, a mortalidade infantil. Estudo de Giugliane (2011) identificou no fato de que o trabalho do ACS teve, no mínimo, efetividade parcial no acesso aos cuidados de saúde, como no rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres, aleitamento materno exclusivo com introdução tardia da mamadeira.

O ACS está muito próximo da realidade das famílias que acompanha e consegue facilmente sua confiança. É o elemento da EqSF que mais pode contribuir na competência cultural da comunidade, diminuindo barreiras; entretanto, há a necessidade de aperfeiçoar os objetivos de trabalho do ACS e a formação qualificada, mas algumas conquistas já foram alcançadas, como melhor remuneração e trabalho mais efetivo em equipe (GIUGLIANE, 2011).

Com o aumento da incidência de casos de gestantes sendo diagnosticadas com HIV, há lotação dos serviços especializados e, assim, a atenção básica deveria ser envolvida em treinamentos que pudessem reforçar e dar suporte ao trabalho dos serviços especializados, já que, de acordo com o cenário atual, viver com HIV passa a ser uma condição cada vez mais possível. De acordo com estudo de Giugliane (2011), ainda existe uma lacuna acerca da avaliação do trabalho do ACS, em que a maioria das evidências demonstra sucesso na área da

saúde maternoinfantil, sendo importante avaliar a utilidade do agente comunitário no cuidado às doenças crônicas.

Estudo de Cavalcante *et al* (2008) considera que a transmissão vertical do HIV é um desafio para a saúde pública e que há necessidade de estudos voltados para a atenção básica, nas maternidades que não são referência para a infecção pelo HIV e das redes de atenção à gestante e parturiente. Considera, ainda, que as falhas na detecção do HIV durante o pré-natal é um dos fatores que limitam a chance de redução da TV.

Estudo realizado em Malawi (KIM *et al*, 2012) identificou uma baixa adesão de gestantes ao acompanhamento para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Nessa mesma pesquisa, foi implementada uma intervenção-piloto com ACS para estabelecer uma continuidade de cuidados, desde o diagnóstico do HIV no pré-natal até diagnóstico final da criança, melhorando a utilização do serviço e a adesão das mães e crianças. A gestão de casos e apoio por ACS pôde criar um cuidado contínuo e reduziu a TV do HIV.

Portanto, é importante que o trabalho voltado às gestantes com HIV seja multiprofissional, acompanhado por um serviço especializado, mas com suporte da EqSF.

3.7 Contextualização da epidemia de HIV/AIDS

A epidemia de AIDS, que se iniciou na década de 1980, como uma doença caracterizada pela transmissão homossexual masculina, continua repercutindo de forma significativa na população, principalmente por sua expansão em número de casos. Ocorreram, porém, grandes avanços na terapêutica e diagnóstico, aumentando a sobrevivência dos pacientes, passando a ser considerada hoje uma pandemia crônica (BRASIL, 2006).

As estimativas mundiais evidenciam que mais de 30 milhões de pessoas já morreram de AIDS, 33 milhões de pessoas vivem com HIV, mais de 16 milhões de crianças passaram a ser órfãs por causa da AIDS, sete mil novas infecções por HIV ocorrem todos os dias e mais da metade dessas pessoas demora a descobrir que são portadoras do vírus (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011).

Esses dados acerca da transmissão da AIDS se traduzem, também, nos dados registrados no Brasil entre 1980 e junho de 2010, com a notificação de 592.914 casos de AIDS no Brasil, onde a maioria dos casos se concentra entre a faixa etária de 40 e 49 anos. A faixa etária de 35 a 39 anos, entretanto, possui a maior taxa de detecção no País. O número de gestantes notificadas com HIV entre os anos de 2000 e 2009 foi de 54.218 (BRASIL, 2010c).

Em relação aos casos de AIDS em menores de cinco anos, é observada uma redução desde 2002, porém esse decréscimo foi notado apenas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O Norte e o Nordeste exibem aumento do número de casos nessa faixa etária. O coeficiente de mortalidade por AIDS mostrou tendência decrescente de 1997 a 2004, ano em que esse coeficiente se estabilizou (BRASIL, 2010c).

Esses dados retratam o cenário da epidemia da infecção por HIV, que, além de evoluir para a cronicidade, tem tendências de feminização, heterossexualização, juvenilização, pauperização e interiorização (BRASIL, 2006).

Estudo de Souza Júnior *et al* (2004) evidenciou que a cobertura da oferta do teste anti HIV para gestante no pré-natal era de mais de 90%, todavia, com a estratificação para regiões do Brasil, a cobertura do teste anti-HIV no pré-natal nos estados do Nordeste era de apenas 24%. Apesar das dificuldades e das diferenças regionais identificadas, a incidência de AIDS em crianças por exposição à transmissão vertical está decrescendo progressivamente (HARUNARI *et al*, 2011).

O diagnóstico positivo para HIV repercute em diversos aspectos do cotidiano das mulheres e famílias que vivenciam essa situação, podendo abalar a estabilidade e a segurança dos relacionamentos (GONÇALVES *et al*, 2009). Além disso, a mortalidade por AIDS trouxe outros problemas, como o aumento no número de crianças que viviam na condição de órfãs. No final da década de 1990, esse número chegou a 29.929 crianças (MACHADO *et al*, 2010).

Além desses dados, Brasil (2010.3) aponta que, entre 2000 e 2009, foram notificados 54.218 casos de infecção por HIV em gestantes com a concentração de faixa etária entre 20 e 29 anos. Estimativas revelam ainda que 12.456 recém-nascidos são expostos ao HIV anualmente.

O aumento do diagnóstico de infecção por HIV em mulheres no período gestacional reflete a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV; mas, representa uma falha no processo de educação e formação de uma consciência que estimule a adoção de medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV, além de uma gravidez não planejada (BRASIL, 2010c).

No Ceará, entre 1983 e setembro de 2010, foram notificados 9.722 casos de aids, considerando possibilidades de existência de subnotificação relacionada ao estigma e problemas operacionais da vigilância e assistência. A ampliação da notificação evidenciou uma redução da razão de sexos e interiorização da doença. Entre 2000 e 2008, foram

notificados 1.060 casos de gestantes infectadas pelo HIV com *status* sorológico definido durante o pré-natal (CEARÁ, 2010).

Num recorte para o cenário do Município de Canindé, destacamos que, desde a notificação do primeiro caso de aids em 1997, até 2011, foram registrados 80 casos, sendo 30 do sexo feminino. A faixa etária com maior recorrência foi a de 20 a 29 anos, com 38 casos notificados, seguido por 30 a 39, com 23 casos. Foi registrada a ocorrência de três casos de TV nos anos de 1999, 2001 e 2009.

A infecção por HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: infecção aguda, fase assintomática, fase sintomática inicial e aids. A infecção aguda é pouco percebida pelo baixo índice de suspeição, pois nessa fase ocorrem manifestações clínicas inespecíficas durante o pico de viremia e de atividade imunológica, que inclui também a janela imunológica, que é o período compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão. A fase assintomática é a infecção precoce pelo HIV, em que os sinais e sintomas são mínimos ou inexistentes. Na fase sintomática inicial, o portador do vírus HIV pode mostrar sinais e sintomas inespecíficos e processos oportunistas de menor gravidade. A aids se instala quando há uma redução imunitária com o desenvolvimento de infecções oportunistas (IO) (BRASIL, 2006).

Com suporte nesses aspectos, resta explícito o fato de que, nas várias dimensões dos serviços de saúde ofertados pela atenção básica, em algum momento, os profissionais irão deparar portadores da doença, pois a atenção básica se fortaleceu ao longo dos anos, com o papel de programar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de ter a oportunidade de acompanhar as pessoas no contexto familiar, cultural e social (BRASIL, 2006).

Da EqSF, espera-se que mantenha uma qualidade de trabalho com relação de vínculo entre si e destes com a comunidade. Há orientações acerca da necessidade de estabelecer relações de confiança entre a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o portador de HIV, de forma que contribua com a atuação dos serviços especializados para melhor adesão às recomendações e tratamento (BRASIL, 2006).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Compreender o processo comunicativo do agente comunitário de saúde durante a abordagem com gestantes e puérperas vivendo com HIV.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar os significados da infecção por HIV para o agente comunitário de saúde.
- Conhecer as estratégias utilizadas pelo agente comunitário de saúde no processo comunicativo com gestantes e puérperas vivendo com HIV.
- Identificar dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelo agente comunitário de saúde no processo comunicativo, envolvendo a abordagem de gestantes e puérperas que experienciam a infecção por HIV.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O objeto de estudo de nossa pesquisa remete a uma abordagem qualitativa, delimitado pela forma com que busca compreender o processo comunicativo utilizado pelo ACS durante a abordagem com gestantes e puerpéras com HIV. Trata-se de um processo pouco conhecido, por isso a abordagem qualitativa pode desvelar um entendimento do processo sob exame, conduzindo a resultados importantes sobre essa realidade (MINAYO, 2010).

Considerando esses aspectos, fica evidente a necessidade de aprofundamento sobre o objeto, nos cenários naturais, para interpretar fenômenos e significados atribuídos a ele (DENZIN, 2009). Por isso, as pesquisas que envolvem uma abordagem qualitativa estão relacionadas com as situações em que “as perguntas condutoras referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica” (BOSI; MERCADO, 2007).

Como modalidade de abordagem compreensiva, optamos pelo interacionismo simbólico, que estuda os significados subjetivos atribuídos pelos indivíduos as suas atividades e ambientes. O interacionismo simbólico é uma das vertentes da Etnometodologia, que busca a descrição minuciosa dos objetos que investiga. Preconiza a observação direta e a investigação detalhada dos fatos no lugar em que eles ocorrem, para que se possa produzir uma descrição detalhada das pessoas, de suas relações e como estas ocorrem, ou seja, tenta compreender símbolos e categorias empíricas que um determinado grupo usa para se referir ao seu mundo e às situações que está vivendo (MINAYO, 2010).

O interacionismo simbólico tem como pressupostos básicos a premissa de que as pessoas agem de acordo com o significado que as coisas têm para eles, ou seja, a interação social que uma pessoa tem com as demais está baseada nas interpretações, as quais espelham o saber de grupos sociais para realizar as orientações dessa pessoa, utilizando essa interpretação para lidar com as coisas que deparam (FLICK, 2009; HABERMAS, 2012).

A concepção interacionista de Blumer fundamenta-se no princípio de que o comportamento humano é autodirigido e observável em dois sentidos: o simbólico e o relacional, uma vez que qualquer ser humano, realizando as tarefas mais elementares, planeja e dirige suas ações em relação aos outros, confere-lhes sentidos e produz significados sobre os objetos que utiliza para realizar seus planos. Além disso, segundo os interacionistas, a vida social constitui uma espécie de consenso que propicia um processo de inter-relações e de interpretações de significados compartilhados por um grupo ou comunidade que pode ao mesmo tempo, manipular, redefinir e modificar seus sentidos (MINAYO, 2010, p. 153).

Para Denzin (2009), a sociedade contribui com dois elementos essenciais que refletem diretamente as interações concretas: os símbolos ou as variações de linguagem fornecidas e comunicadas mediante socialização e concretas configurações comportamentais.

Assim, os princípios interacionais enfatizam que os símbolos e interações devem ser os principais elementos a se apreender na investigação, constituídos pelos agentes sociais e de quem se deseja apreender e compreender a natureza reflexiva (MINAYO, 2010).

5.1 Cenário do estudo

O locus escolhido para a realização do estudo foi o Município de Canindé, Ceará. Esta opção foi baseada na nossa vinculação ao Município como espaço de atuação profissional e, conseqüentemente, “lugar” do nascimento do objeto de estudo.

Canindé está localizado a 110 km de Fortaleza, capital do Estado, situando-se no Sertão Central. Possui área territorial de 2.883 km, divididos em zona urbana e zona rural, composta por sete distritos. De acordo com o censo realizado em 2010 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população total corresponde a 74.486 habitantes, dos quais 49,5% são do sexo masculino e 50,5% feminino. A zona urbana concentra a maior parte da população (62,9%).

Ao longo de sua história, Canindé desenvolveu-se em torno da religiosidade, tendo como padroeiro São Francisco das Chagas, sendo considerado o maior Santuário Franciscano das Américas. Então, a Cidade passou a ser roteiro de turismo religioso, aglomerando cerca de um milhão de pessoas durante as festividades dedicadas ao Padroeiro. O turismo religioso e o comércio passaram a ser as principais atividades econômicas do Município, constituindo-se num território com alto fluxo e rotatividade de pessoas.

Os indicadores sociais identificados no censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) evidenciam que o valor médio da renda *per capita* dos residentes na zona urbana foi de R\$ 243,33, Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 4,081. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,63 e o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) foi de 24,7 (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2011).

O Município possui 17 EqSF e 154 ACS, cobrindo 75% da população. Para dar suporte às Equipes de Saúde, foram estruturadas duas equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Para atendimentos especializados, o Município conta com um centro de

saúde, um centro de saúde sexual e reprodutiva, um centro de nefrologia, um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um CAPS A/D (Centro de Atenção Psicossocial Álcool/drogas) e um hospital filantrópico, que realiza os partos de ocorrência municipal (CANINDÉ, 2010).

O primeiro caso de aids em Canindé foi notificado no ano de 1997. No período de 1997 a 2012, foram registrado 84 casos da doença. Com esse número, o Município ocupa o 10º lugar em casos no Estado do Ceará. Dos casos notificados, 55 (65,5%) são em pessoas do sexo masculino e 29 (34,5%) do sexo feminino. A faixa etária de maior ocorrência foi a de 20 a 29 anos (48%). Destacamos o registro de três casos de TV nos anos de 1999, 2001 e 2009, respectivamente. Foram notificados oito casos de gestante com HIV, no período de janeiro de 2007 a julho de 2012 (BRASIL, 2012).

A notificação de gestantes com HIV iniciou em 2000 e totaliza até 2012, no Ceará, 1.952 casos. Entre 1985 e 2012, foram notificados 290 casos de aids em menores de 13 anos, correspondendo a 2,6% do total de casos (CEARÁ, 2012).

5.2 Sujeitos da pesquisa

Embora disponha de 17 EqSF, seis equipes notificaram a ocorrência de casos de gestantes soropositivas para o HIV com diagnóstico durante o pré-natal e na vigência do parto. Das seis equipes de saúde, foram selecionados oito ACS que acompanharam as oito gestantes ou puérperas soropositivas para o HIV que foram notificadas em sua área adstrita no período de janeiro de 2007 a julho de 2012. Essa delimitação de tempo foi convencionada em razão de garantir que as informações importantes não tenham sido esquecidas ao longo dos anos. Dessa forma, obtivemos uma amostra intencional da totalidade dos agentes comunitários sobre os quais recai a pergunta central da pesquisa “Como o ACS desenvolve o processo comunicativo na abordagem de gestantes ou puérperas que experienciam a infecção por HIV?”.

5.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada (APENDICE A), com questões abertas. A efetivação de uma entrevista dessa natureza garantiu que os principais pontos da investigação aparecessem durante a entrevista. Também privilegiamos, contudo, as informações relevantes que não estavam previstas, mas que surgiram da interação com as ACS.

A opção por esta técnica de coleta está relacionada à abordagem da pesquisa qualitativa adotada - interacionismo simbólico - que favorece a opinião do sujeito por meio do significado subjetivo atribuído por eles às suas atividades (FLICK, 2009). Além disso, o objeto de estudo trata de assuntos íntimos e particulares que, inicialmente, poderiam não ser evidenciados se aplicadas outras técnicas de coleta.

O período de coleta de dados se deu nos meses de julho e agosto de 2012. Inicialmente, solicitamos autorização da secretária de saúde para iniciar a coleta de dados. Fizemos a identificação das ACS participantes do estudo através de levantamento no SINAN dos casos notificados, assim, com o endereço foi possível identificar quem era a ACS responsável por cada gestante. Articulamos com a coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o número do telefone das ACS. Assim, através de contato telefônico agendamos um encontro inicial para explicar às ACS do que tratava a pesquisa.

Nesse encontro, as ACS foram por nós convidadas a participar do estudo, ocasião em que foram descritos os objetivos e a justificativa da pesquisa para posterior agendamento do horário e local de realização das entrevistas. Nesse momento, já foi apresentado às ACS o caráter opcional da adesão à participação no estudo, pois a leitura formal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B) ocorreram previamente à realização das entrevistas. Apesar de não termos nenhuma recusa, uma ACS não foi entrevistada por, atualmente, ser aposentada e estar residindo fora do Município.

As entrevistas abordavam, de modo geral, aspectos relacionados à forma como o ACS tomou conhecimento do diagnóstico da gestante e/ou puerpéra, como se deu sua interação com essa mulher, como ela desenvolvia seu trabalho, quais os significados de acompanhar uma gestante e/ou puerpéra vivendo com HIV e as dificuldades e facilidades que enfrentou.

