

# ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: MULHERES VIVENDO COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

## ACCESSIBILITY AND USE OF HEALTH SERVICES: WOMEN LIVING WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

### ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS: MUJERES QUE VIVEN CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Raquel Einloft Kleinubing<sup>1</sup>  
Tassiane Ferreira Langendorf<sup>2</sup>  
Stela Maris de Mello Padoin<sup>3</sup>  
Cristiane Cardoso de Paula<sup>4</sup>

**Como citar este artigo:** Kleinubing RE, Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC. Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. Rev baiana enferm. 2023;37:e50338.

**Objetivo:** analisar o acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de atenção à saúde. **Método:** pesquisa qualitativa, participante, mediada por entrevista e observação com 14 mulheres nos serviços de saúde de um município do Sul do Brasil. Foi desenvolvida análise de conteúdo, pautada nas categorias teóricas dos elementos estrutural e processual do acesso segundo Starfield. **Resultados:** o acesso das mulheres vivendo com HIV aos Serviços Especializados e à Atenção Primária à Saúde ocorreu por iniciativa da própria mulher. O vínculo deu-se majoritariamente no serviço especializado que melhor acolheu e supriu suas necessidades, independentemente das relações psicossociais estabelecidas, tempo de espera para os cuidados e localização geográfica dos serviços de saúde. **Considerações finais:** há uma série de fatores que interferem positiva ou negativamente no acesso das mulheres à política de saúde, destacando-se a falta de comunicação eficiente entre os profissionais de diferentes serviços, o que afeta o acesso das mulheres à informação e procedimentos.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção à Saúde. HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Mulheres.

*Objective: to analyze the access of women living with HIV to health care services. Method: qualitative, participant research, mediated by interview and observation with 14 women in the health services of a city in southern Brazil. Content analysis was developed, based on the theoretical categories of the structural and procedural elements of access according to Starfield. Results: the access of women living with HIV to Specialized Services and Primary Health Care occurred at the woman's own initiative. The link occurred mainly in the specialized service that best embraced*

Autora correspondente: Cristiane Cardoso de Paula, cristiane.paula@ufsm.br

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7448-4699>.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5902-7449>.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3272-054X>.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4122-5161>.

*and met their needs, regardless of the psychosocial relationships established, waiting time for care and geographic location of health services. Final considerations: several factors interfere positively or negatively in women's access to health policy, highlighting the lack of efficient communication between professionals from different services, which affects women's access to information and procedures.*

*Descriptors: Health Services Accessibility. Delivery of Health Care. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Women.*

*Objetivo: analizar el acceso de mujeres viviendo con VIH a los servicios de atención a la salud. Método: investigación cualitativa, participante, mediada por entrevista y observación con 14 mujeres en los servicios de salud de un municipio del Sur de Brasil. Se desarrolló análisis de contenido, pautado en las categorías teóricas de los elementos estructurales y procesales del acceso según Starfield. Resultados: el acceso de las mujeres que viven con VIH a los Servicios Especializados y a la Atención Primaria de Salud ocurrió por iniciativa de la propia mujer. El vínculo se dio mayormente en el servicio especializado que mejor acogió y suplió sus necesidades, independientemente de las relaciones psicosociales establecidas, tiempo de espera para los cuidados y localización geográfica de los servicios de salud. Consideraciones finales: hay una serie de factores que interfieren positiva o negativamente en el acceso de las mujeres a la política de salud, destacando la falta de comunicación eficiente entre los profesionales de diferentes servicios, lo que afecta el acceso de las mujeres a la información y procedimientos.*

*Descriptors: Accesibilidad a los Servicios de Salud. Atención a la Salud. VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Mujeres.*

## Introdução

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) apresenta um plano de ação que inclui linhas estratégicas, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde, para controle da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com qualidade<sup>(1)</sup>. Um estudo em base de dados secundários, também indicado pelo programa, objetivou avaliar os determinantes sociais de acesso a testes diagnósticos de HIV e sífilis em 13 mil usuárias<sup>(2)</sup>.

