

Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil

Universal access? Obstacles to access, continuity of treatment, and gender issues at a specialized HIV/AIDS clinic in Salvador, Bahia State, Brazil

Isadora Borges Nolasco Oliveira ¹

¹ Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

I. B. N. Oliveira
Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia.
Rua Comendador Gomes da Costa 39, Salvador, BA
40070-120, Brasil.
isadoraoliveira@hotmail.com

Abstract

Since 1996, Brazil has implemented internationally acknowledged policies such as universal access to specialized treatment for HIV/AIDS. However, the initiative's impact has been unequal if one compares different population segments and regions of the country. Taking a gender perspective, the current study seeks to evaluate access to a specialized HIV/AIDS service in Salvador, Bahia, identifying facilitating factors and obstacles to access and continuity of care, as experienced by women living with HIV/AIDS. Participant observation and semi-structured and open-ended interviews with 13 women were used. The findings indicate that the organization of routine work in the clinic and the relations between users and the service and the health staff were conditioned by values, concepts, and practices related to gender, class, and appearance. The access to (and continuity of) care in the HIV/AIDS Clinic in Salvador were gender-focused and conditioned on the availability of social and symbolic goods; the clinic showed a limited capacity to adjust to the users' specificities. The findings point to limitations in the operationalization of policies for universal access and reinforce the need for studies that consider the notion of vulnerability and regionalization of the epidemic in Brazil.

Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Services Accessibility; Continuity of Patient Care

Um dos principais avanços programáticos do Estado brasileiro no controle da epidemia de AIDS no país consistiu na garantia da oferta de assistência especializada para pessoas vivendo com HIV/AIDS a partir da década de 1990 ^{1,2,3}, mediante políticas conhecidas como de *acesso universal*. Indubitavelmente, a decisão teve impacto histórico sobre a epidemia no país ¹: entre 1996 e 1998, a taxa de mortalidade associada à AIDS no Brasil passou de 9,6, para 6,7; atingindo 6,0, em 2005 ⁴. Contudo, comparando homens e mulheres e diferentes regiões, observa-se a desigualdade deste impacto no país. Além da redução inicial da taxa de mortalidade ter sido proporcionalmente mais significativa entre os homens, desde 1999 a mortalidade feminina vem crescendo gradualmente ⁴.

Quanto às diferenças regionais, diversas epidemias acontecem simultaneamente no Brasil. De um lado, índices nacionais seguem tendências da Região Sudeste – onde estão a maior parte e os mais antigos casos de AIDS do país – e mostram uma importante tendência à estabilização ⁵. De outro, dados das demais regiões brasileiras nem sempre correspondem ao que acontece na Região Sudeste e apresentam variações ^{4,5}, seja pelo perfil do público atingido, seja pelas diferentes evoluções epidemiológicas ou impactos alcançados pela oferta pública de tratamento. Ademais, há de se considerar a capacidade diferenciada dos programas locais adequarem ações às especificidades dos usuá-

rios, provendo acesso e, diante da cronicidade da AIDS, viabilizando a continuidade do uso dos seus serviços e ações.

Bastos & Swarcwald⁶ atribuem diferenças no desenvolvimento de epidemias locais à noção de vulnerabilidade. Segundo eles, vulnerabilidade diz respeito a “*quaisquer ‘recortes’ que traduzam desigualdades com dimensão coletiva e que possam resultar em possibilidades diferenciadas quanto ao usufruto de bens e serviços tanto materiais (como habitação, alimentação adequada e tratamento médico) como simbólicos (...)*”⁶ (p. 66).

Partindo da noção de vulnerabilidade, alguns estudos^{6,7,8} hipotetizam a existência de distintas epidemias no Brasil: de um lado, pessoas que dispõem de recursos sociais, materiais e simbólicos para garantir acesso e continuidade do uso de serviços de saúde e adesão ao tratamento. De outro, outras com acesso limitado a tais recursos, o que pode incrementar ainda mais sua vulnerabilidade ao adoecimento associado à AIDS. Há dados que apontam a persistência das desigualdades, mesmo em países considerados desenvolvidos onde o tratamento é oferecido à população^{9,10,11}, como Canadá e alguns países europeus.

Acesso foi aqui referido como facilidade de uso dos serviços oferecidos por uma unidade de saúde^{12,13}. Resulta da interação de fatores relacionados aos serviços ou sistemas de saúde, com seus recursos e rotinas, e associados à sua capacidade de adequação às especificidades dos usuários^{12,14,15}. E continuidade do uso foi tratada como a inexistência de interrupção ao longo de uma determinada sucessão de cuidados vinculados entre si (Shortell, 1976, *apud* Donabedian¹²). Ressalta-se que, tanto acesso, quanto continuidade do uso ultrapassam a idéia de oferta de serviços e ações¹⁴ por uma unidade ou sistema de saúde, já que dispor de atendimento não implica, necessariamente, o seu uso efetivo¹⁶.