Os dados produzidos com base nas entrevistas foram gravados mediante consentimento das ACS. Tendo lhes sido assegurado sigilo das informações armazenadas. Para cada entrevista, elaboramos uma Ficha de Documentação (APENDICE C) que, segundo Flick (2009), colabora na identificação e no contexto da situação de cada entrevista. Adotamos, também, o diário de campo para registrar o processo de abordagem do campo, as experiências positivas bem como as possíveis dificuldades para execução do trabalho de campo.

O diário de campo é um caderno de notas onde o investigador anota dia a dia o que observa e que não é objeto da entrevista, como suas impressões pessoais obtidas de conversas

informais, observações de comportamento, que mostram uma oposição ao que o entrevistado fala, entre outras. As informações do diário de campo são um acervo de impressões e notas que subsidiam os dados coletados na entrevista, sendo, portanto, um dos indicadores a ser analisado (MINAYO, 2010).

Nossa aproximação com o *locus* da pesquisa, como cenário de atuação profissional, favoreceu a entrada no campo e a facilidade para o recrutamento das ACS para participarem da pesquisa. O percurso para chegar aos sujeitos da pesquisa foi registrado no diário de campo, onde, com o resgate do caminho percorrido, relatamos neste espaço nossa aventura de ser ao mesmo tempo sujeito epistêmico e sujeito implicado, conceitos propostos por Merhy (2012) quando trata das questões de reconhecimento do saber militante.

O investimento em tal descrição incorre, justamente, pela aproximação entre *locus*-pesquisadora-sujeitos como fator que poderia influenciar as respostas das entrevistadas na coleta de dados.

Inicialmente, a condução da coleta de dados foi realizada por membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Materno-infantil, do qual participamos em reuniões mensais para discussões de temáticas pertinentes à saúde materno-infantil. Realizamos duas entrevistas, distribuídas em dois turnos (manhã e tarde), para a escuta por nós. Ao ouvirmos as entrevistas, o sentimento foi de satisfação (pela iniciação das atividades de campo), mas, ao mesmo tempo, de um vazio que se formulou com a necessidade de “sentir” o campo.

Essa necessidade, profundamente marcada, é em parte justificada pela elaboração epistêmica do objeto de estudo e nossa relação de implicação com ele. A implicação com o objeto se deu durante as situações vivenciadas ao longo dos anos na qualidade de profissional de saúde durante nossos diálogos com as ACS nas situações em que se conformava o surgimento de uma gestante com diagnóstico positivo para o HIV. Essas situações marcavam-nos, então, como sujeito epistêmico e implicado.

Merhy (2012) considera que o sujeito epistêmico é o portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, por ser um sujeito interessado que tem opções baseadas nas concepções ideológicas, mas que é subsumido à lógica do poder e dos afetos, interferindo no modo em que opera a feitura do conhecimento. Já o sujeito implicado é aquele que possui uma relação tão íntima com o objeto, e ao mesmo tempo, é pesquisador e pesquisado.

Incluímos-nos nesse contexto, desde o momento em que tomamos consciência da relação de proximidade com o sujeito desse estudo, no caso, as ACS, e a proposta de

acompanhamento das gestantes por elas. Reconhecendo que poderia existir a possibilidade de limitação na qualidade dos dados e buscando a garantia de um método que evidenciasse de maneira segura e confiável os resultados da pesquisa, optamos por não realizar, até aqui, a coleta de dados.

Após as primeiras entrevistas, as duas ACS nos procuraram, em momentos diferenciados, para verbalizar a satisfação em participar da pesquisa e relatar as angústias que vivenciavam durante o acompanhamento às gestantes e puerperas vivendo com HIV. Podemos perceber a necessidade de verbalizar detalhes da entrevista que haviam feito por meio dos seus relatos e da forma como se disponibilizavam a contribuir, havendo uma relação de cumplicidade que se estabeleceu desde os contatos iniciais no campo de trabalho.

Nesse momento, compreendemos que a necessidade de “sentir” o campo não estava apenas em nós, mas também nos sujeitos, com os quais desenvolvemos relações próximas. Os registros do diário de campo nos impulsionaram na opção de conduzir as entrevistas, assumindo a necessidade comunicativa que emergiu entre pesquisador e sujeito para elucidação do objeto em estudo, considerando as várias implicações como reconhecimento dos sentidos e significados desta pesquisa para nós e para os sujeitos.

Muitos procuram submeter a processos investigativos o seu próprio agir, trazendo, com isso, para a análise o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado, no qual também significa claramente a si mesmo e aos outros. Ou seja, traz antes de qualquer situação epistêmica a sua implicação, criando uma situação não típica como as investigações a que estamos mais envolvidos; pois, agora, o sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos...Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está. Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido (Merhy, 2012).

Assim, Merhy (2012) descreve a ideia do sujeito que interroga e que ao mesmo tempo produz o fenômeno sob análise e também do sujeito que pergunta o sentido do fenômeno, partindo do lugar de quem dá sentido, ao mesmo tempo, criando a própria significação de si e do fenômeno.

[...] ao saber sobre isso mexe no seu próprio agir, imediatamente e de maneira implicada; chegando ao ato de intencional o conhecimento através de um “acontecer nos acontecimentos”, como algo que, como um processo, emergisse no silêncio do instituído, provocando “ruídos” no seu modo de dar sentido ao “fenômeno” e a si mesmo, de interrogar - se como o próprio protagonista do processo sob foco

analítico, o que lhe faz enquanto um sujeito desejante, operando inconscientemente tentando produzir um mundo para si, é um agente em ação que não pode ser tomado como o sujeito da razão, consciente, que a tudo pode representar, produzindo em ato, de modo permanente, o consciente e o inconsciente (Merhy, 2012).

5.4 A análise dos dados

Para exame dos dados optamos pela Análise do Discurso, um método que norteia a reflexão sobre as condições de produção e apreensão de significados constituídos nas relações sociais, enfatizando que o discurso é produto das condições em que ele foi produzido. Trata-se de uma teoria crítica fundamentada nos processos históricos de significação e na problematização de evidências para explicar “o caráter ideológico da fala, revelando que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia” (MINAYO, 2010).

A Análise do Discurso permite captar o sentido daquilo que não está explícito no processo saúde-doença mediante as interpretações da linguagem, pois a forma com que se organizam as palavras permite estruturar e definir os discursos para compreensão dos fenômenos. Assim, além de análise, impõe-se compreender o discurso e descrever as condições em torno dele. Por isso é um método que busca a regularidade por meio da variação e inconsistência das informações, concentrando-se nos usos e efeitos da linguagem, produzindo significados, ou seja, é uma forma de compreendermos que ideias estão sendo privilegiadas (MACEDO *et al*, 2008).

O material resultante das entrevistas foi ouvido, transcrito e lido, exaustivamente, para categorização e formulação do *corpus* empírico, subsidiado por uma leitura, buscando exaustividade vertical, ou seja, demandando profundidade das entrevistas, bem como a espessura semântica. Então, com base no *corpus* empírico delimitado, seguimos o modelo de análise de discurso, proposto por Orlandi (2000), e estruturado em três etapas, que nos fizeram passar do texto ao discurso:

Figura 3 – Modelo de análise



Fonte: Orlandi, 2000 (Modelo sistematizado pelas autoras).

A 1ª etapa foi a passagem da superfície linguística, ou seja, do texto ao material bruto. Nesse ínterim aconteceu o primeiro contato com o texto, buscando identificar sua discursividade, inserindo o primeiro lance de análise. Elaboramos um objeto discursivo, considerando o “esquecimento do domínio da enunciação”, ou seja, desconstituímos a impressão de que aquilo que é dito só poderia ser expresso daquela maneira.

A 2ª etapa foi a formação do objeto discursivo, com análise da discursividade propriamente dita. Saímos do produto que nos afeta ideologicamente, deslocando o sujeito dos efeitos, estabelecendo o primeiro movimento de compreensão. Nesse ponto, se desfaz o produto para fazer aparecer o processo, iniciando o trabalho de análise pela configuração do *corpus*, delineando seus limites, fazendo recortes, na medida em que se inicia o primeiro trabalho de análise, retomando conceitos. Ressaltamos que essa análise passou por um processo de ir e vir, constante, entre os eixos: teoria – consulta ao *corpus* – análise.

Nessa etapa, começamos a observar o modo de feitura, estruturação, circulação e diferentes sentidos que constituem o texto, para fazermos a análise com origem nos vestígios encontrados no processo discursivo.

A 3ª etapa foi a formação do processo discursivo. Só podemos entender esse modo peculiar de significar o discurso se aprofundarmos a análise até o processo discursivo. Nessa fase, passamos do delineamento das formações discursivas para sua relação com a ideologia, que permite compreender como se constituem os sentidos desse dizer.

5.5 Compromisso ético

Por se tratar de um estudo envolvendo entrevistas com pessoas, o componente ético esteve presente em todas as etapas de sua realização, respeitando as normatizações da Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), que regulamenta pesquisas com seres humanos. Ressaltamos que todos os participantes tiveram pleno acesso aos objetivos da pesquisa, bem como a garantia da preservação do anonimato tanto das ACS como das equipes às quais essas ACS estavam vinculadas.

Todas as participantes foram informadas acerca do caráter voluntário de sua participação e que não receberiam nenhum auxílio financeiro para participar da pesquisa. Por ocasião da coleta de dados, todas as ACS foram esclarecidas quanto à importância da utilização do gravador durante a entrevista, que só foi iniciada após a assinatura do TCLE.

Apesar de não ter acontecido nenhuma recusa, todas as ACS foram orientadas no sentido de que, em caso de recusa ou desistência, não haveria penalidades de qualquer tipo em suas atividades profissionais.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com parecer favorável Nº 152/2012 (ANEXO A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas oito ACS, cuja caracterização está no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das ACS entrevistadas.

ACS	Idade	Escolaridade	Tempo de atuação como ACS
ACS 1	41 anos	Nível médio	22 anos
ACS 2	40 anos	Nível médio	21 anos
ACS 3	38 anos	Nível médio	15 anos
ACS 4	48 anos	Nível médio	12 anos
ACS 5	36 anos	Nível médio	1 ano
ACS 6	44 anos	Nível médio	20 anos
ACS 7	22 anos	Nível médio	1 ano
ACS 8	31 anos	Nível superior (em andamento)	12 anos

Fonte: Extraído das entrevistas com ACS.

Todas as ACS são do sexo feminino e com faixa etária variando entre 22 a 48 anos. A categoria do ACS é essencialmente feminina e com faixa etária semelhante em outros estudos realizados em diversas regiões do País (MOTA; DAVID, 2010; SILVA, 2011; GIUGLIANE *et al*, 2011). Assim, percebemos que ainda há predominância do sexo feminino na categoria do ACS, o que pode estar relacionado ao papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade.

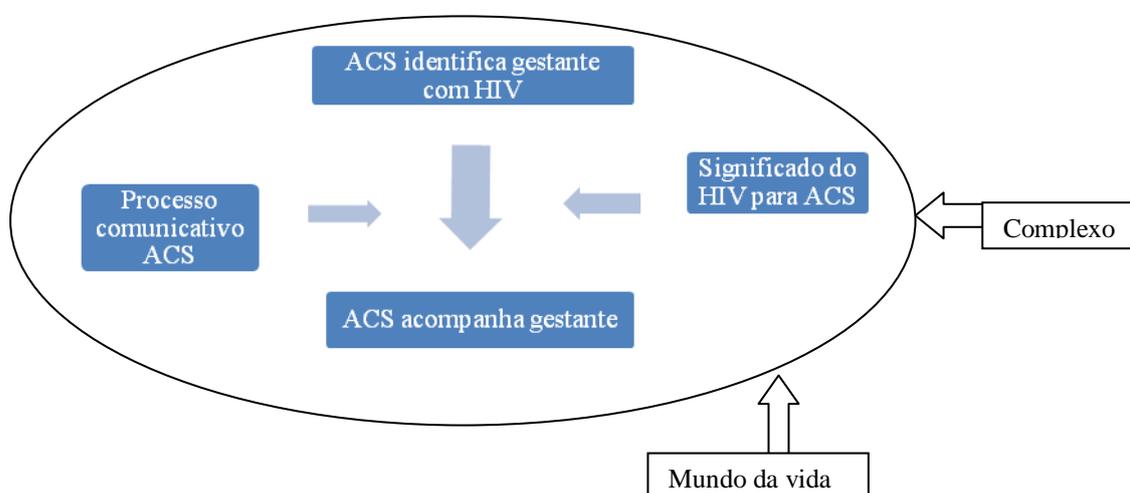
O tempo de atuação como ACS foi de 1 a 22 anos. As ACS que estão atuando na área há um ano foi recém-admitida por concurso público municipal, as demais são concursadas com vínculo estadual. Neste aspecto, destacamos o fato de que não há rotatividade de contratação de profissionais, pois todos os ACS possuem vínculo empregatício mediante seleção pública, corroborando os achados de alguns autores (SILVA, 2011), mas que não representa uma totalidade no âmbito nacional (MOTA; DAVID, 2010). A permanência do ACS numa mesma área de trabalho estimula a criação de vínculo com a comunidade, que é preconizada para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade.

Todas as ACS informaram ter ensino médio completo e concluíram curso de Técnico de Enfermagem para complementar os conhecimentos relativos à saúde. Uma das

ACS está cursando nível superior. Apenas uma ACS relatou atuar como auxiliar de enfermagem em regime de plantões noturnos no hospital do Município.

Organizamos o *corpus* empírico seguindo uma linha de raciocínio que parte da identificação de uma gestante com HIV na área de atuação do ACS e perpassa o acompanhamento dessas gestantes e/ou puerpéras. Dessa forma, desenhamos um fluxo relacional entre os aspectos mais relevantes do *corpus* empírico:

Figura 4 – Fluxo relacional de categorias



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Habermas (2012) define “mundo da vida” como um cenário do agir comunicativo que possui inúmeras estruturas, fazendo com que indivíduos e grupos tenham orientações para ação, por isso é considerado pelo próprio autor como complexo. Daí, a aproximação com a definição de complexidade proposta por Morin (2011), como o “tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem o mundo fenomênico”. A compreensão desses conceitos é fundamental para situar o leitor no panorama em que acontece o processo comunicativo do ACS que é o domicílio.

Por fim, exibimos um modelo de análise constituído com base nas homogeneidades dos discursos das ACS, e que retrata a categorização do *corpus* empírico.

Quadro 2 – Categorização do *corpus* empírico

Quadro de análise					
Categorias centrais	A gestante e puerpéra com HIV na comunidade	Significado do HIV para ACS	Acompanhamento realizado pela ACS	Descoberta do processo comunicativo da ACS durante a abordagem com gestantes e puerpéras soropositivas para HIV	Interligações com o “mundo da vida”
Dimensões	“Um dia pela confiança, ela me contou”.	Sentimento da ACS e preconceito revelado	Acompanhamento da gestante e puerpéra vivendo com HIV	Interação com a gestante/ Puerpéra que vive com HIV	Formação do ACS para trabalhar com gestantes e puerpéras que vivem com HIV
	“Ela nem sabe que eu sei”		Acompanhamento do recém-nascido filho de mãe vivendo com HIV		Facilidades para trabalhar com gestantes e puerpéras que vivem com HIV
	“eu perguntava... mas ela mandava eu deixar pra lá”: revelação da soropositividade e por outro caminho		Relação com a família da gestante e/ou puerpéra que vive com HIV	Processo comunicativo da ACS durante a abordagem com gestantes e/ou puerpéras vivendo com HIV	Dificuldades para trabalhar com gestantes e puerpéras soropositivas que vivem com HIV
Ética					

Fonte: Elaboração própria.

6.1 A gestante e puerpéra com HIV na comunidade

Dimensão 1 - “um dia, pela confiança, ela me contou”.

A descoberta de uma gestante ou puerpéra com HIV na área de atuação da ESF se dá por meio da solicitação do elenco de exames que compõem a rotina pré-natal. Assim, mediante o resultado da sorologia para HIV, é informado à gestante/puerpéra o resultado. Considerando que as mulheres têm o direito de decidir que a informação sobre o seu diagnóstico positivo para HIV seja mantido em sigilo para decidir a quem, onde e quando contar foi que algumas ACS do estudo tomaram conhecimento acerca do resultado do teste de HIV de algumas gestantes.

Algumas ACS foram comunicadas pela enfermeira da ESF, que as orientou sobre como conduzir o caso e a respeito da importância de que a própria gestante revelasse (ACS) sobre o resultado dos exames.