Devido ao fortalecimento de programas de controle do HIV e a qualificação da atenção a essa população e, considerando a simplificação do tratamento, a infecção por este vírus passou a apresentar características de uma condição crônica, o que implicou na necessidade de reorganização do modelo de atenção, que era centrado nos Serviços Especializados (SE) e pouco contemplava a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>(3)</sup>. As demandas de cronicidade indicam a necessidade de integração de serviços e composição das linhas de cuidado das mulheres para questões de saúde sexual e reprodutiva, para além de testagem anti-HIV, e deverá considerar tanto os serviços especializados quanto os de atenção básica<sup>(4)</sup>.

Apesar dos serviços de APS representarem a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde para as pessoas vivendo com HIV, inclusive gestantes, essas ações ainda são insuficientes. O acesso à atenção primária envolve obstáculos, sendo a dificuldade de acesso um fator de desmotivação dos usuários, em razão do longo tempo de espera entre o agendamento, o dia da consulta e o processo de atendimento<sup>(5)</sup>. Entraves presentes na organização da APS fazem com que os usuários reconheçam nos SE, que possuem maior densidade tecnológica e resolutividade, a fonte de cuidados segura e capaz de suprir as suas necessidades em saúde, independentemente da complexidade do agravo. Isso dificulta a compreensão da existência de uma rede de serviços, que poderia ser utilizada como uma opção de recursos<sup>(3)</sup>.

Historicamente os SE foram, e, em muitos casos, ainda são, os serviços de busca regular para pessoas vivendo com HIV. A diretriz de descentralização é recente, sendo necessário considerar que mesmo tratando-se de um quadro com características de cuidado crônico, questões, como o estigma, são relevantes. Dessa forma, a testagem para diagnóstico precoce e

acompanhamento de saúde na atenção primária não são identificadas pela sociedade como ações descentralizadas para a atenção e integração entre os serviços de APS e SE, conforme indicado pelo Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>, e que converge com o marco teórico de qualidade da atenção à saúde, que discorre o atributo acesso<sup>(7)</sup>.

Não se alcançará decréscimo significativo da transmissão do HIV enquanto a permanência no tratamento não for prioridade de todos os serviços de saúde<sup>(8)</sup>. Tendo em vista o quadro epidemiológico e as repercussões da infecção pelo HIV, o estigma que afeta as pessoas infectadas, a inexistência de cura e a escassez de debate e conhecimento sobre as condições de acesso ao tratamento e às informações por parte das mulheres, o objetivo deste estudo é analisar o acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de atenção à saúde.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Para a redação foi utilizado o *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), tendo em vista o relato transparente e preciso dessa pesquisa. O estudo teve como cenário um município da região central do Rio Grande do Sul, Brasil, onde a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV é ofertada pelos serviços da rede de atenção primária e especializada. Na APS há 31 serviços, dos quais 18 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 consistem em Estratégia Saúde da Família (ESF). Os serviços especializados são dois, um de âmbito federal (hospital universitário) e outro municipal.

Foram utilizadas as técnicas de observação participante, desenvolvidas nos dois SE e em duas unidades da APS (uma ESF e outra UBS), de junho a agosto de 2017, totalizando 45 horas. Neste período, foram elaboradas as anotações componentes das Notas de Observação (NO), fonte empírica para a análise. Durante a observação participante também foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com mulheres vivendo com HIV, com roteiro previamente

testado. Os critérios de inclusão foram: mulher vivendo com HIV e que, em algum momento, acessou os serviços de saúde. O critério de exclusão foi ter o atendimento efetuado em serviço particular.

O recrutamento das participantes ocorreu quando as mulheres acessaram o serviço de saúde para algum atendimento (médico, testagem, retirada de medicação), sendo, neste momento, realizado o convite para participar da pesquisa. Como este foi o primeiro contato, indica-se a não existência de relacionamento prévio com as integrantes do estudo. A amostra por conveniência foi composta de 14 mulheres, encerrando-se as entrevistas quando houve saturação temática e encontrou-se a lógica interna do objeto de estudo<sup>(9)</sup>. As entrevistas foram desenvolvidas em salas separadas nos serviços, de modo a respeitar a privacidade e o sigilo do diagnóstico, e conduzidas pela primeira autora, que possuía experiência no tema e na abordagem qualitativa.