A literatura internacional cita obstáculos ao acesso à atenção em saúde vivenciados por pessoas vivendo com HIV/AIDS, entre eles: desigualdades sócio-econômicas^{11,17,18,19,20,21} disparidades étnicas e de gênero^{9,19,20,21,22}, disponibilidade de recursos sociais e financeiros^{18,20,21,23}, barreiras geográficas, diferenças culturais entre profissionais de saúde e usuários¹⁹, receio ou vivência real de estigma^{18,19,21,24}.

Estudos brasileiros sobre acesso em saúde apontam para a existência de obstáculos relacionados à disponibilidade de capital social²⁵ e financeiro, à distância geográfica entre residência e unidade de saúde^{22,26,27} e às relações travadas entre usuário e profissionais de saúde²⁷.

Alguns estudos^{19,20} associaram *acesso* à categoria analítica *gênero* e identificaram idéias e práticas sócio-culturais fundamentadas em diferenças percebidas entre os sexos²⁸ que, de outra forma, poderiam ser apreendidos apenas parcialmente ou naturalizados no cotidiano das unidades de saúde. A utilização da categoria *gênero*²⁸ nos estudos sobre acesso e continuidade do uso de serviços de saúde permite pensar criticamente: como concepções e práticas de gênero são social e culturalmente construídas, reconstruídas ou reforçadas nos processos e práticas cotidianas de atenção de serviço de saúde; como imbrincam-se com outros estereótipos e perpetuam ou influenciam desigualdades sociais^{28,29} (McCallum, 2005; comunicação pessoal); e como interferem no acesso e continuidade de uso dos serviços.

Numa perspectiva de gênero, alguns trabalhos apontam enclaves ao acesso a serviços de saúde por pessoas vivendo com HIV/AIDS, entre eles: baixa percepção de risco de usuários e profissionais de saúde reforçada pela idéia de grupos de risco^{30,31,32} conotação da AIDS como doença de um outro social^{33,34,35,36}; ocorrência de lógicas morais discriminatórias que tentam, por exemplo, separar bons e maus portadores do HIV³⁷, mulheres de família e mulheres de rua^{34,36,37}, e que implicam preocupação constante com a manutenção do *status* social de mulher fiel e honesta por mulheres vivendo com HIV/AIDS^{34,38}. Alguns trabalhos indicam que mulheres que vivenciam situações de risco explicitadas e não negligenciadas tendem ao diagnóstico precoce e maior sobrevida^{32,39}.

Ao diagnosticar questões de gênero no Programa Saúde da Família (PSF) em Recife, Pernambuco, Brasil, Schraiber²⁹ baseou-se em três pressupostos que manteriam, reforçariam ou reformulariam desigualdades de gênero: inexistência de técnica isenta de preconceitos no cotidiano do trabalho em saúde; intervenção técnica resultante da interação complexa entre conhecimento técnico-científico e conhecimento prático; e o caráter reflexivo deste trabalho e da autonomia decisória do profissional de saúde na dimensão técnica. Indicou que pressupostos sobre gênero e aparência dos usuários terminavam por guiar concepções e práticas cotidianas de trabalho em saúde. Ademais, identificou formas tradicionais de perceber atribuições femininas e masculinas; e a clássica imagem da usuária dos serviços de saúde: “(...) *mãe, esposa e dona de casa, cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços*”²⁹ (p. 51). Evidenciou relações hierárquicas de poder determinadas pelo capital cultural, social e econômico; diferenciais de acesso e utilização do programa pela população; dificuldades

dos profissionais em lidar com especificidades sociais, culturais e econômicas dos usuários; segmentação do atendimento; confusão entre relações profissionais e relacionamentos de caráter pessoal; visão dos profissionais de saúde sobre a população atendida permeada por estereótipos de classe e idéias de ignorância, passividade, preguiça e despreocupação.

Desde uma perspectiva de gênero ²⁸, este trabalho buscou avaliar o acesso a um serviço especializado em HIV/AIDS localizado em Salvador, Bahia, Brasil. Investigou fatores obstaculizadores ou facilitadores ao acesso e à continuidade de uso do serviço por mulheres vivendo com HIV/AIDS e observou como a instituição respondia a especificidades dos usuários e dificuldades vivenciadas pelos mesmos quanto ao acesso e, conseqüentemente, continuidade do uso do serviço.

Salvador e a epidemia de AIDS

Salvador é a capital do estado da Bahia. Possui quase três milhões de habitantes (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde 2007. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 05/Fev/2007), sujeitos à racialização das desigualdades sociais ⁴⁰; à desproporcionalidade entre riqueza e pobreza; e ao déficit no abastecimento de serviços públicos mínimos necessários.