[...] a enfermeira chegou pra ela e falou. Depois me chamou e me disse: “se ela quiser lhe falar ela vai lhe falar, você espera”. Um dia, pela confiança, segurança que eu passava pra ela, os cuidados, tratava ela como uma pessoa que ela é, e um dia ela disse: “ tu viu aqui o resultado desse exame?” Ai eu disse: “vi”. Ai ela disse: “Mulher, será se isso tem cura?”. Ai eu disse que não tem cura, tem tratamento, mas você vai levar sua vida, esse neném pode nascer sem nenhum problema e você vai se tratar pro resto da vida. (ACS 2).

Ela mesma me disse, ela só veio pegar HIV dessa última, ela já é uma senhora idosa e tem um monte de menino. Eu cheguei lá pra fazer a visita de acompanhamento, pedi o cartão da gestante, mas eu já sabia, eu fiz de conta que eu não sabia, ela disse de livre e espontânea vontade. (ACS 6).

[...] ele me chamou e explicou que tinha essa gestante com HIV e que eu precisava ficar mais atenta com ela. Então, eu fiquei acompanhando ela, e quando eu cheguei lá eu perguntei: “Como foi a tua consulta, como foi o exame, deu alguma coisa?” Ai ela pegou e disse assim: “Deu, deu HIV, tô com aids”. (ACS 1).

As falas das ACS evidenciam que ao tomar uma posição de espera diante da comunicação da paciente acerca do resultado, as ACS respeitam o sigilo da informação. Por outro lado, a revelação da mulher do resultado do teste de HIV sugere uma relação de confiança entre a ACS e essa mulher. É perceptível ver, entretanto, o fato de que na fala da ACS 1 houve uma indução para que a mulher revelasse o resultado da sorologia.

Ferreira e Nichiata (2008) identificaram em seu estudo que as mulheres revelam o diagnóstico positivo para HIV à equipe de PSF quando o diagnóstico foi feito na própria

unidade, tem vínculo como se fossem familiares e confiam, pois os aspectos éticos do contexto da ESF são diferentes dos identificados em outros locais. As soluções para esse dilema são diferenciadas, considerando que existe uma grande diversidade de sujeitos e contextos (ZOBOLI, 2003).

Por outro lado, Seoane (2007) descobriu que a revelação do diagnóstico positivo para HIV é feito sob a perspectiva de obter cuidados e acesso mais fácil a exames e consultas necessárias. Este fato também foi identificado no estudo de Ferreira e Nichiata (2008). Destacamos, entretanto, a noção de que quando a gestante ou puerpéra recebe o diagnóstico de HIV na unidade, há abertura da privacidade relativa à informação, pois o profissional que realiza a entrega do teste conhece esse resultado, havendo, segundo Ferreira e Nichiata (2008), um compartilhamento do segredo por ocasião do diagnóstico. Vale ressaltar que as gestantes revelam o resultado da sorologia para a ACS em razão do contato frequente que tem com estes profissionais.

Dimensão 2 - “ela nem sabe que eu sei”

Quando a enfermeira da ESF comunica ao ACS sobre o resultado do teste de HIV da gestante, o ACS recebe orientações de como conduzir o sigilo da informação e a forma como deve tratar a gestante:

[...] eu soube através da minha enfermeira no posto né [...] Ela me disse que ela tinha HIV: “eu to dizendo isso aqui pra você, mas por favor não espalhe”, trate ela normal igual você trata as outras gestantes. E foi isso, é por isso que ela (gestante) nem sabe que eu sei, devido a essa forma de tratamento. (ACS 7).

Neste caso, a gestante optou por não revelar o diagnóstico do teste de HIV para a ACS. Destacamos, contudo, que essa ACS atua há um ano na área, de tal forma que não houve a constituição de um vínculo mais aproximado com as famílias, em especial, com essa gestante. Esse achado corrobora os resultados do estudo de Ferreira e Nichiata (2008) ao identificar que as mulheres não revelam o resultado positivo do teste de HIV quando a atitude do profissional gerou medo e insegurança, ou não confiam, por medo de quebra do sigilo e por já receber assistência no SAE.

Quando a ACS se reporta a “essa forma de tratamento”, está relacionando com o medo da enfermeira de que ela não guarde o sigilo das informações e que isto poderia, de alguma forma, chegar à gestante. Com isso, não parece haver segurança por parte da equipe de

que a ACS iria manter o sigilo das informações, possivelmente por existir aí uma revelação não autorizada. Por se tratar de uma revelação não autorizada, fica subentendido que houve uma falha na pactuação entre a gestante e a enfermeira por meio da quebra de sigilo.

Seoane (2007) discute sobre a necessidade de dialogar com ACS e outros membros da equipe sobre as doenças que demandam privacidade e sigilo e que, desde o momento em que se quebra esse sigilo, há um rompimento do direito do cidadão.

Dimensão 3 – “eu perguntava mas ela mandava eu deixar pra lá”: revelação da soropositividade por outro caminho

Na busca de preservar o direito do cidadão ao sigilo e privacidade das informações relacionadas ao diagnóstico positivo do HIV em gestantes não foi informado a ACS sobre os casos de sua área. A ACS descobriu, porém, o resultado do teste positivo para HIV da gestante por outros caminhos:

[...] os vizinhos começaram a me perguntar “fulana tá com aids?” e eu respondia que não sabia... fui perguntar a enfermeira, e ela disse “Não, não sei disso não”. Ela não me contou nada. Aí a própria mulher dele, mulher desse homem que teve um caso com ela, ela me contou. Mas a enfermeira, pra mim mesma, ela não participou nada não... porque com a confirmação que ela tinha HIV ela não podia dar de mamar, deram no hospital um leite que ela dava pro bebê, aí que eu fui saber, eu perguntava pra enfermeira mas ela mandava eu deixar pra lá. (ACS 4).

A omissão do caso por parte da enfermeira da unidade é semelhante ao da ACS 7, ou seja, não existia segurança por parte da enfermeira de que a ACS iria manter o sigilo das informações. A informação da soropositividade da gestante foi, entretanto, quebrada por via de suas relações pessoais, nesse caso, do parceiro sexual, num contexto de infidelidade. Fica evidente na fala da ACS sua busca em saber informações acerca da gestante e que não houve espaço para estabelecimento de um diálogo dentro da equipe, em que o ACS era excluída das informações acerca da gestante.

O exame anti-HIV é sigiloso, assim como todos os outros exames, e por isso deveriam existir mecanismos internos da equipe para garantir esse sigilo, inclusive relacionado às documentações da unidade, pois o registro das informações no prontuário e no cartão de pré-natal podem situar pessoas que trabalham na unidade acerca do *status* sorológico das gestantes.

Eu fui fazer uma visita porque ela tinha ganhado neném [...] ela me mostrou o exame [...] “olha aí, já chegou o resultado, dá pra tu ver aí porque eu não entendi nada”. Quando eu vi o resultado eu vi que ela era soropositiva [...] ela me mostrou esse papel dizendo que era pra procurar urgente o posto de saúde [...] já foi logo me dizendo que não tava dando de mamar por causa desse papel que entregaram pra ela [...] perguntei se não tinham dito nada pra ela, ela disse que não que só mandaram ela procurar urgente o posto de saúde. (ACS 3).

Ressaltamos que a ACS 3 visualizou o exame de testagem rápida, realizado no hospital por ocasião do parto, no cenário do domicílio. Quando a puerpéra pede à ACS que veja seu exame, poderá estar, ao mesmo tempo, solicitando orientações de qual caminho percorrer para ter acesso ao seguimento ou revelar que não recebeu informações no hospital acerca do seu resultado. Dessa forma, questionamos a forma como se realiza o aconselhamento pré e pós-teste no âmbito hospitalar, pois a gestante parece não ter tomado conhecimento do exame que havia sido realizado.

Sobre o aconselhamento do teste anti-HIV no âmbito hospitalar, os estudos de Carneiro e Coelho (2010) e Fonseca e Iriart (2012) identificaram o fato de que não há autonomia das mulheres no processo decisório de testagem para o aconselhamento e o resultado do pós-teste só é informado quando se trata de um resultado positivo. Assim, as maiores dificuldades em realizar essas orientações estariam na abordagem das mulheres sobre o HIV.

O aconselhamento é uma medida importante e deve ser realizado sempre antes e após a realização do teste anti-HIV. O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais devem oferecer apoio emocional e orientações para minimizar ansiedade e cuidados a fim de evitar a TV do HIV (BRASIL, 2010b), entretanto, a prática do aconselhamento é complexa e comporta muitos desafios na escuta e interação com os pacientes (FONSECA; IRIART, 2012).

As informações acerca do resultado do teste anti-HIV são registradas em prontuários e no cartão da gestante, conforme orientações. Evidenciamos que as anotações registradas nos prontuários são restritas aos profissionais, mas o cartão da gestante que fica sob sua responsabilidade pode não garantir que essa informação seja mantida em sigilo, o que justifica maior cautela no registro de informações neste documento.

No depoimento a seguir, a enfermeira revelou à ACS sobre o *status* sorológico da gestante, mas a ACS já tinha conhecimento do caso por ter um outro emprego e por morar na comunidade.

A enfermeira me avisou logo: “Existe na sua área uma mulher que faz acompanhamento para HIV, ela tem uma criança de 1 ano e 2 meses e faz acompanhamento no HGF”. Por coincidência eu fui visitar a casa e quando eu cheguei lá foi justamente a pessoa que eu fiz o parto. Foi engraçado que ela tava com o parto marcado, mas ela entrou em trabalho de parto rápido e antes, foi transferida pra Fortaleza, mas pariu na ambulância. Desde a hora de parir, mas eu já sabia, mora na minha comunidade, ela descobriu durante a gravidez. Quando eu entrei, foi assim que ela teve o bebê. (ACS 5).

A fala da ACS traz aspectos relacionados a um conhecimento que emergiu na comunidade, ou seja, o conhecimento do *status* sorológico da gestante e a conduta dos profissionais em não realizar o parto no hospital do Município, apesar de disporem de condições necessárias para realizá-lo.

6.2 Significado do HIV para a ACS

Dimensão – Sentimento da ACS e preconceito revelado

Os significados associados ao HIV carregam particularidades relacionadas ao preconceito, discriminação, em virtude da elaboração social que lhe foi atribuída como doença incurável com degeneração física, isolamento social e morte. Ao tratarmos dos sujeitos desta pesquisa, lembramos que estes são profissionais que emergem da comunidade, juntamente com seus saberes, e associam isto aos conhecimentos que adquirem nos treinamentos e nas vivências junto à equipe de saúde. O significado que as ACS atribuem à doença, entretanto, está relacionado à sua percepção acerca da gestante com HIV e dos seus sentimentos em relação a elas:

Eu fiquei surpresa, fiquei um pouco preocupada, quando eu vi, eu olhei assim pra ela: “uma menina nova dessa, bonita já tem esse problema”, eu fiquei só comigo e ela não demonstrou nem preocupação [...] eu fiquei triste devido uma menina tão nova (entrevistada começa a chorar) (silêncio) [...] Só que ela me passou tanta tranquilidade que era como se fosse uma coisa normal. (ACS 3).

A ACS retrata o significado do HIV como um grave problema de saúde, em que a gestante parece não conhecer a magnitude do problema, pelas implicações importantes para a vida dessa mulher. Dessa forma, a ACS ainda associa o significado do HIV a morte, preconceito e exclusão, corroborando o estudo de Formozo e Oliveira (2010). Outras ACS comentaram sobre o preconceito:

As pessoas tem preconceito, às vezes por saber que aquela gestante é portadora, aí já ficam maldando. É porque é uma coisa que pra quem não tem acha normal, mas quem tem fica ruim pra pessoa falar, já devido o preconceito, de achar que as outras pessoas tem preconceito. Eu não tenho preconceito, tanto que eu fui visitar ela depois que o bebe nasceu. (ACS 7).

[...] eu conheço o pessoal da comunidade, eu conheço como é a cultura deles, pra eles ainda que tem HIV, é uma doença que pega ate no abraço , que acha que você não tem mais capacidade pra nada, sabe, que você tem que ficar ali isolado, eu vejo, por mais que você trabalhe em cima eu mostro que não é verdade, mas é difícil [...] (ACS 3).

As ACS retratam o preconceito como fator de isolamento das gestantes, o que poderá interferir na condução do acompanhamento, percebendo que a própria gestante já tem receio acerca do que as pessoas possam pensar. Enfatizou a ideia de que por visitar a puerpéra, não teria preconceito, entretanto, essa é uma atividade da rotina de trabalho do ACS e não implica na ausência de preconceito. Formozo e Oliveira (2010) relatam que as representações para as práticas profissionais são constituídas com procedência no senso comum e em algumas informações científicas, de sorte que os aspectos apontados como positivos e negativos da vida privada dos profissionais podem influenciar suas práticas funcionais, porque as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas e, desta forma, justificam as tomadas de posição e os comportamentos.

Ela sofreu muito [...] eu tenho pena (ACS chora). Eu sinto é por que ela sofreu, mas vendo por esse lado eu vejo é muita ruindade nela, por que é tipo assim: “Se eu tenho e vou morrer, vou passar pros outros também”, isso existe! Isso é irresponsabilidade dela, por que ela sabe da situação dela, só tenho pena por que ela é muito carente. (ACS 4).

Neste depoimento, a ACS evidencia dor ao sentir e se envolver com o problema do outro, pois considera o HIV um problema grave, em que a paciente parece não conhecer a magnitude da doença e as dificuldades que irá enfrentar durante seu tratamento. Por outro lado, não consegue esconder o julgamento acerca do comportamento da gestante, por ter relações com outros parceiros, e por se relacionar com homens casados. A ambiguidade de relações, sentimentos e emoções vivenciadas pelo ACS é fruto de uma relação atípica de trabalho, ou seja, o constante contato com a população produz sentimentos no ACS que se relacionam com os aspectos culturais que vivencia na comunidade, da entrada nos domicílios e na vida privada das pessoas. Assim, o envolvimento, o conhecimento das demandas e impossibilidades de ação, quando constatados os seus limites , repercutem em seu trabalho em

virtude da aproximação e envolvimento com as pessoas, de modo que há uma transposição dos problemas e, assim, se envolvem e se veem naquela situação e sofrem com isso (JARDIM; LANCMAN, 2009; LUNARDELO, 2004).

Eu fiquei penalizada, por que ela é uma pessoa só, a gente fica triste com essa situação, porque a gente não queria dar de cara com uma situação dessas, mas eu me senti bem em poder ajudar, ver que era uma pessoa que tava precisando de ajuda e saber como ajudar, quando aparece uma situação dessas na sua área na tem outra opção ou enfrenta e ajuda ou enfrenta e ajuda. (ACS 8).

Outra ACS relaciona o significado de ter uma gestante ou puerpéra vivendo com HIV em sua área como maior responsabilidade assumida em seu papel assistencial:

[...] eu já vivi tantas outras historias de rapazes que pra mim não é aquele impacto não sabe, cada vez que surgia pra mim, não era nada de novidade não, era só uma responsabilidade que eu ia ter a mais, tanto de ajudar aquela pessoa psicologicamente, como na palavra, como no dia a dia, numa visita porque cada uma traz uma bagagem muito difícil. No inicio a sensibilidade da gente fica muito aflorada, depois quando você começa a entender que é uma situação de estilo de vida, uma situação que é social a gente começa a amadurecer nessa experiência, vai dando certo sabe. (ACS 2).

Esta fala da ACS expressa que o maior impacto sucede no momento inicial de descoberta do diagnóstico. Quando fala em estilo de vida, porém, relaciona a infecção por HIV à multiplicação de parceiros, não mencionando o uso do preservativo como método de prevenção.

Com o aumento de casos de HIV na área da ACS, ela passou a relacionar-se melhor com os pacientes que convivem com o vírus HIV. Outro aspecto abordado pela ACS é de que a interação com a gestante que vive com HIV é uma experiência baseada essencialmente em elementos práticos, ou seja, derivados da prática profissional cotidiana, como o relacionamento interpessoal. Formozo e Oliveira (2010), estudando sobre a percepção de auxiliares de enfermagem sobre HIV, identificou o fato de que o significado do HIV para estes profissionais também se relaciona com a prática profissional, exceto pelas modalidades de cuidado com a transmissão do HIV por acidente de trabalho.

6.3 Acompanhamento realizado pela ACS

O significado atribuído é um ponto decisivo na comunicação, pois é capaz de produzir uma interação positiva ou negativa, com base nas posições que irá adotar em suas intervenções. Neste caso, o significado que se atribui ao HIV está diretamente relacionado às condutas diante dos casos. Assim, por mais que os significados se expressem de forma singular, eles se submetem a uma regulamentação convencional na forma de agir. Ou seja, seguir uma regra implica adotar igual conduta, mesmo que as condições mudem, contudo, seguir uma regra significa, também, obedecer a uma norma em cada caso particular (HABERMAS, 2012).