A análise foi realizada após a triangulação das informações e obtida mediante a análise de conteúdo, do tipo temática<sup>(9)</sup>, do material empírico da transcrição das entrevistas e das NO. Na pré-análise, realizou-se a seleção inicial do material por meio do agrupamento das entrevistas transcritas e das NO, mediante leitura flutuante. Na exploração do material para a categorização, os dados foram agrupados com base no marco teórico de análise<sup>(7)</sup>, que foi o fio condutor para a interpretação ancorada nos elementos teóricos categorizados, considerando a qualidade da atenção à saúde segundo o atributo acesso<sup>(7)</sup>.

As categorias teóricas dos elementos estrutural e processual do acesso, segundo Barbara Starfield<sup>(7)</sup>, partem do princípio de que, para prover as necessidades de saúde dos indivíduos, o serviço precisa atuar no primeiro contato, promovendo acessibilidade, caracterizada pelos elementos estruturais: proximidade entre os serviços de saúde e a população adstrita, disponibilidade de horários e datas para atendimento e a flexibilidade no agendamento. A acessibilidade deve considerar: o aspecto psicossocial das relações estabelecidas dentro

dos serviços de saúde, como as barreiras de linguagem ou culturais, a comunicação entre os profissionais e usuários; a questão da acessibilidade geográfica, com relação à adequação de transporte e a distância a ser percorrida até o serviço; e o problema do tempo ou acessibilidade temporal, envolvendo a dinâmica de cuidados (disponibilidade de horários)<sup>(7)</sup>.

Com referência à acessibilidade, a utilização dos serviços (elemento processual) concretiza-se sempre que houver demanda de saúde dos indivíduos. Esta poderá ser preventiva ou investigativa, por meio de uma consulta ou acompanhamento de um problema preexistente. Por vezes, ocorre por iniciativa do usuário, como nos serviços de APS, assim como por meio de orientação ou encaminhamento profissional ou exigência administrativa, geralmente presente nos serviços de maior densidade tecnológica<sup>(7)</sup>.

O atributo acesso é composto pela acessibilidade e pela utilização dos serviços, elementos indissociáveis entre si e mutuamente relacionados, tendo em vista o reflexo da acessibilidade na extensão da utilização dos serviços de saúde. Isso significa que, caso não haja garantia de acessibilidade a determinado serviço de saúde, sua utilização é inviabilizada.

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética Institucional, sob o Parecer n. 1.635.237. Para o anonimato das participantes foi utilizado o código E (Entrevista), seguido do número correspondente da entrevista e o código NO, além do serviço onde se desenvolveu a observação.

## Resultados

As mulheres entrevistadas tinham em média 26 anos, majoritariamente brancas. Com relação à escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental completo e uma incompleto; cinco com ensino médio completo e duas incompleto; e duas com ensino superior incompleto. Quanto à situação conjugal, dez mulheres relataram ter companheiro, três eram solteiras e uma divorciada.

O elemento estrutural acessibilidade é representado pelas categorias: psicossocial, geográfico e temporal<sup>(7)</sup>. A primeira delas (psicossocial) apresenta ainda três subcategorias: comunicação positiva, barreiras culturais e barreiras de comunicação.

Os resultados apontam que, na subcategoria da comunicação positiva, o apoio, o acolhimento e as conversas foram relacionados à satisfação com o atendimento, refletindo no acesso ou retorno ao serviço de saúde. A subcategoria barreiras culturais relacionou-se à indisponibilidade de informações e/ou orientações equivocadas e à divergência das informações. Quanto às barreiras de comunicação, a ausência de sigilo do diagnóstico e o preconceito fragilizam o vínculo e o acesso tanto nos serviços de APS quanto no SE.

*Descobri [o diagnóstico de HIV, no serviço de APS], o enfermeiro conversou e eu me senti acolhida e pretendo voltar a ser atendida. (E8).*

*Nem posto e nem pronto atendimento [estão preparados pra atender pessoas com HIV], se falar que é soropositivo, eles não atendem [...] (E3).*

*Eu sofri bastante preconceito e parei o tratamento [...] uma profissional começou a me julgar. Vi que era uma pessoa que não estava preparada, aí eu não fui mais. Me senti atacada. (E8).*

*A médica reduziu os anseios e medos da mulher, provenientes de informações equivocadas recebidas de um médico que, conforme relato da usuária, disse que ela estaria "produzindo tumores" devido ao HIV. (NO - SE).*

*O serviço especializado municipal faz contato com as pessoas testadas em outros serviços de saúde [com teste rápido reagente ao HIV], e convidam a comparecer no serviço especializado municipal. (NO - SE).*

*O CO se responsabiliza pelo sigilo das informações, que se restringem ao prontuário. A psicóloga e assistente social conversam sobre questões como HIV e sigilo. (NO Maternidade).*

Os achados revelaram a dificuldade de trabalhar em equipe multiprofissional, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atender as demandas referentes à infecção pelo HIV e a ausência da corresponsabilização pelo atendimento das usuárias soropositivas nos serviços de APS e de comunicação destes com o SE.