O primeiro caso de AIDS em Salvador ocorreu em 1984. Até o início dos anos 1990, a epidemia local atingia majoritariamente pessoas com comportamento homossexual e usuários de droga injetável. A partir daí houve um crescimento intenso no número de casos que tinham relações heterossexuais como categoria de exposição (<http://www.datasus.gov.br>, acessado em 05/Fev/2007). Em 2001 ⁴¹, a soroprevalência da população geral para HIV era 0,55%; entre mulheres, 0,36%; e 0,8% entre homens. A maior seroprevalência (0,78%) foi verificada no grupo cuja renda familiar era inferior a dois salários mínimos.

Método

Foi realizado um estudo exploratório que envolveu observação participante nas dependências do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador e entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas com treze usuárias do serviço. As informantes eram adultas, residentes em Salvador e atendidas por médicos-infecetologistas no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

Ao abordar uma instituição ou grupo social, um pesquisador deve tentar perceber quais são

as regras e valores implícitos que norteiam os comportamentos, pesquisar e investigar o significado das práticas pesquisadas para os seus praticantes ⁴². Pressupôs-se que o uso da metodologia qualitativa e das técnicas de observação participante e entrevista permitiria à pesquisadora uma abordagem mais aprofundada de obstáculos e facilidades ao acesso e continuidade do uso do serviço, levando em consideração perspectivas de usuários e profissionais de saúde do serviço em questão.

À época do estudo, o Serviço de Atenção à AIDS de Salvador era uma das quatro unidades de saúde que ofereciam atendimento especializado a pessoas vivendo com HIV/AIDS em Salvador. Dispunha de ambulatório multiprofissional e Hospital Dia e atendia casos encaminhados de todo o estado e de outras unidades da capital. Era a única que atendia exclusivamente pessoas vivendo com HIV/AIDS, realizava consultas com hora marcada, e a que tinha as instalações mais bem conservadas.

Segundo profissionais de saúde do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, o serviço atendia, majoritariamente, pessoas negras, de baixa renda e escolaridade. Salvo exceções, o público de classe média e média-alta costumava ir ao serviço apenas para buscar a medicação ou para consultas no serviço de odontologia. Segundo os profissionais de saúde, este público costumava ser atendido por médicos em consultórios particulares e era formado por pessoas que geralmente não se sentiam à vontade no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, temiam ser reconhecidas e não se identificavam com os demais usuários. Já os profissionais de saúde do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador eram majoritariamente brancos e, tinham, minimamente, o segundo grau completo.

Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre julho e novembro de 2006. A observação participante aconteceu no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador: nos corredores e durante consultas no ambulatório multiprofissional e Hospital Dia; na recepção principal; na recepção ambulatorial e no centro de testagem anexo. Buscou conhecer a dinâmica do serviço e as relações travadas entre usuários, entre trabalhadores em saúde e de ambos os grupos entre si e; selecionar informantes para as entrevistas. Os dados foram registrados em diário de campo.

A técnica de observação participante permite ao pesquisador abordar comportamentos e relações humanas no contexto em que acontecem, possibilitando: "(...)'examinar' com todos os sen-

tidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto (...) o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade em que ocorrem os eventos"⁴² (p. 62) e a forma como se travam as relações entre os diferentes atores. No contexto do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, permitiu: observar como se estruturavam rotinas e práticas e como se travavam relações entre os agentes (usuários ou trabalhadores); como o serviço respondia às diferentes necessidades dos usuários quanto ao acesso e continuidade do uso.

A pesquisadora conheceu as informantes nos corredores do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, por intermédio de conversas informais e da indicação de outros usuários ou profissionais. A quase totalidade dos usuários de classe média e média-alta indicados ou abordados diretamente pela pesquisadora recusou até mesmo conversas informais. Segundo profissionais de saúde, este grupo de usuários teme revelar sua condição sorológica.

O emprego da entrevista qualitativa busca mapear e compreender as representações dos informantes sobre um determinado assunto. Tal método pode contribuir para o fornecimento de dados básicos para a compreensão das relações entre atores sociais e contextos sociais específicos⁴³.

As entrevistas foram propostas após estabelecimento de *rapport* entre pesquisadora e usuárias; foram gravadas e posteriormente transcritas. Os encontros ocorreram no centro de referência, na residência das usuárias e em locais públicos, respeitando a preferência de cada uma delas. Enfocaram: motivação e forma como aconteceu a testagem para HIV; resultado do teste; encaminhamento ao Serviço de Atenção à AIDS de Salvador; acolhimento e primeira consulta; percurso residência/Serviço de Atenção à AIDS de Salvador; fatores intervenientes no acesso e continuidade do uso do serviço; apoio social; percepções sobre a AIDS e diferenças entre usuários; vivência de discriminação e reações a ela. Aconteceram no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, em locais públicos e nas residências de algumas informantes, de acordo com a preferência e disponibilidade delas; e duraram cerca de uma hora.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à técnica de *Análise de Conteúdo*⁴⁴. A análise das entrevistas transcritas e do diário de campo foi feita linha-a-linha, seguindo a técnica de codificação aberta proposta por Bardin⁴⁴. Segundo esta técnica,