Como o foco do trabalho do ACS sempre esteve relacionado ao acompanhamento de gestante e crianças, ao identificar uma gestante soropositiva, realiza o mesmo acompanhamento que uma gestante soronegativa:

Às vezes a gente até esquece! Quando você tá conversando com a mãe você até esquece do problema e começa a falar, de repente, de tanto ser uma coisa de lidar todo dia, mesmo que a gente tenha aquele treinamento, na hora da prática é outra coisa. (ACS 8).

A gente ficava lá conversando todo mundo junto, e nós três nem tocava no assunto, eles não achavam que estavam com nenhuma doença. (ACS 1).

[...] não sabe que eu sei e eu trato ela igual às outras gestantes, até por que ela já sabe o que ela tem que fazer e o que não. (ACS 7).

A ACS 7 relata que, pelo fato de a gestante não lhe haver revelado o resultado positivo do teste para HIV, continua realizando suas visitas domiciliares. Por ser uma gestante vivendo com HIV, ela não deve ser excluída das visitas de rotina do ACS. Essa mulher continua residindo na comunidade e vivenciando o cotidiano e os problemas do território; ou seja, ela continua usufruindo os recursos que existem no seu contexto para suprir necessidades mediante as possibilidades de acesso à saúde integral na gestação, que também dependem diretamente dos recursos individuais e coletivos. A vivência da gestante com a comunidade é um espaço onde as gestantes compartilham experiências, sentimentos e se socializam, formulando saberes e práticas de cuidado, por isso as orientações são de grande importância no sentido com vistas a desmitificar alguns saberes populares.

Das gestantes que compartilharam a informação do diagnóstico com a ACS, percebemos que a ACS buscou tratar a gestante com HIV da mesma forma como se relaciona

com a gestante soronegativa, para que não seja repassada uma assistência mais protetora ou de diferenciação entre as mulheres acompanhadas. Essa atitude é dialogada e esclarecida às gestantes, conforme relato:

Eu faço minhas visitas, elas são tão rotineiras, que a mesma assistência que eu dava à uma eu dava à outra, até pra elas não dizer assim: “porque que ela vem tanto na minha casa? Só porque eu sou doente?”. Eu procurava passar pra elas o que eu tava fazendo com as outras: “Hoje eu to vendo só gestante, por isso que passei aqui”. Esse pessoal [...] tem uma sensibilidade sabe, de qualquer maneira se você não tratar eles normal [...] tem um que chega pra você e diz: “mulher porque que tu vem aqui?” ai eu digo: “não, vou em todas as gestantes. Então, eu acho que não teve mais preocupação. A única coisa que eu tive com ela foi aumentar os cuidados, dizendo assim: “você vai pro hospital, tomar os remédios direito” (ACS 2).

A gestante que se considera doente por ser portadora do vírus HIV parece não compreender a diferença entre ser portador do vírus e desenvolver a AIDS. O estudo de Castanha *et al* (2006) mostra que a vivência soropositividade ao HIV é confusa, por se tratar de um período de latência, no qual é portador de um vírus, mas não da doença. Nem sempre isto fica evidente para a gestante, o que pode ensejar desordens e incertezas referentes a um mal que é real e irreal ao mesmo tempo. Assim, a gestante soropositiva para o HIV se inclui numa categoria especial, que nem é saudável, nem doente.

Assim, as ACS entrevistadas descreveram como acompanham as gestantes e/ou puerpéras que vivem com HIV, incluindo nesse contexto o recém-nascido e a família.

Dimensão 1 – Acompanhamento da gestante e puerpéra vivendo com HIV

As atribuições do ACS no acompanhamento pré-natal das gestantes que vivem com HIV foram semelhantes ao do pré-natal de rotina, como: reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal (especialmente as de risco, uma vez que podem surgir complicações), acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde (BRASIL, 2000). Percebe-se, no entanto, pelo relato de uma ACS, que há um avanço nas relações estabelecidas entre as gestantes, quando busca perceber as expressões não verbais, que possam traduzir movimentos de tristeza conforme descreve:

A preocupação com ela era ver como ela estava, ver se ela estava perdendo peso, por causa da história que eu sabia da aids [...]. Quando chegava o dia do acompanhamento, eu sempre ia na véspera pra ver se realmente ela ia mesmo, aí

quando ela chegava eu ia lá também, pra saber se tava tudo bem, se ela levou a criança... se ela estava comendo, se estava indo pra consulta, eu olhava muito a fisionomia dela pra saber se ela estava triste e era isso que me preocupava e quando eu via que estava tudo ok eu ficava satisfeita. (ACS 1).

[...] quando vai pra uma consulta, que volta, eu pergunto a elas “e ai deu o quê? Ta tudo bem? Como é que anda?”. Eu vou lá saber como é que anda o cd4, que eu não sabia nem o que era cd4, “E ai a carga viral aumentou, diminuiu, estabilizou?” sabe (risos). (ACS 2).

As ações descritas por estas ACS se concentram em avisar sobre as datas das consultas, avaliar o peso e observação acerca do sentimento que a gestante pode não verbalizar. A ACS busca fazer a avaliação do peso, ainda associado à ideia da imagem de emagrecimento e caquexia que foi vinculada à doença no início da epidemia de AIDS.

Outras ACS evidenciam o papel de orientador por ocasião das visitas domiciliares nos cuidados que realizam com as crianças, especialmente sobre o preparo da fórmula infantil, com o propósito de prevenir infecções durante o preparo, conforme relatam:

[...] nosso trabalho é mais na orientação, a maioria das vezes a criança pega uma infecção ou é da chupeta ou da mamadeira. Eu sempre digo pra elas, vocês tem que ter o máximo de cuidado, você tem que ter o depósito, você tem que lavar bem lavado, por dentro e por fora, depois guardar num depósito pra mode as mosca num assentar. Depois que você fez aquele mingau, a criança não tomou o resto você derrama, porque tem mãe que bota aquele mingau aculá, só Deus sabe a hora que foi feito e bota na boca da criança, quer dizer num sabe nem se aquele mingau ainda ta prestando. (ACS 3).

Fui orientar ela como era o leite e botei ela pra fazer. Ela foi muito bem orientada lá e ela na época ouvia bem, ela aceita e faz as orientações, ela só tem a limitação da audição. (ACS 5).

A ACS destaca a noção de que, apesar de não estimular o aleitamento materno, existem outros aspectos que devem ser acompanhados, como a orientação para a ordenha mamária, prevenindo quadros dolorosos no puerpério imediato. Evidenciam o fato de se sentirem em conflito pessoal e profissional por orientar outras mulheres a amamentar e, neste caso, orientar a suspensão da amamentação:

[...] pra toda mãe a gente tem que dizer a mesma coisa “dar de mamar é fundamental” e com outras não, você tem que fazer o contrário. Eu sempre digo que isso é uma questão doadora, se nega até esse direito da criança, o direito do peito, do afago, aquela coisa, que a criança não vai ter. Não é só a questão da alimentação, é a falta daquele afago, é difícil. Até por que outras mães dão de mamar. (ACS 5).

[...] mas ao contrário da mama, é que me dava dó, e o pior é que não podia desgostar a mama. Porque se esgotar a mama, faz é aumentar, nós tinha uma médica na época que ela passou remédio pra secar o leite. O sentimento de mãe, elas relatavam e falavam: “meu peito tá cheio e eu não posso dar de mamar, dar o peito”. Um parou, porque ela deixou de dar totalmente, não deu, não deu. E a outra foi preciso secar porque a mama tava muito cheia, é porque secou mesmo, e ela não botou o bebê pra chupar. (ACS 2).

As ACS associam a amamentação ao vínculo estabelecido entre mãe-filho e por isso manifestam conflitos profissional e existencial, além de tristeza pelo fato de a criança não ser amamentada ao seio, não atribuindo os aspectos biológicos do aleitamento materno. Estudo de Machado e Bosi (2008) apontou que há uma associação entre a amamentação e o vínculo estabelecido entre mãe e filho. Outro achado na mesma pesquisa foi o de que a motivação para amamentar é efetivada por intermédio das experiências na família e que muitas vezes estimulam as mulheres a amamentar. Vale enfatizar que os vínculos são estabelecidos não somente pelo ato de amamentar diretamente ao seio, mas também ao oferecer outro alimento e o cuidado durante os diversos momentos vivenciados entre a mãe e o bebê.

Esse aspecto é apontado pela ACS 5, quando fala que outras mães amamentam e somente as que vivem com HIV não podem amamentar. Esse fato poderá ser um motivo de discriminação por parte de outras mulheres que não a veem amamentando. Por outro lado, o fato de a puerpéra que vive com HIV não amamentar não dificultou o trabalho da ACS, pois ele compreende que tal orientação é necessária para prevenir a transmissão vertical.

Outras ações que as ACS descreveram estavam relacionadas à adesão ao tratamento e à orientação acerca do horário de medicações:

[...] eu ia ver a medicação, marcar o horário pra elas. Por exemplo, tinha um medicamento que era de oito em oito horas, se ela começasse a tomar errado, ia dar errado. Sempre que chegavam de Fortaleza, me chamavam que eu adequava os horários, ao melhor horário sabe, só que tinha uma que custa a pegar o medicamento, o medicamento acabava e ela não pegava, aí é onde começava o trabalho do acompanhamento dos medicamentos que eu ficava atenta, quando parava, quando tinha acabado [...]. (ACS 2).

[...] tem a consulta, os medicamentos [...] ela tomava um as sete da manhã e nove horas tomava dois junto, aí do mesmo jeito a noite era três comprimidos que ela tomava e a criança é o medicamento liquido que é duas vezes ao dia. (ACS 3).

A preocupação das ACS com a adesão à medicação é notória em suas falas e isso possivelmente advém de suas vivências práticas com o DOTS (directly-observed treatment

short course) utilizado no acompanhamento de pacientes com tuberculose. Estudo de Ferreira *et al* (2011) analisou a implantação e os efeitos do DOTS e identificou que a modalidade de tratamento com maior sucesso foi a que contou com a participação do ACS, tendo sido aí observada uma redução de 21% na chance de abandono de tratamento.

Com suporte nessa aproximação com as mulheres é que as ACS identificam as demandas ou durante suas visitas. Ressaltam o apoio que oferecem ao perceberem momentos de fragilidades maternas, quando promovem escuta atenta a cada uma:

[...] eu chorava com ela, eu arrancava ela de dentro de quatro paredes pra ela fazer uma consulta com a psicóloga, ela ficou desnutrida, ela não queria mais sair de casa. (ACS 2).

[...] ela tá ficando com mais deficiência auditiva e tá ficando difícil de trabalhar. Ela tem uma cunhada que eu sempre chamo pra ficar ouvindo quando eu vou conversar com ela, por que eu tenho medo dela não entender a orientação que eu to dando [...] eu até pensei em falar com a assistente social porque ela tem medo de solicitar um auxílio e a mãe dela perder o aposento, nem o Bolsa Família ela quer fazer por que tem medo. Mas eu já fui me informar e conversei com o responsável. (ACS 5).

As ACS identificam necessidades de acompanhamento das gestantes por outros profissionais que integram a equipe do NASF, além de demandas de auxílio e benefícios, sendo o ACS o primeiro contato dessa gestante. Isso requer que o ACS tenha alguma orientação de onde a gestante pode buscar a resposta para as demandas e inserir essas necessidades no âmbito dos demais membros da equipe.

Os achados dessa dimensão corroboram o estudo de Galavote (2011), que aponta quatro verbos que o ACS utiliza para a execução do seu trabalho: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar. O estudo de Kim (2012) também apontou que o seguimento e o acompanhamento das gestantes e puerpéras que vivem com o HIV pelos ACS e outros profissionais de saúde estabelecem uma continuidade dos cuidados, melhorando a adesão ao tratamento.

Dimensão 2 – Acompanhamento do recém-nascido filho de mãe que vive com HIV

Ao acompanhar essas mulheres no puerpério, o ACS também desenvolve seu trabalho com atenção ao recém-nascido:

Eu chegava lá pesava o neném, e ela não estava dando de mamar. Ela estava recebendo leite no hospital, foi tudo normal. (ACS 1).

O acompanhamento aos filhos de gestantes sorpositivas é o mesmo que o preconizado para as demais crianças, como avaliação do peso e, neste caso, do não aleitamento materno. As ACS reconhecem, entretanto, o uso de vacina especial para a criança, demonstrando conhecimento sobre a rotina de imunização.

A única vacina que ela toma que é especial é a pólio. (ACS 5).

[...] as vacinas dele são em dia, ele é bem cuidado, ele hoje tem dois anos, faz todos os acompanhamentos e tá com exame negativo. (ACS 4).

[...] acompanha na vacina, acompanha no peso, as vacinas delas é vacinas especiais, tem que ficar atenta, porque tem que ver o pedido. (ACS 1).

Ele vai de três em três meses pra Fortaleza, mas todos os exames dele deram negativo. Ele ia mais vezes, mas agora está espaçando, as vacinas estão em dia, eu peso ele sempre, ele magrinho e eu tenho receio, acompanho pra ver se ele tá doente. (ACS 5).

A preocupação da ACS no concernente à vacinação de criança filha de mãe que vive com HIV está em torno da prevenção de doenças e elas se demonstram integradas com o serviço em relação à necessidade de solicitação desse imunobiológico, que, à época da aplicação das entrevistas, não estava disponível no calendário básico de vacinação.

[...] dar o leite bem direitinho, a medicação bem direitinho, quer dizer a medicação vai ajudar também, e pra ela ter cuidado com ele tanto na higiene, como na alimentação, pra que a criança cresça saudável. (ACS 3).

Quando a gente olha pra criança, a gente olha diferente, porque essa criança precisa de ser cuidada e de ser melhor assistida [...] na prescrição do recém-nascido já tinha tudo direitinho, a quantidade de água, são tantos ml, adicionar na mamadeira [...] na receita falava água fervida ou filtrada, mas tinha uma que eu cansei de chegar lá botar a água pra ferver e deixar esfriar, porque tem que deixar oxigenar, e guardava numa garrafa de vidro. E aquela água ali, ia ser a água de fazer o mingau. (ACS 2).

A alimentação era passada pela enfermeira, na medida certa com todo cuidado com o bebê, a importância de levar o bebê para o acompanhamento para ver se ele ia desenvolver a doença ou não. (ACS 8).

Percebemos um cuidado com a higiene dos utensílios, com a qualidade da água utilizada para o preparo da fórmula infantil, bem assim com o acompanhamento dessa criança no serviço especializado. Chama-nos a atenção, na fala da ACS, o fato de ela ressaltar a necessidade do olhar diferenciado com essa criança. Nesse sentido, a ACS parece dispensar maior atenção a essa criança pelo fato de ser filho de mãe vivendo com HIV.

Dimensão 3 – Relação com a família da gestante e/ou puerpéra que vive com HIV

A maioria das gestantes e/ou puerpéras acompanhadas pelas ACS se descobriram portadoras do vírus HIV durante o pré-natal. As relações com o parceiro se fragilizam em virtude da negação da doença:

Ela vive junta e é muito complicado [...] ele sempre diz que ele não tem, só ela que tem, quer dizer ele ainda joga em cima dela a responsabilidade da doença. Eles moravam junto antes, mas com a questão da doença eles se separaram. Ele vai lá umas duas ou três vezes na semana. (ACS 5).

[...] até porque aconteceu que ele (marido) quis tomar veneno pra morrer porque ninguém sabe se ela pegou dele ou se foi ela. (ACS1).

[...] ele é aquele homem bem ignorante, mas eu não sei se ele sabe que ela tem, por que se ele soubesse! Pelo jeito dele e a personalidade dele eu acho que ele não sabe. (ACS 7).

Eu me preocupava com ela é assim: “se o cara que durmo com ele souber, ele me mata”. Ai eu disse: “não se preocupe que por mim ele não vai saber não”. (ACS 3).

O parceiro das gestantes e/ou puerpéras que vivem com HIV, apesar de ser abordado pela EqSF, tem dificuldades para aceitar o diagnóstico da mulher. São resistentes e negam a possibilidade de ter se contaminado com o vírus HIV. Alguns, além de negar a doença, tentam suicídio, enquanto outros responsabilizam a mulher pela infecção, pois o diagnóstico inicial se deu no exame da mulher. Os comportamentos adotados pelos parceiros podem estar relacionados ao valor moral, consciência e justiça que faz as condutas adotadas serem semelhantes às opiniões da sociedade (CARVALHO; GALVÃO, 2010). Por isso, algumas mulheres vivenciam o abandono por parte dos parceiros:

[...] ele não dá assistência pra ela, teve que ir pra justiça e só tá pagando 50,00 reais de pensão. Ela era pobre, bem pobrezinha. É por isso que o menino vive mais na casa da mulher dele e chama ela de mãe. (ACS 4).