*Há um ano eu estava tomando os remédios do HIV como ele [clínico da APS] me orientou. [...] meus exames [CD4 e CV feitos no serviço especializado durante a gestação]*

*estavam borríveis. A médica disse pra mudar totalmente [a maneira como estava tomando os ARV] [...] ela acabou que eu tinha relaxado e eu disse: não [...] estou fazendo o que me disseram lá [na APS] [...] e ela [a médica] disse: "o que te disserem lá [no serviço de APS] deixa, espera tu vir consultar aqui [no serviço especializado] e tira as tuas dúvidas." (E2).*

*Estava boa [a carga viral] [...] disseram [no serviço de saúde de outro município] que eu podia ganhar parto normal. Mas o médico daqui [do serviço especializado] disse que era cesárea. (E12).*

*A enfermeira relatou a dificuldade de comunicação entre os serviços especializados e isso provoca a insatisfação da equipe de saúde [...] a unidade de saúde especializada responsabiliza-se, no momento, pelo atendimento das gestantes que são encaminhadas da APS. (NO - SE).*

Quanto ao componente geográfico, os seguintes fatores, considerados facilitadores, foram indicados como intervindo no acesso: a proximidade dos serviços de APS e a disponibilidade de transporte intermunicipal da secretaria de saúde do município da residência até o SE. Quanto ao componente temporal, evidenciou-se que os sistemas de marcação e agendamento de consultas e exames podem aumentar o tempo de espera para receber cuidados de saúde, principalmente nos serviços de APS, e isso pode provocar preferência por um tipo de serviço na rede de atenção à saúde.

*Sempre me pegaram ali em casa o carro da saúde, porque se não, ia ser sempre difícil [ir no serviço especializado], porque a gente não tem como ir. (E4).*

*Para mim [o serviço de APS] é mais perto da minha casa [...] por isso que pra mim era mais fácil no posto. (E10).*

*Quando os casos não são urgentes e já tem muitos pacientes agendados, os pacientes provenientes do acolhimento são realocados para outro dia da semana. (NO - UBS).*

*O médico [APS] faz um encaminhamento e o paciente entra em uma fila única, via CRS, e de lá o paciente é encaminhado ao serviço especializado federal. Ele disse que casos mais urgentes são preferenciais [como casos em que o paciente está debilitado e com o estado de saúde mais comprometido devido ao HIV], no entanto, algumas vezes, são realizados encaminhamentos desnecessários, que não configuram urgência. Noutras vezes, pacientes que deveriam ser encaminhados com urgência, não são. (NO - SE).*

Na análise categorial do elemento processual utilização nos serviços de saúde, ficou claro que o acesso da mulher ao serviço de APS ocorreu após uma situação de exposição ao HIV, demandando a procura pelo teste e a descoberta da infecção. Evidenciou-se, assim, a procura por

atendimento na APS por iniciativa preferencialmente das usuárias. Ainda, o primeiro contato com o serviço de APS ocorreu por uma situação de saúde, mediante adoecimento ou gestação, motivando a busca pelo teste rápido anti-HIV.

Quando as mulheres que já têm diagnóstico prévio de infecção procuraram o SE, espontaneamente ou via transferência (comunicação), foi para confirmar o diagnóstico e manter o acompanhamento de saúde. Entretanto, nesse serviço, o uso foi desencadeado com maior frequência por indicação do profissional de saúde, por meio da transferência entre os serviços. Nessas ocasiões, evidenciou-se que a APS se responsabilizou pelas demandas não relacionadas ao HIV, e o SE, por casos de imunizações, exames e consultas para problemas de saúde que não configuravam urgência.