um sistema de códigos é criado indutivamente, considerando-se o conhecimento preexistente acerca do objeto e o conteúdo do material produzido ao longo do trabalho de campo. As categorias criadas foram: acolhimento no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador; tempo/distância entre residência e Serviço de Atenção à AIDS de Salvador; disponibilidade financeira; apoio social disponível; criação dos filhos; temor quanto a conseqüências da revelação diagnóstica a terceiros; vivência de discriminação e reação a ela; relações entre usuários; relações entre usuários e profissionais de saúde; percepções sobre procedimentos e rotinas do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador; percepções sobre o acesso ao Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

Em seguida, as respostas foram organizadas em conjuntos relativamente representativos. As categorias adotadas aí foram: fatores facilitadores e fatores obstaculizadores ao acesso e à continuidade do uso; respostas dos usuários frente a dificuldades de acesso e continuidade do uso; e respostas do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador frente a dificuldades de acesso e continuidade do uso do serviço.

Por fim, os dados das entrevistas e da observação participante foram triangulados, buscando identificar como concepções e práticas socialmente construídas e referidas a gênero interferiam no acesso e continuidade do uso do serviço pelas entrevistadas.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia. As participantes receberam informação verbal e escrita sobre o projeto e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Respeitando o anonimato, os nomes dos informantes e do serviço foram substituídos por outros, fictícios. A unidade que acolheu o estudo passou a ser designada Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

Resultados e discussão

Perfil das entrevistadas

As entrevistadas tinham entre 23 e 46 anos. Sua escolaridade variou do Ensino Fundamental ao Superior incompleto. Viviam com renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos (10); residiam em bairros afastados do centro da cidade (11) e em vizinhanças consideradas pobres ou muito pobres (12). A única com renda superior a dez salários mínimos vivia num bairro de classe média e levava 20 minutos em táxi no per-

curso residência-Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

Distância, tempo e gastos financeiros

Distância geográfica é um importante fator a ser considerado quando o tema é acesso à assistência em saúde ⁴⁵. Ao avaliar distância residência-serviço de saúde, Ramos & Lima ²⁷ consideram: a distância percorrida, o tempo gasto e o meio de transporte utilizado pelo usuário de um serviço de saúde.

Neste estudo, as entrevistadas queixaram-se da distância residência-Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, agravada por um sistema de transporte público urbano deficitário. As formas de deslocamento citadas foram: “a pé” (2), ônibus (10) e táxi (1). A grande parte (7) levava mais de uma hora nesse percurso, variando entre 30 minutos a pé e quase três horas de ônibus. As três com renda mais baixa afirmaram ter pensado em desistir do acompanhamento médico por não ter com quem deixar os filhos pequenos, pela distância, pelo tempo e gastos demandados para ir e voltar do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

“Pra mim fica ruim de vim pra cá. Preferia tar no [Hospital] Roberto Santos. Lá dá pra ir andando... anda muito mas dá” (Marisa).

“Em um mês, quanto que vai gastar? ... Mermo que falte as coisas dentro de casa, já tenho que deixar esse dinheiro certo já pra eu ir pro médico. Entendeu?” (Joseana).

Lima & Ramos ²⁸ ponderam que, apesar da relevância, a distância entre residência e serviço não é fator preponderante na escolha do local de atendimento pelos usuários. Tal eleição costuma ser feita em função de algumas condições, como: fatores culturais e sócio-econômicos, experiências prévias negativas em outros serviços e considerações do usuário quanto à qualidade, acolhimento e organização do serviço.

Assim, quatro das usuárias que levavam mais de uma hora para chegar ao serviço afirmaram que a qualidade do atendimento compensava o esforço. Janice preferia ser atendida no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, a três horas da sua residência, ainda que houvesse um outro ambulatório de referência a cerca de uma hora da mesma. Segundo ela, o Serviço de Atenção à AIDS de Salvador era “*muito mais limpo e organizado...*” que os outros dois ambulatórios existentes na cidade. Todavia, a impossibilidade de agendar consultas com diferentes especialidade em um mesmo dia, dificultava a continuidade do uso até mesmo destas usuárias:

“Eu procuro marcar um médico, dois. Se eu consigo marcar dois ou três num dia, eu marco. Mas às vezes é muito difícil... Que tá muito cheio

agora. ... Então tem que ficar o tempo inteiro vindo” (Janice).

Mas a dificuldade de acesso diante do fator distância e tempo gasto no serviço era vivido intensamente por usuárias mães de filhos pequenos, particularmente por aquelas que não dispunham de: apoio social para a criação dos mesmos; renda suficiente para pagar a alguém para cuidar deles; e que viviam em bairros periféricos e com alto índice de criminalidade. Em dois casos, a situação agravou-se com o abandono do companheiro após revelação diagnóstica.