A ACS vivencia esses acontecimentos em conjunto com as gestantes e as famílias que acompanha, e emite, também, seu julgamento acerca da situação em que vivem essas famílias, pois fazem parte dessa comunidade. Quando compartilham essa informação com as mulheres se tornam cúmplices e compartilham dos problemas sociais vividos e, muitas vezes, da violência que sofrem dos seus parceiros, como descrevem:

[...] ela tinha raiva do marido pelo medo dele ter passado o HIV pra ela, mas eu sei que de seis em seis meses ela faz o exame e nunca deu nada. A família deles, os filhos dele era contra ela sabe, diziam pra ela que isso era besteira, que o pai deles era um homem direito. Quando todos souberam, todos ficaram decepcionados. (ACS 4).

Os filhos dela sabiam, ela mesma contou pra todos dentro de casa [...] Ela já tinha filhos com idade de vinte anos que já tinha filhos também, no início eles ficaram revoltados e com muita raiva, muita raiva mesmo, mas depois eles foram melhorando. Esse homem não era o pai desses outros meninos, e eles tinham medo de pegar aids também [...] Ela ficou com raiva dele mas ela continuou casada com ele. No início ela dizia que queria se separar dele, mas com o tempo ela viu que não adiantava se separar dele porque ninguém ia querer mais ela porque ela tinha aids. (ACS 6).

No momento inicial, as famílias se mostram decepcionadas ante o diagnóstico, despertando sentimentos negativos e de raiva (CARDOSO; MARCON; WAIDMAN, 2008). Em face, porém, da necessidade de enfrentamento da situação, os sentimentos passaram por mudanças e se adaptaram as novas condições de vida. No relato da ACS 6, no entanto, ficou claro que a permanência com o parceiro foi o fato de não conseguir estabelecer um novo relacionamento em razão da doença. A continuidade do relacionamento também dependerá das emoções que estarão envolvidas e como conseguem compartilhá-las. As famílias que possuem outros filhos manifestam sentimentos de raiva e falha na expectativa em relação à família, pois, na situação da ACS 4, houve um contexto de infidelidade (CARVALHO; GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

[...] ela era uma pessoa que tinha mãe, mas ela era como se fosse abandonada. Desde nova que ela vive só, vive a vida dela só, ela mora na casa de uma amiga, então a preocupação dela era: “Quando essa minha amiga souber, ela não vai mais me aceitar na casa dela, o pessoal não vai mais nem querer...”. A preocupação dela é essa! (ACS 3).

[...] a família mora na zona rural que ela não tem muito contato, que foi uma menina que veio pra cá pra trabalhar e se encontrou nessa situação [...]. (ACS 8).

Algumas ACS relatam o abandono em que vivem algumas gestantes a quem acompanharam. São mulheres que saíram de casa cedo em busca de oportunidades de trabalho e vivem na casa de outras pessoas, ou na própria casa onde trabalham e, portanto, não contam com um amparo familiar, pois temem que a descoberta do diagnóstico possa comprometer seu trabalho ou a desvinculação dessa residência.

Dimensão 4 – Ética

A ética é um espaço multidisciplinar na saúde e deve estar presente em todo acompanhamento às gestantes e puérperas portadoras de HIV, oferecendo um atendimento mais digno, por adentrar a particularidade da vida das pessoas. Para isso, é necessária uma atitude ética por parte dos profissionais. Esta atitude ética parece estar mais presente quando os profissionais reconhecem o paciente como alguém que necessita de interação para ser compreendido.

O diagnóstico do HIV deve ser mantido em sigilo porque muitos pacientes têm receio do estigma decorrente do preconceito que se criou em torno das pessoas infectadas. No caso das gestantes, esse receio também é sentido quando pensam no futuro do filho, pois lidar com uma criança em possibilidade de contrair infecção pelo HIV ou de ser portadora é de difícil compreensão e aceitação para essas mulheres (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

Com efeito, a ética emergiu nos discursos das ACS enquanto descreviam o trabalho que realizavam durante o acompanhamento das gestantes e/ou puerpéras soropositivas para o HIV.

[...] “Tu vai na casa de fulana?”, “ Vou sim, porque?”, “Tu sabe que ela tá com aids?”, “Não sei não, o meu trabalho é dentro da casa dela, quando eu saio não sei de nada mais não”. Os próprios vizinhos dela perguntavam e eu dizia: “a vida dela só diz respeito a ela e a família dela”, mas eles sabem que ela tem. Acho que ela tinha vergonha, não era questão de confiança. Ética é isso, é você trabalhar e ver que tudo aquilo que acontece dentro daquela casa, você tem que ficar pra você, não pode contar pra ninguém e não chegar na calçada e sair espalhando as coisas da vida dos outros. (ACS 1).

[...] quando a gente entra pra agente de saúde, a gente fica igual um padre quando confessa, então eu vi que era a parte fundamental pra gente. Eu to com 25 anos de agente de saúde, todo mundo confia em mim. Às vezes eu chego numa casa, falam de uma pessoa, quando eu chego em outra casa tão falando da pessoa que falou, quer dizer aquilo tem que morrer ali! Eu mostro confiança, e o importante do trabalho do agente de saúde é mostrar confiança. (ACS 3).

[...] é uma coisa pessoal, eu não vou tá falando pra todo mundo. Mas isso faz parte do trabalho da gente, esse sigilo. Eu ando em muita casa e sei muita coisa da vida das pessoas, devido à gente acompanhar. Eu não vou tá espalhando. Em relação a isso aí é uma coisa pessoal. (ACS 7).

[...] a gente acaba sendo o padre, o pai, a mãe, e ai as pessoas chegam pra contar o que acontece em casa, o que o marido faz, o que o filho faz, eles contam tudo, contam dos chifres do marido, da bebedeira dos filhos, acaba sendo um amigo mesmo. A gente é pra ser como um padre que faz uma confissão, não se pode sair por ai falando da vida dos outros não. Se esse povo fosse fraco da cabeça podia ter tentado se suicidar por que na cabeça das pessoas o HIV é fatal, pegou morreu! (ACS 4).

As ACS compreendem o significado da ética por meio do sigilo, como estratégia para conseguir a confiança das pessoas e da comunidade por isso tem acesso a muitas informações acerca da vida das pessoas que acompanham. Consideram-se amigas e confidentes das gestantes e/puerpéras e pensam nos problemas que poderiam ocasionar, caso não cumprissem com seu compromisso ético.

A autoética trata de uma ética individualizada, que perpassa a consciência e a decisão pessoal alimentada por uma fonte viva. Essa fonte nos remete a uma ética da comunidade, que tem suas raízes mergulhadas num mundo vivo e justificado pelas normas e regras estabelecidas, tabus e preconceitos, conflitos e elos de solidariedade; ou seja, a comunidade é o espaço onde ocorrem as interações de um conjunto de indivíduos ligados afetivamente por um sentimento de pertença e que pode influenciar uma decisão pessoal. Assim, o ACS, por ser membro desta comunidade, pode enfrentar pressões dos demais componentes acerca das informações que lhes são confiadas (MORIN, 2011).

As ACS entrevistadas buscam a possibilidade de uma ética que preserve o ser humano, quer seja com base do cuidado direto aos pacientes, quer seja no convívio destes mesmos em sociedade ou, ainda, dos próprios profissionais.

[...] era coisa de muito segredo e o que eu conquistei delas, foi elas ter confiança em mim. Teve até gestante que veio pra dentista e eu vim na frente pra dizer pra auxiliar de dentista que se ela tivesse que usar alguma coisa, usar material diferenciado por que ela era HIV positivo, que elas tivessem os cuidados que profissionalmente elas teriam que ter. (ACS 2).

[...] a gente falou pra vacinadora, por causa da vacina especial do bebê e por que a gente tinha que contar com o sigilo dela, sigilo total, que ela não podia falar que sabia. (ACS 8).

Nessa tentativa de preservar o cuidado para com os demais profissionais de saúde e evitar a exposição a riscos ocupacionais, a ACS revela a sorologia para a auxiliar de dentista; ou seja, entre a equipe a ACS acredita não haver necessidade de manter o sigilo.

Uma vez teve um caso de tuberculose que ela também não me participava, ela escondeu de mim. Ela gosta de esconder as coisas. Quando a gente vai fazer a avaliação e ela me pergunta quantos casos eu tenho de tuberculose eu digo pra ela “Que eu saiba eu não tenho nenhum” ai ela diz: “Ah, mas tem fulano”. Ai eu fico chateada com essas coisas. Ela não tem confiança na gente (ACS chora). (ACS 4).

A ACS sente-se discriminada dentro da equipe, quando não é informada da situação de saúde das pessoas que acompanha em sua área. A ACS 4 se emociona, ao relatar

que a enfermeira de sua unidade não demonstra confiança em revelar o caso de tuberculose notificado em sua área adstrita. Com isso, questionamos como essa ACS realizar o tratamento supervisionado recomendado para garantir a adesão à terapia dos pacientes com tuberculose.

Em relação a revelar o *status* sorológico com outras pessoas que não façam parte da EqSF, as ACS parecem conscientes em orientar às mulheres de que não há necessidade de revelar a informação:

[...] uma tem lipodistrofia e agora veio me dizer dos exercícios físicos... “eu preciso dizer lá na academia que eu tenho essa doença?”. Eu disse: “Precisa não, de jeito nenhum!”. (ACS 2).

[...] quando é positivo já vem anotado no cartão da gestante e na casa dela também fica fácil das pessoas saberem, e elas tem muitas trocas, umas tem noção do que é e outras não. (ACS 5).

Na visão das ACS, o Cartão da Gestante, instrumento de registro de consultas e exames realizados ao longo do período gestacional, pode comprometer o sigilo da informação acerca do resultado do exame anti-HIV, já que há orientação para que seja registrado o resultado dos exames. A prerrogativa é a de que vizinhos e pessoas que vivem na mesma residência ou que estejam na unidade de saúde, vejam o resultado dos exames. Alguns estudos, entretanto, evidenciam que, apesar de a maioria das gestantes levarem o cartão para as consultas, ainda há um baixo registro de informações nesse instrumento (COUTINHO *et al*, 2010; CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

As informações registradas no Cartão da Gestante são úteis para a qualidade do acompanhamento durante as consultas, já que é um documento utilizado e preenchido por diversos profissionais na prática da atenção pré-natal (CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Esse pode ser um aspecto que compromete a qualidade da informação registrada, mas que também pode contribuir para a quebra do sigilo da informação acerca do *status* sorológico da gestante, pois há tendência em anotar apenas os resultados positivos dos exames. Por outro lado, a solicitação e a realização dos exames laboratoriais deveriam ser providenciadas em consultas pré-concepcionais ou de planejamento familiar, na perspectiva de reduzir risco de transmissão vertical (COUTINHO *et al*, 2010).

Os riscos de transmissão do HIV são vistos pela ACS também como uma questão ética em que, ao mesmo tempo que cumpre o sigilo profissional, sente que está omitindo uma informação importante.

Eu sei que HIV é uma coisa seria que tem que ter sigilo em tudo, mas às vezes eu fico me perguntando por que não tem uma lei que uma pessoa desse jeito não contamine todo mundo, porque se ela tem HIV ninguém vai saber, principalmente sendo bonita e bem feitinha, os homens partem pra cima, mesmo os que dizem que não acredita e não quer usar camisinha. Era pra ter uma lei pra elas não fazer sem camisinha. Ela ta contaminando muitas pessoas, muitas pessoas tão sendo contaminada e a pessoa não pode dizer nada, você tem que ficar em sigilo, ficar calado, vendo as pessoas adoecerem, me da uma revolta! Eu fico revoltada por não pode avisar e nem explicar pra aquelas pessoas, por que pode ser um irmão meu, eu não posso dizer que ela tem HIV. Não sei se ele vai dizer pra outra pessoa, então eu não posso me dispor. Eu fico revoltada, essa menina contaminou só gente nova, só rapazinho novo. (ACS 3).

Inserida nas questões éticas, a moral expressa pela indignação, sem reflexão ou racionalidade, desqualifica o outro e passa a ver apenas a situação momentânea, esquecendo-se do contexto e das demais características. Quando o ACS identifica ou descobre alguém vivendo com o HIV, pode surgir um dilema ético, ou seja, o surgimento de deveres antagônicos. Esse antagonismo dos deveres é explicado pelo dever de alertar as outras pessoas sobre o risco de infecção e o dever de não contar um segredo profissional. Há antagonismo entre a escolha da ética para o indivíduo e a ética para a sociedade. No espaço dessa contradição, Morin (2011) reflete sobre os conceitos de Max Weber, que estabeleceu a ética da responsabilidade (compromissos) e a ética da convicção (recusa os compromissos), não se podendo indicar em que momento uma pessoa deve escolher uma ou outra, assim como é impossível garantir que em nome da moral os fins sempre justifiquem os meios.

A ética tem suas raízes no senso de dever, de obrigação moral. E na sociedade atual há uma crise ética entre indivíduo, sociedade e espécie, evidenciada pela desintegração social, violências e a redução do sentido de responsabilidade e solidariedade entre as pessoas. Efetivamente, o conceito de “valores” ocupa um lugar deixado pelo conhecimento, e passamos a viver num contexto em que podemos escolher nossos valores para tentar fundar uma ética sem fundamento (MORIN, 2011)

No quadro cotidiano, percebemos a fragilidade nas relações pessoais. Num recorte configurado para profissionais de saúde, no entanto, podemos exprimir que alguns usam a profissão para fins que não aqueles a que se propõem. Isso possibilita o surgimento de conflitos entre certo e errado, no sentido de que pensar no outro se opõe aos conceitos embutidos por uma sociedade que está cada vez mais individualizada e centrada no egocentrismo (PINHEIRO *et al*, 2005).

Para Morin (2011), antes de compreender a ética, é necessário entender o indivíduo e seus comportamentos, por isso entende que o “Ser sujeito é se autoafirmar situando-se no centro do seu mundo”. Ou seja, o indivíduo é a soma das características herdadas geneticamente e a reprodução do que foi constituído e apreendido ao longo de sua vida.

Portanto, há uma fonte interna, onde sente os acontecimentos na sua alma, e há uma fonte externa, constituída com base nas crenças, cultura e normas ditadas pela sociedade.

[...] sempre é uma coisa que fica bem clara, nos cursos, nas capacitações. Só uma louca, uma pessoa que não pensa, que vai dizer ou vai sair do sigilo, porque a confusão fica feita, porque sabe que tem confusão, sabe que tem processo, sabe que vai ser chamada a atenção e que vai perder a confiança da comunidade. Como é que eu chego pra alguém e falo da vida das pessoas, se eu fizer isso quem vai querer me contar nada, quem vai querer que eu aconselhe? Mas quem sou eu pra aconselhar ninguém, quem sou pra pedir que elas confiem em mim se eu to mostrando que eu não tenho caráter e nem tenho sigilo com meu trabalho? (ACS 3).

O sigilo profissional faz parte da formulação da credibilidade do ACS, é dinâmico e constantemente renovado. Sem a credibilidade, não há confiança por parte da comunidade, e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. Após esclarecer sobre a importância do sigilo, a ACS 3 consegue associar o sigilo como um direito do cidadão e que este pode recorrer a outras instâncias, como a justiça, para reivindicar os seus direitos.

Para manter sua credibilidade, o ACS assegura a confidencialidade das informações, mas, para alguns, essa credibilidade está associada à resolução dos problemas demandados pelas gestantes, como o agendamento das consultas e do transporte sanitário (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Um tempo desse eu andei quase que me chocando com ele, passei até do meu limite profissional. Mas é porque a gente vê uma coisa e não tem como você não se envolver. Quando eu passei a situação pra enfermeira ela disse que era muito complicado por que você entra no particular da vida do outro e no relacionamento do casal. Mas eu informei, depois uma mulher dessa é espancada dentro de casa [...]. (ACS 5).

Percebemos que são inúmeras as barreiras de se conviver com o HIV, muitas são as dificuldades encontradas e abrangem diversos aspectos. Por acompanhar essas dificuldades próximas de sua realidade, a ACS 5 se envolve com a situação de violência vivida pela paciente.

Morin (2011) define ilusão ética como a ligação ao erro por meio de uma ilusão em que os princípios adotados podem se modificar e levar a resultados opostos ao que se espera. Essas ilusões éticas vêm de insuficiência no senso crítico e da dificuldade de obter um conhecimento pertinente ao assunto, desenvolvendo mecanismos para rejeitar o que desagrada e selecionar o que satisfaz, assim como o esquecimento seletivo. A dificuldade no conhecimento é a dificuldade para se adaptar a uma lucidez ética, pois acreditamos estar agindo da forma certa quando na verdade se procede mal.

6.4 Descoberta do processo comunicativo da ACS durante a abordagem com gestantes e puerpéras vivendo com HIV

Como já descrito pelas próprias ACS, orientar as famílias é uma de suas principais atribuições. Com efeito, a forma como essas ACS abordam as gestantes e/ou puerpéras que vivem com HIV requer uma interação com essa, mulher para que possam estabelecer o diálogo pela ótica da educação e promoção em saúde. Para Habermas (2012), a interação social está conectada à comunicação e ao mundo da vida, pois funciona como um pano de fundo que facilita o desenvolvimento dessa comunicação.

Dimensão 1 - Interação com a gestante/puerpéra

É da relação de trabalho do ACS e gestante que se inicia a interação, ou seja, entre os sujeitos e seus saberes, em que a veiculação de informações acontece durante as visitas domiciliares.

[...] eu sempre deixei ela à vontade por que eu tinha medo que ela pensasse, mesmo sendo uma coisa do meu trabalho, que ela pensasse que eu tava querendo saber demais da vida deles. Ela era muito fechada, se eu não puxasse o assunto ela não falava. Eu insistia por que eu sentia que ela queria [...]. (ACS 1).

[...] minha relação com a gestante é uma relação boa e estreita, então eu acho que é a dinâmica do atendimento em si [...]. (ACS 2).

[...] a gente foi conversando e a gente e eu criei um vínculo, mas vai além da questão do trabalho, é da questão humana mesmo [...]. (ACS 5).

O contexto domiciliar permite abordar os problemas de saúde como um “todo”, e, por visitar o domicílio com frequência, muitas vezes mesmo antes da gestação atual da mulher, o ACS se consolida como um profissional de características singulares, por conseguir identificar situações complexas dentro do universo familiar, mas que, para isso acontecer, é

exigida elaboração de um caminho em que possa estabelecer uma relação de confiança (SAKATA; MISHIMA, 2012).

Tinha dia que elas me contavam coisa que eu dizia: “Meu Deus, o que é que eu vou fazer? Por onde eu começo? O que é que eu vou falar?”. E foi ai assim que eu comecei a ser amiga, a ser companheira, elas adquiriram aquele vinculo, de segurança, de confiabilidade de falar pra mim o que é que elas queriam, o que elas achavam de relação sexual [...]. (ACS 2).

A ACS esclarece em sua fala que procura manter uma boa relação com as gestantes e/ou puerpéras como forma de obter informações das mulheres e, conseqüentemente, orientar cuidados e ações de saúde.

Como eu já conhecia ela há muito tempo, ela me tratava normal, ela não tinha discriminação comigo, sempre abria a porta pra eu entrar na casa dela. Se fosse uma pessoa que eu não conhecia, ela não ia se abrir comigo. Só não sei como foi quando ela chegou em outro bairro, que ela não tinha intimidade com a ACS. Mas isso depende da maneira que a gente trata o outro, porque eles se declaram logo. (ACS 6).

A interação que a ACS estabelece com a gestante e/ou puerpéira termina quando essa mulher muda seu endereço residencial para uma área não inserida na área adstrita. Assim, em uma nova área a mulher terá um novo ACS, que terá de edificar uma interação profissional com essa mulher. Ressaltamos a importância de estabelecer um relacionamento com as mulheres, pois uma má interação compromete o processo comunicativo por via de uma desarticulação da integração social e os contextos (HABERMAS, 2012).

Se eu soubesse disso antes, eu tinha me preparado e orientado a própria mulher dele. Eu perguntei pra gestante como tinha sido a consulta e ela só me contou que tinha sido boa e que ia fazer uns exames. Mas como ela se mudou eu não tive contato tão direto com ela. Mas depois que ela teve nenem eu fui lá visitar ela, mesmo sendo de outra área, e perguntei como ela estava e ela disse que estava bem, mas que tinha tomado muita medicação. Como ela nunca se abriu comigo eu não ficava insistindo. Quando ela ficou grávida eu descobri durante as visitas. Eu perguntei se ela estava grávida e perguntei de quem é, por que ela já tinha três filhos que moravam no interior, e como ela só trabalhava naquela casa eu não tinha tanta intimidade com ela, mas ela disse que era do namorado dela. Eu perguntei “Ele vai assumir?” e ela disse: “Ele disse que vai e que vai alugar uma casa pra gente morar junto”. Outro dia passei lá e perguntei: “Cadê? Ele já assumiu?” ela disse que não. (ACS 4).

A ACS retrata a dificuldade que vivenciou na interação com a gestante e como isso influenciou o seu acompanhamento de forma negativa, não se sentindo preparada inicialmente para orientar a mulher. Quando, porém, a ACS fez questionamentos sobre a

paternidade da criança, está induzindo a gestante a falar sobre o relacionamento da gestante, e assim a ACS deixava transparecer o seu julgamento, fato que inibia sua interação com a gestante e divergia de seu papel de ACS.

Habermas (2012) compara o mundo subjetivo das pessoas como um tabuleiro de jogo, onde é refletido, aleatoriamente, o que há de objetivo e normativo, e considera, nesse mesmo tabuleiro, o que há de subjetivo no outro. Assim, a interação, considera o cenário do mundo da vida para que se possa estabelecer um entendimento. A interação do ACS com a gestante e/ou puerpéra remete à existência de um entendimento, ou seja, um acordo de ambas as partes para que em suas realizações interpretativas possam definir o mundo social e seu mundo. Todo entendimento se concebe como uma cooperação de interpretação para definir situações intersubjetivamente reconhecidas, nas quais os contextos situacionais podem ser ordenados, de forma que se chegue a um consenso de como os envolvidos definem fato, norma ou vivência (HABERMAS, 2012).

Dimensão 2 – Processo comunicativo do ACS durante a abordagem com gestantes e/ou puerpéras vivendo com HIV

O conceito de processo comunicativo remete às diversas formas de estabelecer um diálogo e das referências de mundo aceito pelas pessoas. Aparentemente, trata-se de um processo de fácil descrição, mas, com as diferenças entre coisas e pessoas, causas e motivos, acontecimentos e ações, que pertencem ao mundo dos fatos, surge a necessidade de um posicionamento básico diante do mundo objetivo e do mundo social. Tal posicionamento é submetido a recortes conceituais entre as relações e ordens normativas da sociedade, na medida em que tomamos consciência da alternância de perspectivas e posicionamentos (HABERMAS, 2012).

Assim, iniciamos nossa reflexão em torno do entendimento visto como um processo comunicativo voltado para a produção de um consenso. O entendimento refere-se, portanto, não ao consenso em si ou aos seus conteúdos, mas à disposição e dispositivos empregados para sua produção.

Eu falava o português dela, do jeito que ela falava. Eu não ia falar umas palavras difícil e complicada pra ela, eu falava um português bem... da forma dela mesmo. Geralmente, a gente tem que falar com essas pessoas que não tem entendimento de um jeito que elas entendam, se eu falar complicado ela não vai entender o que eu digo. (ACS 6).

[...] tentava me igualar com ela no sentido de falar igual a ela, e ela começava a conversar comigo. (ACS 1).

Uma das estratégias que a ACS utiliza para um bom entendimento durante a comunicação é o uso de palavras corriqueiras e comuns às pessoas da comunidade, reconhecendo a necessidade de compreensão por parte das gestantes e/ou puerpéras. Essa estratégia está direcionada ao desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, que exige o exercício da escuta e da ação dialógica, da compreensão e entendimento do ser humano diante de suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Mas era assim, no começo ela tinha muita resistência, mas ela sempre ia. Eu levava sempre na brincadeira, mas eu sempre tava lá, pra lembrar o dia. Eu sempre estimulava e falava brincando, tentava ajeitar tudo até com o carro que levava ela. Eu dizia: Você vai! Tem gestante que conversa muito comigo, que não tem esse problema de conversar, as outras são mais fácil de conversar. (ACS 1).

[...]eu vou logo levando na brincadeira, na brincadeira não, na simplicidade! Eu vou dizendo logo brincadeiras pra eles se sentir mais íntimo com a gente, porque se eu for falar logo com a cara carrancuda, de antipática e nojenta eles não vão se abrir com a gente quando tem problema, e principalmente coisas graves, gravíssimas. (ACS 6).

Utilizar um diálogo descontraído, em tom de brincadeira, era a forma que a ACS encontrava para abordar um assunto sério e estimular a comunicação e a adesão das orientações transmitidas nesse diálogo. A comunicação que busca o consenso se baseia numa troca ativa e pacífica de informações entre participantes de uma determinada prática social. Esse entendimento precisaria ser aceito como válido pelos participantes da comunicação. Falamos, então, de um consenso possível por meio da linguagem, da eficácia da palavra, da maneira ou do conteúdo do discurso.

[...] elas são umas pessoas que fala pouco sabe, mas quando eu chegava lá, eu abria diálogo, eu tentava chegar no objetivo, mas antes de eu tentar fechar as laterais, elas mesmo já se abriam comigo. (ACS 2).

A ACS revela que há um objetivo preestabelecido para o desenvolvimento da comunicação, ou seja, a sua visita à gestante e/ou puerpéra tem um objetivo definido. O foco específico dessa comunicação tem o intuito de subsidiar a intervenção a ser realizada, o que

requer algum planejamento. Estudo de Filgueiras e Silva (2011) identificou o fato de que a visita da ACS obedece a uma sistematização prévia, pois constatar “in loco” as condições de vida e relações familiares da população facilita o planejamento da assistência por meio do conhecimento dos recursos de que a família dispõe.

Eu dizia pra ela que a pessoa pode durar muito e muito tempo. Se a pessoa tomar o medicamento da forma que a médica passou pra senhora não morre rápido, seu filho pode lhe ver a vida toda, a senhora não pode esquecer de tomar o remédio, nem pode rebolar no mato o medicamento, porque é um medicamento caro que é dado pelo governo, a senhora não teria condição de comprar esse remédio... Eu conversava muito com ela também quando ela queria se separar dele por que eu dizia pra ela “não vai adiantar a senhora se separar dele, vai resolver esse negócio? Vai resolver? Não vai!”. Porque eu já tinha muito contato com ela, um contato mais íntimo, porque toda vida que eu ia na casa dela meu português com ela era desse jeito, e aí ela foi se acostumando comigo. (ACS 6).

[...] eu acho que elas não se sentem bem né, você chegar lá dando tipo “carões”: “não é pra fazer”, “você não devia ter feito isso”. Por que assim, eu tava lendo na ficha dela que desde a segunda gestação dela, ela já sabia né. Não foi por falta de conselho da enfermeira, por que ela tá ali avisando, os métodos preventivos. Eu procuro não fica dizendo “você tem que fazer isso, você não pode fazer aquilo” eu sei que ela já tem as pessoas lá que falam e que já dão as dicas, tipo que ela não pode ter relação sem camisinha, então ela já sabe e não precisa eu tá falando. (ACS 7).

O contato íntimo que a ACS desenvolve com as gestantes e/ou puerpéras facilita a comunicação para tratar de assuntos mais difíceis, como o HIV. Apesar de não demonstrarem ao longo de seus discursos abordarem as gestantes e/ou puerpéras de uma forma impositiva, observamos nos acompanhamentos e durante os diálogos que há uma interação estratégica, ocorrente por meio da expressão do saber da ACS sobre a gestante e/ou puerpéra. Isso implica que o ACS desenvolve um agir estratégico, porque induz a gestante e/ou puerpéra a aceitar sua convicção como válida e, assim, não há acordo subjetivo. A linguagem utilizada tem por objetivo transmitir informações, mesmo que em alguns momentos ocorram entendimento e integração entre ACS e gestante.

[...] a pessoa tem receio de se expor, embora eu chegue lá sabendo eu não posso dizer. Eu tenho que ter todo um manejo pra conversar com essa grávida por ser uma coisa muito íntima, mas aí você vai fazendo seu trabalho e acompanhando pra adquirir confiança, se aparecer mais outra na minha área eu vou trabalhar dessa forma, vou deixar ela à vontade e fazer tudo pra que ela me conte. Se eu impor, já vai ferir o outro. (ACS 5).

[...] ela já é acompanhada no posto pela enfermeira, faz o pré-natal, dizem “não faça isso”, “não faça aquilo” aí é por isso, eu não vou chegar lá e dizer eu mesma. (ACS 7).

Apesar de identificarmos um agir estratégico nos discursos das ACS, percebemos que há um manejo para se comunicar com essas mulheres, em que explicar e orientar de forma impositiva interfere na comunicação, na entrada da ACS naquele domicílio, além de interferir nos aspectos éticos. Outra ACS identifica o fato de que nas consultas de pré-natal na unidade, não há uma transmissão de orientações mais direcionadas que a gestante deve seguir, e o diferencial de sua visita seria a possibilidade de aproximar-se um pouco mais da gestante.

Eu dizia assim “nós” porque se eu dissesse “você” ela ia achar que eu tava discriminando ela, eu dizia: “isso ai também pega nos ricos, você num vê tanto cantor tem aids e morre”. Eu falava bem o português dela: “os filhos de papaizinho pega aids, enfermeira nos hospitais pega aids sem elas querer através de agulha e através de outras coisas, os doutor também pega” eu falava assim pra ela não achar que pegava aids só nos pobre. (ACS 6).

Utilizando o pronome nós, a ACS se inclui e se aproxima mais da realidade dessa gestante, situando-se como igual diante da comunicação.

[...] eu falava com ela que ela tinha que fazer o pré-natal, porque tava uma vida, tinha uma criança, um ser dentro dela né, que ela também tinha que cuidar daquela criança, que ela tinha que fazer um pré-natal especial, um pré-natal bem acompanhada e que se... ai onde eu entrava, que você recebe o seu bolsa família, e se você não fizer você vai findar perdendo o seu bolsa família, se você não fizer esse acompanhamento e se vem algum benefício pra gestante e criança sempre é através dos nossos dados que a gente dá pra eles, então você tem que ter um pré-natal bem feito, com todas as consultas, com todos os exames. Fui conversar com ela, mostrar a realidade, que se ela fosse ter relação com alguém ela tinha que usar camisinha né. Aí ela falou pra mim assim: “Não é a primeira vez, eu já tive a outra e eu não uso camisinha não porque eles não aceita, mesmo que eu diga que eu tenho a doença, eles não aceita usar camisinha porque eles dizem que eu to mentindo. (ACS 3).

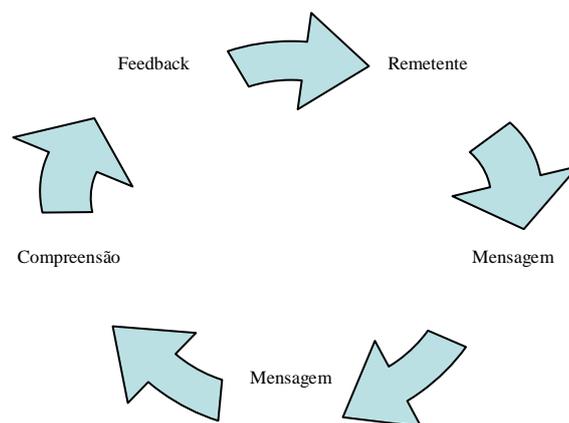
[...] eu disse por falta de aviso não foi, eu disse: “bem que eu lhe avisava, use camisinha, você não cuidou e o mundo não acabou” O que eu digo é o seguinte: “Você tem que fazer de um tudo pra não ter mais filho, você ta vendo as condições como são difícil até pra quem tem marido, como eu tenho. Meu marido diz que a dificuldade é grande, botar filho no mundo não é só pra botar, tem que ter responsabilidade de dar uma boa alimentação, de dar uma boa vida, uma boa vida que eu falo é dar o que a criança necessita”. (ACS 5).

Mesmo que em alguns momentos as ACS não tentassem impor o cumprimento de suas orientações, elas utilizavam estratégias que possibilitassem a adesão, mesmo que forçada, da mulher ao pré-natal e ao acompanhamento, para evitar a TV. Ao mesmo tempo, também deixavam claro o seu ponto de vista em relação a uma nova gravidez e às condições de vida em que vivem as famílias que acompanham.

[...] quando ela vai lá no hospital ela traz uns folhetos pra mim, eu digo: o que tu trouxe de novidade? Ela sempre que ela vai lá ela traz uns folhetozinho de informação pra mim, eu quero que tu veja, eu criei esse vínculo. (ACS 2).

Com arrimo nos discursos expressos pelas ACS, a comunicação é dinâmica e aborda vários aspectos, tanto de conteúdo da informação como de relacionamento. Em decorrência da multiplicidade de contextos, variedades de assuntos abordados, continuidade dessa comunicação, o processo comunicativo se assemelha ao modelo proposto por Corcoran (2010).

Figura 5 – Comunicação como processo de múltiplas vias



Fonte: CORCORAN (2010)

A comunicação realizada pelo ACS transcende a lógica do emissor – receptor. O agir estratégico desenvolvido pelo ACS durante suas abordagens ocorrem num plano individual e de forma prescritiva e com teor léxico fácil, preocupando-se, na maioria das vezes, com questões técnicas relacionadas a TV.

Por ser membro da comunidade, fala e entende como alguém que vive nesse contexto, o que pode fazer com que essa mensagem chegue até a gestante e/ou puerpéra de maneira mais eficiente, já que muitas vezes essa mensagem implica orientações de saúde que requerem uma mudança de comportamento. Por outro lado, Jardim (2009) aponta que trabalhar e morar na mesma área tem aspectos negativos tanto para o ACS como para as demais pessoas da comunidade por existir a exposição da intimidade de ambos.

6.5 Interligações com o “mundo da vida”

Dimensão 1 - Formação do ACS para trabalhar com gestantes e puerpéras vivendo com HIV

As ACS entrevistadas informaram ter participado de capacitações e palestras, no Município, que abordaram a temática HIV/Aids, incluindo aspectos da transmissão vertical, conforme relata:

Tive curso que falava sobre aids, sobre a gestante com HIV, fiz reciclagens, aqui no auditório, tinha os panfletos, falando dos exemplos das gestantes e das crianças. Já tive várias palestras, já fiz curso de auxiliar de enfermagem e de técnico. (ACS 6).

[...] a gente tem capacitação, a gente fez o curso técnico de agente de saúde né, que ainda falta uma fase pra gente terminar. (ACS 2).

A ênfase para a realização do Curso de Auxiliar e Técnico de Enfermagem pode ser uma estratégia para suprir a demanda de conhecimentos e informações de saúde e chama atenção para a necessidade de concluir a formação que iniciou e não foi finalizada. As capacitações ofertadas aos ACS se dão por meio do desenvolvimento de habilidades necessárias para a atuação com as famílias e, nesse sentido, a ACS recém-admitida ao concurso público comenta:

[...] a gente teve um treinamento mesmo, foi de três meses mas só o básico, falando como chegar na casa e conversar com as famílias, mas para HIV só palestras. (ACS 5).

Os ACS que passaram a compor o quadro de funcionários no último concurso não tiveram acesso aos treinamentos executados anteriormente, sendo notório o descontentamento quando fala que sua formação tem um nível básico, não havendo maior aprofundamento acerca do HIV. Outra ACS, que já atua há mais tempo, fala das fontes de informação que busca para complementar seus conhecimentos:

Eu fui aprendendo com o tempo, quando elas me disseram que tava com HIV, eu comecei a ver livros, porque falar de alimentação, falar da amamentação que não pode dar, acompanhar uma gestante e depois quando nasce um bebezinho que tem que tomar leite integral. (ACS 2).

Buscar informações é uma iniciativa da ACS, por considerar importante ter o conhecimento para subsidiar suas orientações quando da visita domiciliar à gestante e/ou puerpéra. A elaboração de conhecimento baseada nas vivências cotidianas e nas trocas de experiência enseja a consecução de habilidades mais próximas da realidade para desempenhar suas funções. É necessário instituir, porém, uma educação permanente que fomente a prática de trabalho às necessidades reais da comunidade, para que não ocorra um distanciamento do ACS de sua comunidade ou a quebra no sentimento de pertença ao grupo (GROSSER, 2010).

Por outro lado, o ACS conta com a equipe de saúde para esclarecer dúvidas e orientar o trabalho junto à comunidade. A ACS revela que há essa integração por parte de sua equipe:

Apesar da enfermeira ser difícil, ela sempre falava de aids pra gente, teve uns cursos e eu via muito na televisão falando sobre HIV, mas ainda é pouco a gente tem pouca formação, sempre é uma coisa que fica bem clara, nos cursos, nas capacitações. Só uma louca, uma pessoa que não pensa, que vai dizer ou vai sair do sigilo. (ACS 3).

Á vista dessa realidade, o ACS revela a dificuldade de relacionamento com a enfermeira da unidade, mas isso não é obstáculo para que exista um espaço de escuta e diálogo, onde é possível expor as situações e dificuldades que vivencia. Essa possibilidade de integração da equipe sugere a valorização dos profissionais e o reconhecimento da importância do trabalho. Pesquisa de Lunardelo (2004) identificou uma situação diferente, pois percebeu que em muitas situações o ACS silencia e apenas replica o modelo hegemônico instituído.

Dimensão 2 - Facilidades para trabalhar com gestantes e puerpéras vivendo com HIV

Um dos aspectos destacados pelas ACS como facilidade para desenvolvimento de sua comunicação e trabalho com gestantes e puerpéras vivendo com HIV foi o vínculo que possuíam com essas mulheres, como descrevem:

[...] por isso foi mais fácil, ela já tinha confiança em mim, eu não tive que adquirir. (ACS 5).

[...] sempre andei lá, eu já pesava os outros filhos dela. (ACS 6).

[...] primeiro lugar a confiança delas, segundo lugar foi a enfermeira que me ajudava demais, o que eu tinha dificuldade de orientar, eu pedia ajuda. (ACS 2).

Empatia, acolhimento, respeito e credibilidade com que as ACS desenvolvem suas ações garantem um resultado positivo na sua relação com as gestantes e puerpéras que vivem com HIV. Por serem membros da comunidade e estarem ligados à unidade de saúde os ACS têm como diferencial a capacidade de escuta e maior disponibilidade de tempo para acolher demandas da população, sendo esta uma das contribuições desses profissionais. A integração com a equipe faz com que o ACS tenha apoio para desenvolver suas atividades. Sobre o vínculo e a ligação que possui com a comunidade a ACS complementa:

[...] ver que aquelas pessoas sente falta da gente, a gente vê que a gente é muito especial pra aquelas mães, que elas não sabem tipo caminhar sem você, eu tiro pelo tempo que eu to de férias, quando eu to de férias é mesmo que não tá, a não ser que eu viaje e saia, porque na minha casa não falta gente batendo na porta. (ACS 1).

[...] é tão gratificante a gente ver aquela situação, que a gente se abraçava, que a gente chorava junto, e de repente naquele período nascer uma criança saudável, é bom com meus conhecimentos ajudar as pessoas que eu acompanho a se sentir bem, tem umas pessoas que manda cartão pra mim dizendo obrigada por eu preocupar com a saúde dela. (ACS 2).

[...] em relação ao meu tratamento com ela, é bom que a gente conhece as pessoas, aprende a ver o lado delas também. (ACS 7).

O depoimento das ACS evidencia que estas se sentem gratificadas por contribuírem com a saúde das gestantes, ajudarem nos cuidados de saúde e serem retribuídas com o nascimento do bebê. As ACS, entretanto, são abordadas fora de seu horário de trabalho para resolver ou apoiar demandas das pacientes, por morarem na mesma comunidade e estarem mais acessíveis. Esse relacionamento mais próximo, também, é apontado pela ACS como uma forma de compreender as necessidades dessas gestantes e/ou puerpéras.

Dimensão 3 - Dificuldades para trabalhar com gestantes e puerpéras vivendo com HIV

Ante as dificuldades em acompanhar gestantes e/ou puerpéras vivendo com o HIV as ACS apontaram de forma recorrente os problemas sociais que estas mulheres enfrentam:

[...] ela mora numa área afastada, tipo suburbano, tipo favela. Ela não tinha alimentação adequada dentro de casa, era muito carente mesmo, não tinha luz, água encanada. Eles tinham um poço profundo e a alimentação era de baixo nível e pouca, tinha o Bolsa Família, mas era muito filho. Tinha sete e com mais esse outro, fazia oito. (ACS 4).

[...] vive do aposento da mãe dela e do que ele dá, é como se ela tivesse que se conformar com isso, não adianta discutir isso no grupo por que a gente não tem como solucionar. (ACS 5).

Às vezes não tinham alimentação direito, não tinha muita coisa pra comer roupinha pro bebê, era assim que eu percebia a tristeza deles. (ACS 1).

[...] o que adiantava mandar elas terem uma boa alimentação se não tinha com que comprar, se não tinha de onde vir, se não tinha de onde tirar, como é que eu falava de higiene se não tinha com quem comprar o sabão, como é que eu falava de manter uma casa arrumadinha, limpinha no caso né, se não tinha um sabão, se não tinha uma “kiboa”, se não tinha nada, né. Quando o neném nascia muitas vezes eu via que na casa dessa menina não tinha nada de jeito nenhum, não tinha nada. (ACS 2).

[...]e ela ficou vivendo só de doação. Ela sofria demais, passou fome e ele não ajudava. (ACS 3).

Os discursos das ACS revelam que as gestantes têm baixa renda, e que vivem com o auxílio financeiro de programas sociais ou renda de outras pessoas da família. As dificuldades financeiras desmotivam as pacientes a se deslocarem ao Município para o serviço de referência, pois muitas vão para as consultas e não têm alimentação adequada:

Elas diziam: não vou não, a gente passa o dia todo com esse menino no braço e uma lata de leite, o maior problema deles é que eles eram muito pobres. (ACS 1).

[...] as pessoas não gostam quando mostra a necessidade de se deslocar daqui pra Fortaleza, algumas latas de leite a gente conseguiu pelo hospital, mas não tinha as consultas. (ACS 2).

[...] a questão dela não fazer por que tem a distância, acho que tudo isso é um problema. Lá no São José eles já encaminham direto e se fosse perto já ficava mais fácil. Só esse deslocamento pra colher exame, fazer consulta, é muito dificultoso. (ACS 5).

O hospital do Município implantou o Projeto Nascer, que garante medicação no momento do parto e a fórmula infantil para as crianças até os seis meses, entretanto, o Município não dispõe de um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) para garantir as consultas sem a necessidade de deslocamento das mulheres.

As dificuldades vivenciadas fizeram com que a maioria das gestantes mudasse o endereço residencial, o que interferia no acompanhamento que já vinha sendo feito pela equipe daquela área:

Logo quando ela teve bebe que eu e o enfermeiro fomos visitar, ela já não estava morando mais. (ACS 4).

Uma ACS apontou como dificuldade a falta de apoio da enfermeira. A ACS não se referiu a outros membros da equipe, possivelmente por esse ser o profissional que mais tem contato com elas que supervisionam o trabalho das ACS.

Pra mim foi muito difícil, eu não tive apoio da enfermeira, eu poderia ter agido melhor, eu agi da forma que eu achei mais correta. (ACS 4).

Outra ACS aponta problemas na comunicação com a gestante em razão da perda progressiva da acuidade auditiva. A ACS enfrenta barreiras para que a gestante possa compreender as orientações, inclusive, quando esta mulher vai ao serviço especializado, depara a necessidade de uma terceira pessoa para acompanhá-la nas consultas, pois ela não compreende as orientações fornecidas.

Ela não sabe ler, ela tem um problema auditivo, que se agravou muito. Ela diz que sempre teve esse problema da audição, mas depois que ela começou a tomar a medicação agravou muito. Se você conversar com ela você precisa estar bem pertinho e falar, não é alto, é mais explicado e compassado, por que se você falar rápido ela não entende, ela não escuta nada [...] às vezes ele bate nela, espanca ela. Quando ela vai pra Fortaleza ela vai sempre com ele porque ela não sabe ler, não escuta. Ela depende muito dele, ela aceita isso numa boa. (ACS 5).

Além do problema auditivo, essa gestante também foi vítima de violência por parte do parceiro. Estudo realizado por Barros, Schraiber e França-Júnior (2011) revelou que mulheres que revelam sua soropositividade para o parceiro podem tornar-se alvos de violência doméstica, principalmente se ele for soronegativo para o HIV. A violência sofrida por mulheres que vivem com HIV traz reflexões sobre a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com essas situações (BARROS, SCHRAIBER, FRANÇA-JÚNIOR, 2011).

A ACS emite a opinião e juízo de valor acerca de que a mulher se submete e aceita a condição de violência em que vive como algo normal. Assim, a violência surgiu com frequência nos relatos das ACS:

A mulher era mais calma, foi muito mais fácil eu andar na casa dela, porque eu não tinha medo dela me agredir. No caso do homem, ele agredia as pessoas da família, revoltado. (ACS 6).

[...] tinha até um cara do presídio que eu tenho certeza que aquele cara se souber um dia que ela tem, ele mata ela, porque o bicho é ruim. Ela foi embora da cachoeira por causa duma pisa que ele deu nela, ela teve que ficar escondida, inclusive ele veio passar uns dias escondida na minha casa porque ele queria matar ela, porque soube que ela tinha HIV. (ACS 2).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo comunicativo do ACS ocorre por meio do agir estratégico, ou seja, ele utiliza a linguagem para transmitir as informações de forma prescritiva, fazendo com que a gestante e puerpera aceite receber suas orientações. Nesse processo de comunicação o ACS busca uma interação baseada na empatia e companheirismo, como estratégia para fortalecer o vínculo do profissional com essa mulher.

Compreender como acontece o processo comunicativo das ACS durante a abordagem com gestantes e puerpéras vivendo com HIV, revelou que o fluxo das informações emitidas pelo ACS é cíclico, ou seja, ele recebe um *feedback* desse diálogo por meio da adesão ao tratamento e cumprimento de suas orientações.

Por outro lado, não está totalmente claro o papel do ACS na abordagem com essas mulheres. Muitas vezes o ACS se configura como um apoio, que não veio da família, ou alguém a quem estas mulheres podem contar detalhes de suas vidas. Assim, cabe apontar as reflexões que os resultados deste estudo nos proporcionaram.

Percebemos que a comunicação está inserida nos mais diversos cenários, inclusive no momento em que as EqSF organizam seu processo de trabalho. Quando as enfermeiras revelam à ACS o resultado do exame da gestante, é um agir direcionado pelo cuidado com a mulher e a necessidade de ter contato rápido e direto com a gestante e puerpéra. Além disso, o papel da enfermeira em orientar a ACS dizendo que aquela gestante fará consultas em outro serviço, é uma forma de envolver a ACS como membro da equipe na situação de saúde existente em sua área.

Entretanto, percebemos que existe uma fragilidade nas relações entre os profissionais da EqSF, em especial nas relações comunicativas. Foi frequente, durante as entrevistas, o choro das ACS. Esse choro, considerado como a revelação de uma forte emoção, não é compartilhado com a EqSF. Assim, refletimos sobre a necessidade da ampliação das discussões dos aspectos subjetivos das relações humanas nas EqSF. Quem ouve o ACS? Ele está preparado para trabalhar as relações humanas?

Em nenhum momento o ACS é questionado sobre seu sentimento em trabalhar com as gestantes e puérperas que vivem com HIV em sua área, ou seja, utilizamos um modelo instrumental que não prioriza as relações comunicativas dentro da equipe, ou seja, não há uma negociação para que se estabeleça um acompanhamento dessa mulher pelo ACS.

Assim, a ACS que vive na mesma comunidade, pode ter ou não uma relação aproximada com essa mulher, compartilha de problemas semelhantes vivenciados no território não é questionada sobre se preparo para lidar com aspectos íntimos da vida dessas mulheres.

Em nenhum momento as ACS entrevistadas citaram o médico na condução ou manejo dos casos acompanhados pela EqSF, deixando evidente que a relação era fundamentalmente entre enfermeira e ACS, e de uma forma fragilizada. Assim, o trabalho em equipe inexistiu.

Alguns profissionais da EqSF ainda veem na figura do ACS um profissional com baixa escolaridade que utiliza o senso comum para pesar as crianças da comunidade. O perfil do ACS, entretanto, mudou, inclusive sua escolaridade e, nesse sentido, observamos no ACS um potencial para contribuir com a EqSF, desde que seja adequadamente capacitado e que sejam estabelecidas suas atribuições nesse processo.

Percebemos que não está totalmente claro o papel das ACS na abordagem com gestantes e puerpéras soropositivas para HIV e, em alguns casos, houve um descompasso dos profissionais da equipe, inclusive no caso em que a gestante foi diagnosticada por meio do teste rápido no âmbito hospitalar, apontando para uma ausência de rotinas estabelecidas, conforme protocolos para articular e desenvolver o trabalho.

Apesar de a maioria das ACS ter sido informada sobre a gestante com HIV pela enfermeira, todas aguardaram a revelação do diagnóstico pelas próprias mulheres. Essas mulheres revelam o *status* sorológico às ACS pelo vínculo de confiança estabelecido pela sua necessidade em saber percorrer os caminhos para chegar ao atendimento especializado, ou seja, em razão de facilitar o acesso ao serviço de saúde.

O acolhimento humanizado da ACS está relacionado ao sentimento de tristeza que ela atribui à doença. Apesar de saberem que HIV e Aids não são sinônimos, deixam transparecer nos seus discursos as simbologias, crenças e tabus sobre a doença, arraigados ao conceito de que o HIV é uma doença que não tem cura e que evolui para óbito.

A ética e o sigilo profissional foram apontados pelas ACS como um dos fatores que estabelecem a confiança delas com as famílias. Apesar de conceituarem ética como guardar sigilo, a vivência na prática reflete um conflito de auto-compreensão desse conceito, quando revelam a outros membros da equipe o *status* sorológico da gestante sob a perspectiva de que estes possam utilizar adequadamente equipamentos de proteção individual.

Uma das principais dificuldades evidenciadas pelas ACS é a necessidade um treinamento que o capacite para o desenvolvimento de competências para acompanhar as

gestantes e puerpéras com HIV. O seu fazer, que muitas vezes é essencialmente prático, requer orientações fundamentadas e bem definidas para promover saúde por meio da educação.

A comunicação que o ACS desenvolve é dinâmica e cíclica, entretanto, está submetido o processo às influências do “mundo da vida”, que também podem interferir na comunicação. Por isso, para realizar o acompanhamento das gestantes, o ACS utiliza a linguagem para transmitir as informações, de forma que sua interação acontece por meio de uma imposição disfarçada, induzindo a gestante/puerpéra a aceitar sua convicção como válida, demarcando claramente os papéis dos atores. Elas descrevem as orientações que a gestante/puerpéra deve seguir - consultas, vacinas, tomada de medicação - e estabelecem comunicação para desconstruir a mulher e fazê-la acatar suas orientações.

Apesar de ser uma estratégia que foge do agir comunicativo proposto em Habermas, as ACS se sentem felizes por terem a confiança das mulheres e pelo fato de representarem uma referência para a comunidade. Dos casos acompanhados, não houve registro de transmissão vertical, e as ACS se sentem coresponsáveis por esse resultado. Por outro lado, há uma sobrecarga de trabalho do ACS e uma indefinição do seu papel, pois este assume várias responsabilidades e não há um programa de educação permanente para suprir necessidades de atualização no seu trabalho.

Na atualidade, percebe-se que as estratégias utilizadas (apesar da intenção) ainda não permitem um agir orientado pelo entendimento. Isso porque ainda não rompemos totalmente com o paradigma hospitalocêntrico e curativista, sob o qual os sujeitos do processo se sintam responsáveis por sua saúde.

Outras dificuldades apontadas pelo ACS são os problemas de ordem socioeconômica que as gestantes e puerpéras vivenciam. Muitas delas passam, inclusive, por situações de violência por parte dos parceiros sexuais ao tomarem conhecimento do *status* sorológico das mulheres. Chamou-nos a atenção o caso da ACS que acompanhou a gestante/puerpéra com deficiência auditiva adquirida. Nesse caso, nem a ACS nem a gestante tinham conhecimento da linguagem de sinais, o que dificultava a comunicação.

A violência contra as gestantes e puerpéras vivendo com HIV foi apontada frequentemente pelas ACS, onde a mulher sofre com a culpabilização pela infecção por HIV pelo parceiro sexual, demonstrando os problemas vivenciados nas relações sociais. Nessas relações há carência de diálogo, favorecendo a aproximação do ACS com a gestante e puerpéra vivendo com HIV.

Os discursos das ACS retrataram suas vivências com as gestantes e puerpéras diagnosticadas com HIV, por isso apontamos como fator limitante ou lacuna – em razão do tempo previsto para o mestrado - a necessidade de ouvir as mães que foram acompanhadas pelas ACS como uma forma de confrontar as opiniões. Ouvir essas mulheres poderia nos dar uma dimensão mais aproximada do processo comunitativo envolvido na tríade emissor-mediador-receptor, ou seja, profissional da EqSF - ACS - Gestante ou puerpera vivendo com HIV.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para uma melhor estruturação da Atenção Primária em Saúde para o acompanhamento dos casos de gestantes com diagnóstico na vigência do HIV em suas comunidades. Na maioria dos casos, há um abandono dessas pacientes por parte dos profissionais após o diagnóstico positivo para HIV, descumprindo seus princípios de longitudinalidade e coordenação do cuidado. No caso específico das gestantes, muitas deixam de realizar as consultas de pré-natal em sua unidade de saúde e passam a realizar consultas apenas nos serviços de referência. Quando isso acontece, o ACS continua a visitar aquele domicílio, pois envia informações e dados para preenchimentos de formulários que alimentam os sistemas de informação.

Oferecemos como proposta a implementação da Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV (EACCC-HIV) validada em 2008 (BARROSO, 2008). A escala é utilizada para medir o comportamento e a capacidade de mães ou cuidadores de cuidar de crianças nascidas na vigência do HIV. Com a implementação da escala, é possível identificar informações para organizar estratégias de controle da TV, planejamento de intervenções pela equipe e estimular o cuidado pelas mães, fortalecendo o vínculo com o bebê.

Ressaltamos a necessidade de compartilhar os resultados do estudo com gestores, para que possam estruturar uma atenção de qualidade às gestantes e puéperas na vigência da infecção por HIV, reforçando a necessidade de traçar o perfil do ACS nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. Relação entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2115-2123, 2006.
- ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B.; MELO, S. P. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 589-594, set-out, 2008.
- ARAÚJO, M. A. L. **Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal**. 2005. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.
- ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 61, n. 2, 2009.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- BARROS, C.; SCHRAIBER, L. B.; FRANCA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.
- BARROSO, L. M. M. *et al.* Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 155-164, out./dez, 2009.
- BARROSO, L. M. M. **Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV**. 2008. 174f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2008.
- BRASIL. DATASUS. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Taxa de incidência de Aids**. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/ce.def>>. Acesso em: 2 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites virais e outras DST**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites virais e outras DST**. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Para Organização Da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3. ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

BRASIL. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov. 1996.

BRITO, A. M. *et al.* Tendência da transmissão vertical de aids após terapia antiretroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, supl., p.18-22, 2006.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades Sociais: breve análise da teoria e da prática à luz do comportamento. **Interações em psicologia**, v. 6, n. 2, p. 233-242, 2002.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. M. **Pesquisa qualitativa em serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BOUFLEUER, J. P. **Pedagogia da Ação Comunicativa**. 3 ed. Ijuí,RS: Unijuí, 2001.

CANINDÉ. Secretária de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Canindé, Ceará, 2010.

CASTANHA, A. R. *et al.* Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 47-56, jan./abr. 2006.

CARDOSO, A. L.; MARCON, S. S.; WAIDMANI, M. A. P. O Impacto Da Descoberta Da Sorologia Positiva Do Portador De Hiv/Aids E Sua Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.326-332, jul./set. 2008.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1509-1520, 2010.

CAVALCANTE, M. S. *et al.* Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 4, p. 473-479, out./dez. 2008.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de Culpa Atribuídos Por Mulheres Com Aids Face a Sua Doença. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 103-111, abr./jun.2010.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n.3, p.309-317, jul./ set. 2007.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico Aids**, 2010.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico – Aids**, Fortaleza, 2012.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde – O caso Sobral/CE. **Sanare**, ano 5, n. 1, jan./fev./mar. 2004.

COUTINHO, T. *et al.* Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.32, n.11, p.563-569, 2010.

COUTSOUDIS, A. E.; GOGA, N.; ROLLINS, H. M. On Behalf of the child Health Group. Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or course? **Health Policy and Planning**, v. 17, n. 2, p. 154-160, 2002.

CORCORAN, N. **Comunicação em Saúde: estratégias para promoção de saúde**. São Paulo, SP: Roca, 2010.

DENZIN, N. K. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. New Jersey: The State University of New Jersey – Library of Congress, 2009. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=UjcpXFE0T4cC&printsec=frontcover&dq=DENZIN&1=ptBR&sa=X&ei=oOQuT8_IBNTpgAfS1LGpCg&ved=0CEQQ6AEwAw#v=onepage&q=DENZIN&f=false>. Acesso em: 24 jan. 2012.

FERACIN, J. C. F. **Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e a soropositividade ao vírus HIV**. 2002. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

FERREIRA, F. C.; NICHATA, L. Y. I. Women living with aids and the family health program professionals: disclosing the diagnosis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.3, p.480-486, 2008.

FERREIRA, V. *et al* . DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, feb. 2011.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011.

- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FONSECA, A. F.; STAUFFER, A.B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- FONSECA, P. L.; IRIART, J. A. B. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, jun. 2012.
- FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, abr. 2010.
- GALAVOTE, H. S. *et al* . Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.
- GALVÃO, M. T. G.; RAMOS, A. T. A. C.; MACHADO, J. M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT- Q o L. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 430-437, mar./abr. 2004.
- GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. H.; MACHADO, M. M. T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 371-376, maio/jun. 2010.
- GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-44, jan./mar. 1989.
- GIUGLIANI, C.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, M. S.; DUNCAN, B. B. **Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Revisão Sistemática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- GOMES, K. O. *et al* . O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.
- GONÇALVES, T. R. *et al* . Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 2, p. 223-232, 2009.
- GROSSER, A. O ensino da história contra a memória coletiva. *In*: MORIN, E. **A religião dos saberes: o desafio do século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- HARUNARI, M. L. *et al* . Improving survival in children with AIDS in Brazil: results of the second national study, 1999-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, supl.1, p. 93-103, 2011.
- HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo**. São Paulo, SP: WMF Martins Fontes, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil básico municipal**. Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2011/Caninde.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2013.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.13, n.28, p.123-135, jan./mar. 2009.

KERR, L. R. F. S. *et al.* Disparities in mother-to-child transmission in Northeast Brazil: regional failures within successful country programs. **AIDS Care**, v. 23, p.771-774, 2011.

KIM, M. H. *et al.* The Tingathe programme: a pilot intervention using community health workers to create a continuum of care in the prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) cascade of services in Malawi. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 11, n.15, Suppl. 2, p. 17389, July 2012.

LELO NASCIMENTO, E. P.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

LUCCA, E. **Habilidade Social**: uma questão de qualidade de vida. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0224.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2011.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MACEDO, L. C. *et al.* Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 12, n. 26, p.649-657, jul./set. 2008.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, mar. 2008.

MACHADO, M. M. T. *et al.* Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 377-382, jul./ set. 2010.

MACHADO, M. M. T.; LEITAO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005.

MARQUES, H. H. S. *et al.* A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 619-629, 2006.

MARTINES, W. R.V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

- MENDES, H. W. B.; CALDAS JÚNIOR, A. L. Prática profissional e ética no contexto das políticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, maio 2001.
- MERHY, E. E. **O Conhecer militante do sujeito implicado:** o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>. >?. Acesso em: 2 dez. 2012.
- MERHY, E. E. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORIN, E. **O método 6:** ética. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- MORIN, E. **A religação dos saberes:** o desafio do século XXI. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A Crescente Escolarização Do Agente Comunitário De Saúde Uma Indução Do Processo De Trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010.
- MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.7, n.13, p.109-118, 2003.
- NEVES, L. A. S.; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical de doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 140-147, 2006.
- NOGUEIRA, R.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis:** o agente comunitário de saúde. 2000. 33p. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br> >. Acesso em: 9 set. 2011.
- NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saude Publica**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.
- OLIVEIRA, R.N.C. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 267-283, abr./jun. 2011.
- PAIVA, F. S.; DIAS, A. C. G. **Habilidades Sociais:** Investigando as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2011. Disponível em: www.metodista.br/ev/psicologiadasaude/anais1/2011/comunicacaooral.>. Acesso em: 3 out. 2011.
- PINHEIRO, P. N. C. *et al.* O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n. 4, p. 569-575, jul./ago. 2005.
- RAMOS, M. N. Conceitos Básicos sobre Trabalho. *In:* FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

ROSNAY, J. Conceitos e operadores transversais. *In*: MORIN, E. **A religião dos saberes: o desafio do século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012.

SANTOS, K. T. *et al* . Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da família? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. Supl. 1, p.1023-1028, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Curso técnico da área da saúde: habilitação profissional de técnico agente comunitário de saúde: módulo I: as práticas da saúde e o SUS – construindo alicerces para transformar: unidade I: relação saúde e sociedade - instrumentalizando para a prática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (doutorado em saúde pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.6, n. 10, p. 75-96, 2002.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. *et al*. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinelá parturiente, Brasil: 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, p. 764-72, 2004.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação e cuidados de saúde: Desafios para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v. 14, n.1, p. 135-139, 1996.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, p. 483-492, 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família**. 2003. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

APÊNDICE A– ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**I- IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Tempo de atuação como agente comunitário de saúde: _____

II- QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Como você tomou conhecimento da informação de que havia uma mulher vivendo com HIV em sua área?
2. Como aconteceu sua interação com essa mulher?
3. Como você se sentiu ao cuidar de gestante e puerpéra vivendo com HIV?
4. Como você desenvolveu o seu trabalho?
5. Quais as facilidades que você teve para acompanhar ou se comunicar essa mulher?
6. E quais as dificuldades que você teve?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa, entrevistando agentes comunitários de saúde que trabalham em áreas onde foram registrados casos de gestantes ou puérperas soropositivas para o HIV, com o objetivo de compreender o processo comunicativo utilizado pelo agente comunitário de saúde durante a abordagem com gestantes e puérperas vivendo com o HIV. Por isso, você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que quiser, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Para participar da pesquisa, você será entrevistado (a), em local e horário marcados antecipadamente, de acordo com sua disponibilidade de tempo. Durante a entrevista, você irá fornecer informações muito importantes. Por isso peço sua permissão para gravar nossa conversa para que todas essas informações sejam analisadas para a obtenção dos resultados desta pesquisa. Os resultados da pesquisa, constituídos com os dados obtidos, serão apresentados em relatórios, congressos e revistas científicas da área da saúde, mas os nomes e qualquer outra informação que possa lhe identificar serão omitidos.

Sua participação é voluntária e por isso você não receberá pagamento em dinheiro. Em qualquer momento, você poderá recusar ou desistir de participar dessa pesquisa e também retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Você não sofrerá nenhum risco ao participar da entrevista, mas, caso o assunto abordado lhe traga algum desconforto, poderemos articular o encaminhamento com psicólogo da equipe de apoio à saúde da família inserido no serviço do Município, caso você queira e concorde.

Se tiver outras dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Jocélia Maria de Oliveira, vinculada ao Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, no endereço Rua Rua Professor Costa Mendes, 1608/ 5º andar. Rodolfo Teófilo, ou pelo telefone (85) 9928-2868.

Pelos motivos expostos, gostaríamos de contar com sua importante participação nesta pesquisa, o que agradecemos antecipadamente.

Canindé, ____ de _____ de 2012.

Pesquisadora

Eu, _____, ____ anos, portador do RG N° _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário dessa pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também acerca da pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda que estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Canindé, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante

Profissional que aplicou o TCLE: _____ Data: _____

Assinatura: _____
(1ª Via Pesquisador / 2ª Via Pesquisado)

APÊNDICE C – FICHA DE DOCUMENTAÇÃO

FICHA DE DOCUMENTAÇÃO Nº _____	
Data da entrevista	
Local da entrevista	
Duração da entrevista	
Entrevistador	
Identificador para entrevistado	
Sexo do entrevistado	
Idade do entrevistado	
PARTICULARIDADES OCORRIDAS NA ENTREVISTA	

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 203/12

Fortaleza, 05 de julho de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 152/12

Pesquisador responsável: Jocélia Maria de Oliveira.

Título do Projeto: "Processo comunicativo do agente comunitário de saúde durante a abordagem com gestantes e puerpéras soropositivas para o HIV".

Levamos ao conhecimento de V.S^a que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 04 de julho de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Jocélia Maria de Oliveira', is written over a faint, circular official stamp of the COMEPE/UFC.

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B – DECLARAÇÃO DA ACADEMIA CEARENSE DA LÍNGUA PORTUGUESA

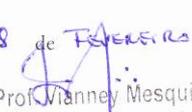


ACADEMIA CEARENSE
DA LÍNGUA PORTUGUESA

DVL.CISONAM ET CANORAM LINGVAM CANO

Declara-se, para constituir prova junto ao (à) COORD. DO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
do (da) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ,
que, por intermédio do acadêmico titular infra-assinado, foi procedida à correção gramatical e estilística
do (da) DISSERTAÇÃO DE MESTRADO intitulado (da) PROC. COMUNC. DO ACS QUANTO
A ABERGAÇÃO COM GESTANTES E PUÉRPORAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV,
da autoria de JOCÉIA MARA DE OLIVEIRA
orientado (a) pelo (a) PROF.ª DR.ª MÁRCIA MARA TAVARES MACHADO
razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Ortográfico Lusófono, vigente desde 01.01.2009.

Fortaleza, 28 de FEVEREIRO de 2013


Prof. Vianney Mesquita
Reg. Profissional
CE 00489 JP

Prof. João VIANNEY Campos de MESQUITA
Acadêmico Titular da Cadeira número 37 da ACLP.
Escritor e docente Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará
Reg. Prof. MTE00489JP.