*Tive uma gripe forte e quando surgiu os boatos eu vim no médico [...] no primeiro exame que eu fiz já foi diagnosticado. (E1).*

*Eu fui no postinho pra fazer teste rápido de gravidez. Daí eu fiz o teste rápido [anti-HIV] e apareceu. (E10).*

*Estava fazendo o pré-natal [no serviço de APS], daí o médico me disse: "tu é infectada e não pode fazer o pré-natal aqui, tem que ir pra lá" [serviço especializado] [...] pra me vacinar. (E14).*

*Orientação da enfermagem é que a gestante deve manter acompanhamento na rede básica, aliado ao serviço especializado federal. As primeiras consultas são agendadas via 4ª CRS juntamente à rede básica. (NO - SE).*

*O usuário deve ir à APS consultar com um médico e relatar sua necessidade. O médico faz um encaminhamento e o usuário entra em uma fila única, via CRS, e é encaminhado ao serviço especializado federal. (NO - SE).*

A vinculação ao serviço como fonte preferencial de cuidados levou as participantes a permanecerem utilizando o SE para o recebimento dos cuidados de saúde, como exames, orientações, acompanhamento de problemas antigos, consultas com especialistas e equipe multiprofissional e tratamento de rotina. Por isso, as mulheres vivendo com HIV demonstraram preferência na escolha de um serviço que acolhe e supre as suas necessidades.

*Eu continuo indo no posto pra tratamento de rotina. (E5).*

*Quando preciso esclarecer dúvidas, eu venho no serviço especializado municipal. (E11).*

*É bom o acompanhamento [no serviço de APS] [...] só que [no especializado] é melhor no meu caso [HIV] [...] tem especialistas pra tudo. (E13).*

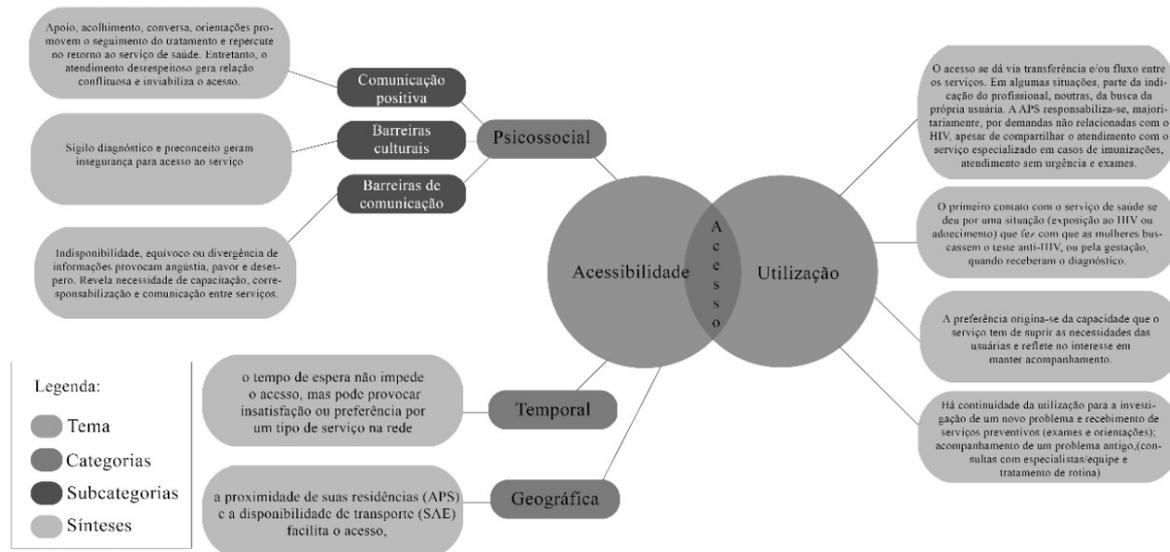
*A puérpera em acompanhamento na unidade optou pelo pré-natal só na ESF. (NO - ESF).*

*A profissional referiu que, dificilmente, as mulheres com HIV consultam no serviço de atenção primária, normal-*

*mente consultam no serviço especializado federal ou serviço especializado municipal. (NO - ESF).*

A triangulação das informações obtidas por meio das entrevistas e da observação participante culminou na elaboração da Figura 1.

**Figura 1**– Síntese da análise da experiência das mulheres aplicada a categorização teórica dos elementos estrutural e processual do acesso. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil – 2018



Fonte: elaboração própria.