“Porque eu também não consigo ficar de manhã até a tarde porque eu trabalho. Aí, chegou o horário de ir embora, tem que voltar pra casa pra eu trabalhar e tomém tomar conta dos meus filho” (Joseana).

Os dados produzidos corroboram achados de Kanyamurwa & Ampek ²³ que, ao realizarem um estudo em uma comunidade rural de Uganda atingida pela epidemia, indicaram a importância das redes de apoio social para a superação de dificuldades relacionadas à manutenção do lar vivenciadas por mulheres e homens vivendo com HIV/AIDS, como manutenção da renda e cuidados com os membros da família. Cabe considerar que, entre as mulheres entrevistadas, essa rede de apoio social incluía: outras pessoas vivendo com HIV/AIDS (atendidas no serviço ou não), profissionais de saúde ou familiares; e estendiam-se desde o cuidado domiciliar até a atenção dispensada aos seus filhos nos corredores do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador enquanto estavam em consulta, dinheiro emprestado para o transporte ou material de construção para erguer a moradia.

Porém, a pesquisa revelou diferenças na disponibilidade de apoio social baseadas em atributos de gênero: tanto por parte de outros usuários, como por parte do serviço e seus trabalhadores.

Discriminação entre usuários

Quanto à existência de lógicas morais discriminatórias baseadas em concepções de gênero, renda e aparência, chama atenção o fato de que estudos anteriores costumam centrar-se na relação profissional-usuário ^{18,19,29} ou no receio de usuários quanto à possibilidade de discriminação por terceiros ^{34,36,37}. No presente estudo, entretanto, foram evidenciados comportamentos discriminatórios reais entre usuários. Por diversas vezes, os alvos foram mulheres múltiplas que, pelos olhares de outros usuários, não dispunham de condições financeiras e/ou cognitivo-emocionais suficientes para cuidar adequadamente dos filhos, controlar a sexualidade e a reprodução. Foi o caso de Marisa e Viridiana.

Marisa tinha 27 anos, três filhos e esperava o quarto. Viviam em um bairro distante do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, em absoluta pobreza e carência de apoio social. Diante do constante choro de fome das três crianças, um usuário falou à pesquisadora: “*ela não pode colocar mais filho no mundo desse jeito*”. Uma usuária, fazendo um gesto de corte com um mão sobre a outra, referiu-se a uma espécie de esterilização compulsória “*para gente assim como ela*”.

“*Viridiana engravidou após uma relação sexual com um parceiro fortuito que desconhecia sua situação sorológica. Sem que ela soubesse, ele tirou o preservativo no momento da ejaculação. ...Disse que alguns usuários, ao saberem como ela havia ficado grávida, passaram a acusá-la... ‘coitado do rapaz... pode ter o HIV e a culpa é sua!’... Uma usuária comentou... ‘você viu que Viridiana tá grávida? Como é que uma pessoa nessas condições, com dois filhos, não se controla e faz uma coisa dessas com o rapaz?’*” (Diário de campo, julho/2006).

Para outras usuárias, como Olinda e Auxiliadora, a situação diferenciava-se. Apesar de sofrerem o estresse apontado por Knauth³⁶ diante do receio do julgamento por terceiros, sentiam-se (e de fato eram) apoiadas por profissionais do serviço e por outros usuários. Ambas decidiram não ter mais filhos e, para elas, “cuidar dos filhos” tinha função central na decisão de “fazer todo o possível” para dar continuidade ao cuidado consigo. Isso significava não faltar aos atendimentos e aderir ao tratamento.

“*Cansei de chegar aqui e não tinha nem dinheiro pra vim pro médico... as meninas [trabalhadoras do serviço] providenciavam; ‘Dr. Bruno [médico infectologista que a atendia], eu não venho porque não tenho dinheiro!’ ‘Arranje um transporte aí e venha que quando chegar aqui eu te dou’. Aí me dava o transporte de volta*” (Olinda).

Adequação entre serviços de saúde e especificidades dos usuários

Segundo Schraiber²⁹ (p. 51), no PSF de Recife, Pernambuco, a mulher desfruta da condição de “*usuária privilegiada*”: tanto por ser mais presente nos serviços, como por ser “*alvo preferencial de suas intervenções*”. A autora indica a persistência de relações de gênero em sua forma tradicional de perceber atribuições femininas e masculinas. Isso se repete no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

Sem intencionalidade aparente, o cotidiano do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador se revelou estruturar, de um lado, sobre uma indistinção entre saúde feminina e saúde reprodutiva

e materno-infantil; de outro, sobre concepções tradicionais do que significa ser mãe e “proteger bebês”.