## Discussão

Com relação à APS, apesar do potencial para atender às gestantes vivendo com HIV, a falta de recursos humanos inviabiliza o acesso ao acompanhamento pré-natal<sup>(10)</sup>. Mesmo havendo incentivo para que essa população acesse os serviços das APS e SE conjuntamente, a incapacidade da APS em suprir as demandas de saúde propicia que essas mulheres se vinculem a outros serviços, principalmente os especializados<sup>(11)</sup>.

A descentralização do diagnóstico da infecção pelo HIV, com o intuito de ampliar as possibilidades de acesso, tem a APS como porta preferencial para testagem rápida, facilitando a transferência na RAS. Entretanto, ao estender a gama de serviços habilitados para realizar essa testagem, questões envolvendo o sigilo e a

revelação do diagnóstico podem gerar conflitos entre profissionais e usuários<sup>(12)</sup>.

Para atender as demandas de saúde das mulheres vivendo com HIV, é necessário complementar a experiência profissional com as melhores evidências científicas e qualificar o processo de comunicação interpessoal e intersectorial, considerando a existência de comunicação conflituosa dentro da equipe e dos diferentes setores<sup>(13)</sup>. Tais ações promovem a acessibilidade para a qualidade da atenção à saúde, sendo que a dimensão psicossocial minimiza barreiras culturais e de comunicação.

Assim, é necessário repensar a forma de organização e de gestão do trabalho na saúde visando dar maior importância à formação e

atualização dos profissionais no atendimento a pessoas vivendo com HIV<sup>(14)</sup>.

Quanto à comunicação intersetorial, para tornar possível o rompimento com a desarticulação da rede, a APS, em especial a ESF, deve se corresponsabilizar pela atenção às pessoas vivendo com HIV. Isso significa, dentre outras atribuições, conhecer a população adstrita e responsabilizar-se pelo cuidado ou pelo acompanhamento do tratamento, segundo a territorialização ou as necessidades das usuárias.

Para a resolutividade da APS, algumas características, como definição de território, são fundamentais. Isso pode interferir no acesso aos serviços de saúde, considerando a organização da população em famílias, devendo, portanto, estas serem conhecidas pelos serviços de saúde; o que implicará na acessibilidade geográfica e temporal<sup>(15)</sup>.

No presente estudo, a acessibilidade geográfica, mediante disponibilidade de transporte municipal, facilitou o comparecimento ao serviço especializado. Entretanto, quando a necessidade de deslocamento era provida pela própria participante, as mulheres vivendo com HIV optaram pelo atendimento na APS, conforme a proximidade de suas residências.

A continuidade da atenção durante a gestação e puerpério, sem que haja a peregrinação entre diferentes locais e municípios, depende, dentre outros fatores, da superação de possíveis dificuldades e lacunas de acesso relacionadas à localização geográfica dos serviços de saúde. Nessas condições, muitas mulheres vivendo com HIV podem abandonar os serviços e, devido à falta de reconhecimento da população adstrita, a APS não desenvolve busca ativa<sup>(11)</sup>.

A acessibilidade temporal refere-se ao tempo de espera para conseguir consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. No presente estudo, revelou-se a demora para agendar ou receber exames e cuidados e a insatisfação com o serviço de saúde, apontada pelas entrevistadas como dificuldades no elemento processual do atributo acessibilidade. O tempo de espera e a modalidade de agendamento para recebimento dos cuidados em dias específicos nem sempre

representam as melhores oportunidades de acesso para as usuárias<sup>(14)</sup>.

O acesso aos serviços de saúde é imprescindível para a qualidade da atenção à saúde das mulheres, porém um estudo realizado em todas as unidades federativas brasileiras aponta preocupações<sup>(16)</sup>. Algumas barreiras mostradas por mulheres foram: a dificuldade para o agendamento da consulta, para adequação de horário para o atendimento com os profissionais do serviço e a dificuldade de transporte<sup>(17)</sup>.

A organização dos atendimentos, que, muitas vezes, nega ou adia as consultas por causa da ausência de fichas de atendimento ou de profissionais da equipe, desvela a inexistência da porta aberta na RAS, principalmente na APS<sup>(11)</sup>. Nesse sentido, independente da condição sorológica ou do ciclo de vida da mulher, esses fatores representam entraves para o acompanhamento em saúde, pois quanto menor for o tempo para o acesso às ações, melhor será a satisfação das usuárias. Evidenciou-se que as mulheres vivendo com HIV utilizaram os serviços de saúde para consultas, investigação de novos problemas de saúde, acompanhamento de problemas preexistentes ou recebimento de serviços preventivos.

O teste anti-HIV consiste no primeiro degrau de resposta à epidemia. Muitas mulheres descobrem que estão vivendo com HIV durante a gestação, por orientação dos profissionais de saúde durante as consultas pré-natais<sup>(15)</sup>. Isso sinaliza a importância do rastreamento de doenças e, em caso de soropositividade, recomendações para evitar a transmissão vertical, tratamento com antirretrovirais e demais cuidados durante o parto, puerpério e com o filho exposto.

A proposição do SUS para o enfrentamento da epidemia do HIV foi de descentralização da atenção, o que ampliou a RAS e incluiu a APS como porta preferencial de entrada às pessoas vivendo com o vírus. Entretanto, os problemas estruturais enfrentados pela APS, dentre esses, o tempo de espera, a baixa cobertura de ESF, rotatividade dos profissionais e a utilização de frágeis tecnologias de cuidado às pessoas com HIV, fazem com que esses serviços desenvolvam atendimentos eventuais de distribuição

de insumos de prevenção, imunização, consulta ginecológica ou clínica<sup>(12)</sup>.

Na RAS, o encaminhamento dessas usuárias deve considerar a facilidade de acesso e a satisfação com a atenção recebida. Contudo, um estudo mostrou que gestantes com HIV são transferidas exclusivamente para os serviços especializados, muitas vezes, perdendo o vínculo com a APS. Isso revela a ausência de coordenação das ações e de um fluxo de transferência, bem como a imprescindibilidade de capacitação dos profissionais de saúde da APS para atender essa população<sup>(10)</sup>.

Quando se considera as populações vulneráveis, como é o caso de mulheres vivendo com HIV, as ações de saúde, muitas vezes, restringem-se à identificação de gestantes soropositivas, para que sejam adotadas medidas com o foco na prevenção da transmissão vertical. Isso implica na saúde das mulheres para além do período gravídico-puerperal, desencadeando o diagnóstico da infecção e o início precoce do tratamento<sup>(18)</sup>.

Para minimizar essa lacuna na assistência, indica-se a descentralização e atuação conjunta entre os serviços de APS e os serviços especializados, por meio da interconsulta e do sistema de transferência (referência e contrarreferência), para promover o cuidado compartilhado. Para a utilização dos serviços, são necessárias estratégias de comunicação intersetorial, decisão conjunta e corresponsabilização entre as equipes<sup>(19)</sup>. Da mesma forma, é necessário considerar a experiência e a percepção do usuário quanto ao serviço recomendado. Assim, caberá a ele decidir qual o local será o mais adequado para o acesso aos cuidados de saúde<sup>(12)</sup>. Acredita-se que, em algumas situações, isso contribua para o acesso ao serviço pela usuária.

A escolha e a predileção por determinado serviço de saúde representam um importante indicador de qualidade, pois reflete o grau de desempenho do serviço e de satisfação por parte de quem o acessa<sup>(9)</sup>. Além disso, devido aos profissionais de saúde representarem a rede secundária de apoio a essas mulheres, o acolhimento e o vínculo podem contribuir para essa escolha<sup>(12)</sup>.

Dessa forma, o SE precisa estimular e orientar a utilização da APS, visando o grau de integração como decisório para a garantia do acesso. Entende-se que a continuidade da utilização dos serviços pode ocorrer pela investigação de um problema novo ou acompanhamento de um antigo, em âmbito preventivo e/ou de tratamento<sup>(20)</sup>.

Reconhece-se a limitação da pesquisa efetuada com foco exclusivo nas usuárias, minimizada pela observação participante nos serviços.

Como contribuições da pesquisa, destaca-se que os componentes do acesso geográfico, temporal e psicossocial, quando analisados positivamente pelas usuárias, são relacionados à satisfação com o atendimento e, assim, refletem um vínculo com a fonte de cuidado, que será a sua fonte preferencial. Para manter a lógica das redes de atenção, será necessário desenvolver o trabalho em equipe, compartilhando responsabilidades entre os serviços, para dar continuidade a assistência.