A fim de “proteger bebês”, o serviço promovia a acessibilidade. Mulheres gestantes ou puérperas tinham preferência: eram encaminhadas ao ambulatório ao chegarem no serviço. Segundo uma enfermeira, esta rotina objetivava “proteger os bebês” da transmissão vertical do HIV.

A concentração do atendimento delas em um turno semanal possibilitou maior assiduidade e compartilhamento de experiências: costumavam manter diálogos animados entre si e com os trabalhadores. Geralmente as mais caladas tinham descoberto a soropositividade recentemente; ou não compartilhavam daquele clima “maternal” e “simpático” que permeava a sala de espera naqueles dias. Eram chamadas de “mãe” pelos funcionários e isto só parecia incomodar algumas:

“*Viridiana... não aceitava a gravidez... Contou-lhes sobre sua intenção de realizar um aborto, ... foi imediatamente reprovada pelas profissionais: um aborto ilegal poderia ser perigoso, particularmente diante do seu estado anêmico. Diante do receio de deixar os outros filhos órfãos (...) muito triste e preocupada com a situação financeira e o julgamento moral por terceiros, Viridiana decidiu dar continuidade à gestação. Mas (...) não se sente bem quando a chamam de ‘mãe’ no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador porque não se sente mãe da criança que vai nascer e não pode fazer nada contra isso*” (Diário de campo, agosto/2006).

Apesar da boa intenção, concentrar os atendimentos a gestantes em um turno semanal limitou o acesso das que enfrentavam obstáculos para ir ao Serviço de Atenção à AIDS de Salvador naquele horário ou não podiam esperar pela consulta.

“*Encontrei Marisa e seus três filhos no corredor. Ela aproveitou que estava no centro da cidade e foi ‘tentar falar’ com a médica (...) porque nunca podia ir ao serviço às quintas pela manhã [os meninos perdiam aula] e não tinha dinheiro (...) para ir outro dia. A auxiliar de enfermagem (...) disse-lhe que a ginecologista não estava ali e que ela só atendia gestantes nas quintas pela manhã. Apesar de haver outra ginecologista (...) Marisa teria que voltar na quinta. (...) Mas ela não voltou porque não tinha tempo, dinheiro (...) nem onde deixar os filhos*” (Diário de campo, novembro/2006).

Diante da estrutura de atendimento do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador, não corresponder a um modelo ideal de usuário (que se dedica ao tratamento e cumpre todas as prescrições médicas) e de “boa mãe dedicada aos filhos”

constituía-se obstáculo à continuidade do uso do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador por dois motivos: falta de preparo estrutural e humano do serviço de saúde para lidar com isso; e discriminação por outros usuários. Isso corresponde à discussão sobre o desencontro entre demandas dos usuários e ações disponibilizadas pelos serviços de saúde¹⁷.

Desigualdades no acesso à atenção em saúde relacionam-se a fatores sócio-culturais, como classe ou estrato social²⁵, gênero²⁹ e cor que interferem na organização dos sistemas e serviços de saúde, e na forma como são travadas relações entre usuários e trabalhadores nas unidades de saúde²⁹. Em nível institucional, o acesso a um serviço de saúde é influenciado por fatores relacionados às diferenças existentes entre os usuários e o julgamento sobre eles²⁹.

Respostas do serviço de saúde e acessibilidade

A acessibilidade de um serviço de saúde é uma função direta entre as características dos usuários e a capacidade do serviço em se adequar a elas^{12,13,15,16}, facilitando a chegada do usuário e, no caso de uma doença crônica como a AIDS, a continuidade do uso. Alguns profissionais preocupavam-se com o acompanhamento de usuários com dificuldades quanto à continuidade do uso do serviço. No entanto, tais iniciativas confrontavam-se com a sobrecarga de trabalho e com o dissenso existente na equipe multidisciplinar acerca da pertinência ou importância da adequação do serviço.

Se de um lado o Serviço de Atenção à AIDS de Salvador dispunha de recursos materiais e profissionais, ambiente acolhedor e atendimento multiprofissional com hora marcada; de outro, não existiam rotinas a serem seguidas diante da descontinuidade do uso ou dificuldades de acesso por alguns usuários.

Pode-se dizer que as ações do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador estavam disponíveis àqueles que dispunham de recursos para dar continuidade ao atendimento. Assim, de um lado, é possível afirmar que usuáries que dispunham desses tipos de recursos tendiam a ser consideradas mais responsáveis por outros usuários e profissionais de saúde e a sofrer menos discriminação.

Todavia, viver longe do serviço; dispor de recursos sociais, financeiros, cognitivo-emocionais limitados; e não compartilhar com terceiros a criação e sustento dos filhos constituíam fatores dificultadores potencialmente sinérgicos do acesso e da continuidade do uso do serviço. Isso significava incrementar ainda mais a situação de

vulnerabilidade de grupos ou indivíduos que já vivenciavam situações de alta vulnerabilidade.

Diante de tantos obstáculos, Marisa já havia abandonado o acompanhamento durante a gestação anterior e ameaçava abandoná-lo outra vez. Marina, grávida e vítima de violência doméstica, freqüentava repetidamente o Hospital Dia, queixando-se da pressão alta e “palpitação”, sem que o serviço dedicasse qualquer tipo de atenção específica para vítimas de violência. No cerne desta rotina estava também a invisibilidade de moradores de rua, usuários de drogas, adolescentes, homens heterossexuais, jovens homossexuais e pessoas que experimentavam limitações cognitivo-emocionais diante da necessidade de enfrentamento da infecção ou adoecimento.

Tudo isto concorda com estudos anteriores^{6,7,8,9,10,11} sobre a construção social de diferentes epidemias e condições de acesso à assistência, mediadas pela disponibilidade de recursos sociais e simbólicos.

Conclusão

O acesso a serviços de saúde resulta da interação complexa de fatores individuais, sociais e organizacionais^{12,14,16,20,21,24,27}. Evidências trazidas pelo presente estudo reforçam esse dado ao indicarem que oferecer atendimento no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador não garante necessariamente o acesso dos usuários à assistência.

É verdade que determinados grupos de usuários tinham acesso facilitado às ações do serviço, contudo o Serviço de Atenção à AIDS de Salvador apresentava limitada capacidade de adequação diante de especificidades de alguns grupos de usuários. Pode-se dizer que o serviço preconizava a oferta, mas não garantia o acesso universal à assistência. Na perspectiva de acesso e da idéia de acesso universal à assistência que emerge a questão sobre o que os diferentes grupos de usuários precisam para além da oferta da terapia anti-retroviral.

Ao centrar esforços para garantir a oferta de tratamento medicamentoso e acompanhamento em serviços especializados de saúde, políticas de acesso universal sustentadas pelo Estado brasileiro arriscam ser operacionalizadas segundo o princípio de que existem corpos biológicos infectados por HIV e que a função do programa seria impedir o seu adoecimento. Nessa lógica, usuários do sistema deixam de ser vistos enquanto sujeitos sociais, portadores de necessidades específicas, e a operacionalização das políticas voltadas para pessoas que vivem com HIV/AIDS termina não sendo organizada ou equipada de modo a se adequar a isso.

Os achados deste trabalho apontaram para a necessidade de se conhecer melhor usuários e fatores que interferem na continuidade do uso do serviço. Além disso, reforçam questionamentos sobre como vem se dando o acesso de pessoas que vivem com HIV/AIDS à atenção em saúde por diferentes grupos de usuários; em que medida os serviços de saúde especializados são capazes de se adequar à diversidade existente entre eles. Ainda que o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN DST/AIDS) venha investindo esforços neste sentido, como as avaliações associadas ao Programa Qualiaids⁴⁷, por exemplo, supõe-se que muitas iniciativas esbarram em práticas e concepções de profissionais de saúde treinados para observar corpos doentes, ao invés de pessoas com necessidades específicas.

Um exemplo é o que acontece com usuários masculinos. Apesar de não terem sido abordados

formalmente neste estudo, foi evidente a sua invisibilidade no serviço ao mesmo tempo em que eram constantes os relatos de usuárias quanto à resistência de parceiros em fazer a testagem ou ir às consultas no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador.

Assim, os achados deste estudo reforçam ainda mais a idéia de que a operacionalização de políticas de acesso universal à assistência em AIDS no Brasil demanda monitoramento regionalizado que busque: identificar diferenças no acesso (e do não-acesso) e da continuidade (ou interrupção) do uso de serviço de saúde; adequar a assistência em AIDS às especificidades dos usuários; e projetar ações voltadas à diminuição dos níveis de vulnerabilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS ao adoecimento e morte em decorrência da AIDS.

Resumo

Desde 1996, o Brasil mantém políticas internacionalmente conhecidas como de acesso universal ao tratamento especializado em HIV/AIDS. Observa-se, que o impacto da iniciativa tem sido desigual entre diferentes populações e regiões brasileiras. Desde uma perspectiva de gênero, o estudo buscou avaliar o acesso a um serviço especializado em HIV/AIDS localizado em Salvador, Bahia, identificando fatores facilitadores e obstaculizadores ao acesso e continuidade do uso vivenciados por mulheres vivendo com HIV/AIDS. Foram realizadas observação participante e entrevistas semi e não estruturadas com 13 usuárias. Resultados indicaram que a organização das rotinas do serviço e as relações travadas entre usuários e entre eles e trabalhadores em saúde condicionavam-se por valores, concepções e práticas associados a gênero, classe e aparência. O acesso e continuidade do uso no Serviço de Atenção à AIDS de Salvador eram condicionados à disponibilidade de bens sociais e simbólicos; o serviço apresentava capacidade limitada de adequação às especificidades dos usuários. Os achados apontam para limitações da operacionalização das políticas de acesso universal; e reforçam a necessidade de estudos que considerem a noção de vulnerabilidade e regionalização da epidemia no Brasil.

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Acesso aos Serviços de Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente

Agradecimentos

A Cecilia Anne McCallum, pela orientação durante o mestrado, cuja dissertação deu origem a este artigo; ao 12º Programa de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, que concedeu orientação e financiamento para a realização desta pesquisa; a Estela M. L. Aquino, Regina Barbosa, Jorge Iriart, Francisco Inácio Bastos, Lígia Vieira da Silva, pelas relevantes sugestões ao longo do processo; aos professores e demais funcionários do Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, pelo constante apoio; e, especialmente, às mulheres entrevistadas e profissionais consultados durante a investigação.

Referências

1. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/São Paulo: Editora 34; 2000.
2. Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360:1862-5.
3. Brasil. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União* 1996; 14 nov.
4. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2006; III(1).
5. Dias PRTP, Nobre FE. Análise dos padrões de difusão espacial dos casos de AIDS por estados brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1173-87.
6. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 Suppl 1:S65-76.
7. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.
8. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003. p. 117-40.
9. Cock KM, Fleming PL, Karon JM, Steketee RW. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. *Am J Public Health* 2001; 91:1060-8.
10. Montaner JS, Tyndall MW, Wood E, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Hogg RS. Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2003; 188:1164-70.
11. Del Amo J, Bröring G, Fenton K. HIV health experiences among migrant Africans in Europe: how are we doing? *AIDS* 2003; 17:2261-3.
12. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
13. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
15. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
16. Acurcio FA, Guimaraes MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública* 1996; 12:233-42.
17. Andersen RM, Bozzette SA, Crystal S, Katz MH, Kuromiya K, Morton SC, et al. The impact of competing subsistence needs and barriers on access to medical care for persons with Human Immunodeficiency Virus receiving care in the United States. *Med Care* 1999; 37:1270-81.
18. Cunningham WE, Currier J, Solorio MR. HIV health care services for Mexican migrants. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 37 Suppl 4:S240-51.
19. Napravnik S, Royce R, Walter E, Lim W. HIV-1 infected women and prenatal care utilization: barriers and facilitators. *AIDS Patient Care STDS* 2000; 14:411-20.
20. Auerbach SB, Biber CL, Jaker MA, Kloser P, Rhoads CG. A study of sex differences in presentation for care of HIV. *AIDS Patient Care STDS* 1999; 13:103-10.
21. Krawzyk C, Funkhouser E, Kilby JM, Vermund SH. Delayed access to HIV diagnosis and care: special concerns for the southern States. *AIDS Care* 2006; 35:35-44.
22. Augé APF, Junqueira LAP. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cad FUNDAP* 1996; 19:60-78.
23. Kanyamurwa JM, Ampek GT. Gender differentiation in community responses to AIDS in rural Uganda. *AIDS Care* 2007; 19 Suppl 1:S64-72.
24. Mshana GH, Wamoyi J, Busza J, Zaba B, Changalucha J, Kaluvya S, et al. Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program. *AIDS Patient Care STDS* 2006; 20:649-51.
25. Costa MCN, Paim JS, Silva LMV. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:187-97.
26. Junqueira CB, Rosenburg CP, Unglert CVS. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:439-46.
27. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
28. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação e Realidade* 1995; 20:71-99.
29. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.
30. Barbosa RM, Villela W. A trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. História Social da AIDS. v. 7. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996. p. 17-32.
31. Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. História Social da AIDS. v. 7. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
32. Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 Suppl 4:S24-31.

33. Knauth DR. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Revista Estudos Feministas* 1997; 2:291-301.
34. Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 121-36.
35. Bastos C. *Ciência, poder e ação: as respostas à SIDA*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais de Lisboa; 2002.
36. Knauth DR. Maternidade sob o signo da AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas. In: Costa AO, organizador. *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: Editora 34; 1997. p. 40-64
37. Knauth DR. Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 183-98.
38. Alves RN, Kóvacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 Suppl 4:32-9.
39. Guimarães CD. "Mas eu conheço ele": um método de prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. História social da AIDS*. v. 7. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996. p. 169-79.
40. McCallum CA. Racialized bodies, naturalized classes: moving through the city of Salvador da Bahia. *Am Ethnol* 2005; 32:100-17.
41. Dourado I, Milroy CA, Mello MAG, Ferraro GA, Castro-Lima Filho H, Guimarães ML, et al. HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:25-32.
42. Hassen MNA, Knauth DR, Vítora CG, organizadores. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
43. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
44. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
45. Junqueira CB, Rosenburg CP, Unglert CVS. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:439-46.
46. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S310-21.

Recebido em 19/Dez/2007

Versão final reapresentada em 17/Jun/2008

Aprovado em 09/Jul/2008