## Considerações Finais

Independentemente das relações psicossociais estabelecidas, do tempo de espera para os cuidados e da localização geográfica dos serviços de saúde, o acesso das mulheres vivendo com HIV aos SE e a APS ocorrem por iniciativa da própria mulher. Em seguida, ela dá continuidade às ações de saúde no serviço que melhor acolheu e supriu suas necessidades, majoritariamente, no serviço especializado. Isso aponta um descompasso entre o vínculo das usuárias e a recomendação da política pública acerca da descentralização e territorialização.

Deve-se considerar a experiência das mulheres, a sua autonomia de escolha e o vínculo com os profissionais que desenvolvem o cuidado, para qualificar as ações em saúde e melhorar o acesso daquelas vivendo com HIV aos serviços de saúde. O vínculo e a resolutividade são dependentes de uma comunicação positiva entre os serviços e seus profissionais e destes com essas mulheres. Para possibilitar o estabelecimento de relações cooperativas, é primordial a capacitação dos profissionais de saúde no que

tange à qualificação da comunicação dentro e entre os serviços.

### Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Raquel Einloft Kleinubing, Tassiane Ferreira Langendorf, Stela Maris de Mello Padoin e Cristiane Cardoso de Paula;

2 – análise e interpretação dos dados: Raquel Einloft Kleinubing, Tassiane Ferreira Langendorf, Stela Maris de Mello Padoin e Cristiane Cardoso de Paula;

3 – redação e/ou revisão crítica: Raquel Einloft Kleinubing, Tassiane Ferreira Langendorf, Stela Maris de Mello Padoin e Cristiane Cardoso de Paula;

4 – aprovação da versão final: Raquel Einloft Kleinubing, Tassiane Ferreira Langendorf, Stela Maris de Mello Padoin e Cristiane Cardoso de Paula.

### Conflitos de interesse

Não há conflito de interesses.

### Agradecimentos

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) a possibilidade de realização da presente pesquisa.

### Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Progress towards the Start Free, Stay Free, AIDS Free: targets - 2020 report [Internet]. Geneva (CH); 2020 [cited 2022 Mar 20]. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2021\\_start-free-stay-free-aids-free-final-report-on-2020-targets\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_start-free-stay-free-aids-free-final-report-on-2020-targets_en.pdf)
2. Freitas CHSM, Forte FDS, Galvão MHR, Coelho AA, Roncalli AG, Dias SMF. Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(6):e00170918. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170918>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2022 Mar 20]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_integral\\_hiv\\_manual\\_multiprofissional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf)
4. Pinho AA, Cabral CS, Barbosa RM. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00057916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00057916>
5. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo APS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface*. 2018;22(65):387-98. DOI: [10.1590/1807-57622016.0633](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633)
6. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev Panam Salud Publica*. 2018;(42):e151. DOI: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
8. Loch AP, Nemes AIB, Santos MA, Alves AM, Melchior R, Basso CR, et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00047217. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00047217>
9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 20];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
10. Fialho CX, Prates LA, Oliveira G, Gomes NS, Escobal APL, Cardoso LS. The acting of nurse front relation to pregnant women living with HIV/Aids. *Res, Soc Dev*. 2020;9(7):e892974545. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4545>

11. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc.* 2015;24(3):765-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015127606>
12. Zambenedeth G, Silva RAN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estud Psicol.* 2015;20(4):229-40. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>
13. Sciarotta D, Melo EA, Damião JJ, Filgueiras SL, Gouvêa MV, Baptista JGB, et al. O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. *Interface.* 2021;25:e200878. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200878>
14. Fernandes NM, Hennington EA, Bernardes JS, Grinsztejn BG. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(4):e00053415. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00053415>
15. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):e20190154. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0154>
16. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(3):e00195815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
17. Galvão JR, Almeida PF, Santos AMD, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(12):e00004119. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
18. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(1):87-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>
19. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis.* 2016;26(2):455-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
20. Medeiros LB, Trigueiro DRSG, Silva DM, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;21(2):543-52. DOI: [10.1590/1413-81232015212.06102015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.06102015)

Recebido: 28 de julho de 2022

Aprovado: 13 de setembro de 2023

Publicado: 25 de outubro de 2023



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC)

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.: