



**CURSO DE MEDICINA**

**MATHEUS BORGES MACHADO**

**AS DIFICULDADES NO CUIDADO INTEGRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV  
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**SALVADOR - BA**

**2023**

**MATHEUS BORGES MACHADO**

**AS DIFICULDADES NO CUIDADO INTEGRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV  
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

**Orientador(a):** Profa. Dra. Sara dos Santos Rocha

**SALVADOR**

**2023**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus e os Orixás por ter chegado até aqui. A meu pai Ogum, quem esteve comigo nos momentos mais difíceis da minha vida, minha gratidão. Que a sua espada continue estando à frente das minhas batalhas, sempre.

A meus pais, muito obrigado. À minha mãe, Tatiany, por ser a minha maior apoiadora nesse sonho, saiba que me inspiro muito na sua caminhada e na sua força. Ao meu pai, Elvio, obrigado por ser, desde pequeno, para mim, um exemplo de trabalho e dedicação. Tenho certeza que vou fazer valer o esforço de vocês. À minhas avós, à minha dinda e demais familiares, cada um de vocês me ajudaram de alguma forma a construir esse trabalho. Obrigado pelo apoio.

Agradeço também a uma pessoa muito especial, que esteve comigo durante esse processo. A você, Fernanda, minha gratidão pelo apoio e companheirismo.

Aos meus amigos de curso, somente nós sabemos o que passamos, sempre juntos e segurando um a mão do outro. Muito obrigado pela amizade de vocês. Um agradecimento especial aos Reais Sanctvs que acompanharam a minha caminhada mais de perto: Amanda, Marina, João, Luisa, Ian e Helena. Espero que possamos levar essa parceria por muitos anos.

Às minhas orientadoras Sara e Thaís, gratidão. O direcionamento de vocês foi mais do que crucial.

E não menos importante, agradeço a mim mesmo, Matheus. Por ter superado os momentos difíceis, por ter se levantado e ido à luta mesmo quando tudo parecia tão distante. Que você, caro amigo, nunca perca de vista os seus sonhos e objetivos novamente. A caminhada não é fácil, e é preciso ter muita fé e coragem para seguir. E eu sei que você irá conseguir.

Com carinho,

Matheus.

## RESUMO

**Introdução:** O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus transmitido através do contato sexual, responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), condição clínica associada à depressão do Sistema Imunológico do hospedeiro. Com a eclosão da pandemia de COVID-19, decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2020, surgiram desafios globais no cuidado integral a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS), revelando um contexto impactante nos âmbitos socioeconômico e sanitário que afetaram diretamente essa população. **Objetivo:** O presente trabalho objetiva descrever as dificuldades desencadeadas pela pandemia de COVID-19 no cuidado de PVHIV, de acordo com a visão dos profissionais da assistência e dos usuários em um serviço de saúde de Salvador-BA, no ano de 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, realizado com 10 profissionais de saúde e 10 pacientes através de entrevistas semiestruturadas, com posterior análise de conteúdo. **Resultados:** Verificou-se que o medo da exposição à COVID-19 norteou a maioria dos desafios enfrentados pelas PVHIV durante a pandemia, aliado à questão socioeconômica agravada pelo contexto vigente. **Conclusão:** Apesar das dificuldades relatadas, concluiu-se que as readequações nas ações em saúde diminuíram os impactos causados pelo período, revelando a eficiência da gestão de saúde local.

**Palavras-chave:** HIV. COVID-19. Continuidade da assistência ao paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** The human immunodeficiency virus (HIV) is a retrovirus transmitted through sexual contact, responsible for the Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), clinical condition associated with depression of the host's immunological system. With the COVID-19 pandemic outbreak, declared by the World Health Organization (WHO) in March 2020, new global challenges on the integral care of People Living with HIV/AIDS (PLHIV) rose, revealing a challenging context of serious socioeconomic and sanitary impacts that affected this population directly. **Objective:** The present study aims to describe the difficulties brought by the COVID-19 pandemic to the health care for people living with HIV, through the vision of both health care professionals and patients in 2020, in a specialized unit in Salvador-Ba. **Methods:** this is a descriptive-exploratory study of qualitative nature in which 10 health care professionals and 10 patients were interviewed in a semi-structured manner with a posterior step of content analysis. **Results:** it was observed that the fear of the exposition to COVID-19 was the pivotal point of the challenges faced by PLHIV during the pandemic, tied to the socioeconomical vulnerabilities aggravated by the context at that time. **Conclusion:** despite the reported hardships, it was confirmed that the readequations of the health related measures reduced the impacts caused by the period, revealing the efficiency of the local health management.

**Keywords:** HIV. COVID-19. Continuity of Patient Care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVO</b>	<b>8</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>9</b>
<b>4. MÉTODOS</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Desenho do estudo</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Local e período do estudo</b>	<b>15</b>
<b>4.3 População e amostra</b>	<b>15</b>
<b>4.4 Variáveis</b>	<b>16</b>
<b>4.5 Análise de dados</b>	<b>17</b>
<b>4.6 Aspectos éticos</b>	<b>17</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>19</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus da subfamília dos *Lentiviridae* que infecta o sistema imunológico do hospedeiro – responsável pela defesa do organismo contra potenciais invasores – tendo como principal alvo os Linfócitos T CD4. O retrovírus é transmitido, principalmente, através do sexo desprotegido (oral, vaginal e anal), além de outros meios como transfusão de sangue contaminado, transmissão vertical (mãe-bebê) e compartilhamento de seringas e outros materiais perfurocortantes<sup>1</sup>.

De modo oposto ao que pode ser propagado, o HIV não é sinônimo da AIDS. Essa última, por sua vez, é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês, AIDS), condição causada pela extrema depressão do sistema imunológico devido à presença não controlada do vírus no organismo. Essa deficiência é evidenciada clinicamente pela queda dos níveis de CD4 no sangue, viabilizando o surgimento de infecções oportunistas potencialmente letais ao organismo humano enfraquecido<sup>2</sup>. Por esse motivo, o HIV é uma doença de grande relevância para a saúde pública, tendo em vista o seu alto potencial de transmissão e as possíveis complicações desenvolvidas a partir do surgimento da AIDS, elevando, dessa forma, o custo do cuidado a esses pacientes no Sistema Único de Saúde.

Em março de 2020, concomitante à permanência do cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a pandemia de COVID-19, uma doença infectocontagiosa causada pelo Sars-Cov-2 – do inglês *Síndrome respiratória aguda grave associada ao Coronavírus 2*<sup>3,4</sup>. O vírus, da família *Coronaviridae*, foi o responsável pelo grande surto da doença que se originou em Wuhan, na China<sup>5</sup>, e logo se espalhou pelo continente asiático, tomando rapidamente proporções globais. A infecção respiratória aguda é transmitida, principalmente, por contato direto (gotículas e secreções respiratórias) e tem como sintomas mais comuns febre, dor de garganta, fadiga, tosse e dispneia<sup>4,5</sup>. Segundo a OMS, mais de 520 milhões de casos foram confirmados no mundo todo, chegando a mais de 6 milhões de mortes<sup>6</sup>. No Brasil, o primeiro caso confirmado foi em São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Desde então, no país, mais de 31 milhões de casos foram confirmados e outros 660 mil foram a óbito<sup>7</sup>.

Como era esperado, os mecanismos de cuidado voltados às PVHIV foram comprometidos substancialmente pelo fenômeno em questão. As medidas restritivas adotadas durante o período - como distanciamento social, lockdown – bem como o grande número de internamentos e óbitos sobrecarregaram os sistemas de saúde em diversos países, inclusive o Brasil, prejudicando a continuidade dos cuidados a essa população. Nesse período, dificultadores apresentaram-se para o cuidado de PVHIV, como o desvio de recursos visando atenção prioritária à pandemia, com cancelamento de serviços não essenciais; a dificuldade de adesão à terapia antirretroviral (TARV) por déficit no abastecimento e a insuficiência dos meios de locomoção e transporte público devido às medidas de contenção do vírus<sup>8-12</sup>.

Dessa forma, são notáveis as dificuldades vivenciadas por Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, fundamentadas não somente nas fragilidades inerentes à doença, mas também nos desafios enfrentados na retenção do cuidado a essa população durante a pandemia de COVID-19, evidenciando um contexto desafiador que revela a importância do acompanhamento da progressão da doença e a prevenção da AIDS.

Tendo como parâmetro a escassez de estudos relacionados aos impactos da pandemia de COVID-19 na continuidade dos cuidados em saúde a esse público, torna-se relevante rastrear e descrever os empecilhos existentes na situação vivenciada por PVHIV no Sistema Único de Saúde brasileiro nesse período.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 Geral**

Descrever as dificuldades desencadeadas pela pandemia de COVID-19 no cuidado de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, de acordo com a visão dos profissionais da assistência e dos usuários em um serviço de saúde de Salvador-BA, no ano de 2020.



### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Abordagem histórica do cuidado**

Historicamente, o Brasil se destacou, no contexto global de combate à epidemia de HIV/AIDS, por três principais ações: (I) a oferta universal e gratuita de terapia antirretroviral (TARV) para todos os usuários do SUS (Lei 9.313, 1996); (II) o licenciamento compulsório das patentes de medicamentos antirretrovirais, em 2007; e (III) as medidas de prevenção adotadas nas últimas décadas, como a massificação das testagens no SUS. O dinamismo associado a essas ações e a descentralização progressiva do cuidado permitiram um maior controle da epidemia de HIV, que logo apresentou um perfil estabilizado no país<sup>13</sup>.

Nesse cenário, a Política Nacional de DST/AIDS surge, em 1999, no Brasil, com o objetivo de sistematizar diretrizes e objetivos das ações em saúde – no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde – em um contexto de epidemia vivenciado, tendo como base os três princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade<sup>14</sup>. No início dessa epidemia, o modelo de atenção voltado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) era centrado em serviços especializados, como o Serviço de Atenção Especializada (SAE). Porém, com o passar dos anos e o avanço dos cuidados a essa população, a infecção por HIV foi assumindo características de doenças crônicas, levando à adoção, por parte dos municípios, de modelos envolvendo mais de um nível de atenção e passando a contar com participação importante da Atenção Básica<sup>2</sup>, figurando, logo mais, como um programa de referência mundial<sup>15</sup>.

#### **3.2 Cenário atual do cuidado**

No presente, são reconhecidos alguns eixos dos cuidados em saúde para PVHIV, sendo eles: avaliação clínica, acompanhamento laboratorial e adesão à TARV<sup>9</sup>. Em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) definiu as

metas 90-90-90, esperando que, até o ano de 2020: 90% das PVHIV soubessem do seu diagnóstico, 90% das PVHIV diagnosticadas recebessem terapia antirretroviral e 90% das PVHIV alcançassem a supressão viral<sup>16</sup>.

Com a eclosão da pandemia de COVID-19, todavia, os eixos de cuidado em questão foram substancialmente comprometidos em todo o mundo, evidenciando dificuldades encontradas na continuidade dos cuidados em saúde em diversos países. Dentre os obstáculos encontrados, destacaram-se: o transporte/deslocamento deficitário e a dificuldade de acesso aos testes de triagem – devido às medidas restritivas de combate à pandemia (isolamento social, lockdown etc.)<sup>9,10,12</sup>; o desvio de recursos e material humano – priorizando a otimização dos cuidados da COVID-19 em detrimento de outras doenças, como o HIV<sup>8-12,17</sup>; bem como a dificuldade de aderência à TARV por desabastecimento<sup>9,10,12</sup>.

Foram ainda observados fatores complicadores relacionados ao âmbito psicossocial, os quais influenciaram direta ou indiretamente na continuidade dos cuidados em saúde durante o período. O medo de ir aos serviços de saúde, por exemplo, pela exposição ao Sars-Cov-2, constituiu um dificultador importante durante a pandemia. Além do que, nesse período, muitas pessoas desenvolveram ou agravaram quadros depressivos relacionados ao contexto social, como o elevado índice de desemprego e insegurança alimentar<sup>8-10,12,17</sup>, o que, não raramente, prejudica a adesão ao tratamento medicamentoso<sup>8,9</sup>.

Seguindo essa tendência, no Brasil, a continuidade dos cuidados no Sistema Único de Saúde foi impactada em diferentes níveis de atenção<sup>18</sup>, não somente pelo grande número de hospitalizações, mas também pelo distanciamento social, isolamento e lockdown adotados em vários municípios<sup>17,19</sup>. Tais medidas, apesar disso, se revelaram extremamente necessárias, sobretudo quando se considera a maior susceptibilidade das PVHIV a desenvolverem complicações relacionadas à COVID-19, em razão da imunodeficiência<sup>20-22</sup>. Sendo assim, devido à doença, foi inevitável o cancelamento de atendimentos médicos, cirurgias e outros procedimentos eletivos envolvendo essa população, configurando desafios importantes no acesso aos serviços de saúde e na manutenção do cuidado. Pacientes idosos, pessoas com necessidades especiais e com condições crônicas no geral – incluindo o HIV – foram afetados em maior escala, uma vez que necessitam de acompanhamento continuado da condição de saúde<sup>17,19</sup>.

### 3.3 Rede de Atenção à Saúde e níveis de atenção à saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010)<sup>23</sup>.

Os níveis de atenção à saúde, por conseguinte, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (Atenção Primária à Saúde), ao de densidade tecnológica intermediária – atenção secundária à saúde – até o de maior densidade tecnológica – atenção terciária à saúde (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010)<sup>23</sup>.

Seguindo essa lógica, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 483 (2014), preconiza a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas – que inclui PVHIV – pelos seguintes componentes: (I) Atenção Básica, (II) Atenção Especializada (ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência), (III) Sistemas de Apoio, (IV) Sistemas Logísticos, (V) Regulação e (VI) Governança<sup>24</sup>.

O fluxo de atendimento e acolhimento às PVHIV no SUS é pautado, em sua maior parte, nos níveis primário e secundário de atenção em saúde, sendo o nível terciário reservado apenas às complicações decorrentes da doença que exigem maior complexidade do manejo<sup>25,26</sup>. Inicialmente, é esperado que as atividades informativo-educativas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica despertem a população para a realização do teste anti-HIV. A partir da suspeita da doença, sendo feito o diagnóstico no primeiro contato, os usuários que deram entrada na Unidade Básica de Saúde são encaminhados aos serviços especializados disponíveis no SUS, onde se dá a continuidade do tratamento de forma conjunta e integrada ao nível primário de atenção<sup>25</sup>.

Sendo assim, a Atenção Básica é a porta de entrada prioritária no SUS e atua como verdadeira coordenadora do cuidado<sup>24</sup>. Os serviços desse nível envolvendo

PVHIV/AIDS devem ser estruturados para favorecer o acolhimento, diagnóstico precoce e assistência. Para isso, as competências designadas à equipe de Atenção Básica incluem: a estratificação de risco da infecção pelo HIV, a identificação do conjunto de sinais e sintomas que sugerem a infecção pelo vírus e o aconselhamento para a testagem anti-HIV. As ações devem ainda incluir atividades educativas de promoção à saúde e prevenção, aconselhamento para adesão à terapia e recomendações da assistência, além do encaminhamento para os serviços de referência onde se dará a continuidade do cuidado<sup>25</sup>.

A Atenção Especializada, por sua vez, complementa os serviços da Atenção Básica, constituindo um conjunto de pontos de atenção com diferentes níveis tecnológicos de serviços ambulatoriais, hospitalares, de urgência e emergência. O subcomponente ambulatorial, mais importante no cuidado a PVHIV, presta assistência eletiva à população adstrita que se enquadra no critério de encaminhamento a esse nível de atenção, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde<sup>24</sup>. Nesse tipo de serviço, a continuidade do cuidado a PVHIV se dá por meio de consultas periódicas, com monitoramento laboratorial da infecção por meio da contagem de Linfócitos T CD4<sup>+</sup> (LT-CD4<sup>+</sup>) e carga viral (CV-HIV), além da prescrição e aconselhamento da TARV. O rastreamento de possíveis outras infecções oportunistas, a realização de exames complementares e aconselhamento quanto às imunizações também são ações que envolvem o cuidado a PVHIV nesse âmbito da saúde<sup>26</sup>.

Em Salvador, a estruturação da RAS envolvendo PVHIV conta com participação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – no nível primário de atenção – além dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços Municipais de Assistência Especializada (SAE, SEMAE) e o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico e Pesquisa (CEDAP) – no nível secundário. Esses serviços atuam de forma coordenada fornecendo prevenção, aconselhamento e tratamento para o HIV/AIDS<sup>27,28</sup>.

### **3.4 Adequações na RAS durante a pandemia**

No cenário caótico de pandemia, adequações precisaram ser feitas tanto na Atenção Primária em Saúde (APS) quanto na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), com o objetivo de garantir a assistência continuada e diminuir os prejuízos à saúde das pessoas com doenças crônicas, incluindo PVHIV. Foram necessários, para tanto, ajustes planejados nas agendas, rotinas, protocolos e espaços físicos para atender de maneira segura a população alvo<sup>22,29</sup>.

No âmbito da atenção primária, no início da pandemia, foram relatadas a interrupção das atividades e atendimentos eletivos. Dificuldades se apresentaram no manejo e na gestão das unidades de saúde, principalmente no que tange à organização da demanda dos usuários diante da necessidade de diminuição do fluxo de atendimento presencial<sup>30</sup>. Nesse cenário de isolamento social, um estudo realizado em Florianópolis-SC envolvendo profissionais e gestores de saúde da APS mostrou que o monitoramento da situação de saúde de PVHIV foi facilitado por instrumentos de gestão. As planilhas de vigilância, uma das alternativas surgidas, permitiram a visualização de pacientes no território e a verificação das consultas, adesão à TARV, realização de exames, entre outros<sup>22</sup>. Sinergicamente, houve a inclusão de novos meios de acesso à população através da telemedicina – uma tendência observada em diversos países no enfrentamento da pandemia<sup>8-10,12,19,22,30</sup>. Apesar das limitações referentes ao contexto socioeconômico – uma tendência observada globalmente<sup>8,9,12,31,32</sup>, a elaboração de protocolos que normatizaram teleconsultas e outras tecnologias incorporadas ao processo de trabalho foram de grande importância para ampliar o acesso desse público aos serviços de saúde<sup>22</sup>.

De maneira similar, a AAE também precisou se readequar durante o período pandêmico, sobretudo no aspecto da organização estrutural das unidades de saúde. Inicialmente, os serviços precisaram ser suspensos na modalidade presencial, até ser concluído o planejamento do retorno<sup>29,33</sup> – em Salvador, o CEDAP cessou atividades presenciais por alguns meses, no início da pandemia<sup>34</sup>. Precisaram ser adotadas medidas de prevenção ao vírus, como uso de máscara, distanciamento social (de pelo menos 1,5m entre as pessoas), disponibilização de álcool em gel e álcool 70% e manutenção do espaço arejado nas unidades. Além disso, foi também necessária a redução da agenda de consultas presenciais, que se deram em horários espaçados, reduzindo a quantidade de pacientes atendidos. Houve, assim como na APS,

alternativas como o atendimento remoto, que visava orientar a mudança de comportamentos e motivar a adesão à TARV<sup>29</sup>.

O presente estudo objetiva, portanto, descrever as deficiências provocadas e/ou agravadas pela pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde do SUS – principalmente no âmbito dos serviços ambulatoriais especializados, onde se dá a maior parte do cuidado a PVHIV. Tendo em vista a necessidade da assistência contínua a essa população, espera-se que o Sistema Único de Saúde brasileiro possa, futuramente, aperfeiçoar as políticas públicas de cuidado em momentos de grande estresse econômico, político e social como a pandemia de Covid-19 vivenciada.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo:**

Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.

### **4.2. Local e período do estudo:**

O estudo foi realizado no Serviço Municipal de Atenção Especializada (SEMAE), unidade de saúde da capital Salvador-BA, de julho a dezembro de 2022. O SEMAE é uma unidade especializada localizada na Rua Lima e Silva, nº 217, no bairro da Liberdade, que realiza atendimento ambulatorial em pacientes com HIV e Hepatites Virais, incluindo outras doenças sexualmente transmissíveis. Possui uma equipe multidisciplinar, formada por médicos infectologistas, hepatologistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos, nutricionistas e equipe de enfermagem<sup>28</sup>.

### **4.3 População e amostra:**

#### **4.3.1 População alvo e acessível:**

Profissionais de saúde e pacientes de serviços voltados ao cuidado de PVHIV vinculados ao SEMAE.

#### **4.3.2 Critérios de inclusão:**

Foram incluídos na pesquisa profissionais de saúde e PVHIV que estavam envolvidos no serviço do SEMAE no ano de 2020.

#### **4.3.3 Critérios de exclusão:**

Foram excluídos profissionais que não trabalhavam no SEMAE antes de 2020 e pacientes que não estavam vinculados ao serviço antes de 2020. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos.

#### **4.3.4 Tamanho e seleção amostral:**

Foi utilizada uma amostra de conveniência. O tamanho amostral foi definido pela saturação dos dados coletados, totalizando 20 participantes – 10 usuários e 10 profissionais.

#### **4.3.5 Metodologia de coleta de dados:**

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICES A e B) aplicadas presencialmente no Serviço Municipal de Atenção Especializada (SEMAE), SSA-BA, envolvendo a caracterização sociodemográfica do perfil do participante e do acesso aos serviços de saúde pelas PVHIV, direcionadas tanto aos profissionais quanto aos pacientes. Os participantes foram abordados individualmente e convidados a participarem da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em sala privativa e armazenadas em computador privativo, com acesso exclusivo dos pesquisadores.

#### **4.4 Variáveis:**

##### **4.4.1 Quanto aos pacientes:**

- Idade
- Sexo
- Naturalidade e procedência
- Acesso a transporte público
- Medo no período da pandemia
- Frequência de consultas
- Profissional que acompanhou
- Acesso a medicamentos
- Acesso a exames laboratoriais
- Acesso aos serviços de saúde

##### **4.4.2 Quanto aos profissionais de saúde:**

- Remanejamento para outros serviços de saúde
- Frequência de consultas
- N° de pacientes
- Acesso a medicamentos:



- Acesso a exames laboratoriais:
- Acesso à equipe multiprofissional (psicólogo, nutricionista, assistente social...)

#### **4.5 Análise de dados:**

As entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando a identidade dos participantes, sendo utilizado códigos alfanuméricos. Após as transcrições, as entrevistas foram analisadas a partir dos pressupostos de análise de conteúdo de Laurence Bardin, sendo considerado os sentidos das comunicações em discurso direto ou com significações ocultas, estabelecendo categorias para a sua interpretação, mediante a análise do discurso dos entrevistados<sup>35</sup>.

O método proposto por Laurence Bardin desenvolve-se em três pilares fundamentais: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Desse modo, para realizar a análise, após leitura exaustiva das transcrições das entrevistas (pré-análise), foram utilizados quadros analíticos nos quais os recortes das falas dos participantes foram organizados de acordo com os temas identificados (exploração do material); a partir disso, foram organizadas as categorias temáticas (tratamento dos resultados)<sup>35</sup>.

#### **4.6 Aspectos éticos:**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e os dados coletados após a sua aprovação (Número do Parecer: 5.686.038), mediante assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo seguidas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Essa pesquisa envolve riscos mínimos relacionados à perda do caráter confidencial dos dados, tanto dos pacientes quanto dos profissionais envolvidos na unidade de saúde do serviço. Para evitar tal consequência, os pacientes são identificados por meio de códigos alfanuméricos e os dados guardados em computador privativo, no qual somente o pesquisador e a orientadora da pesquisa têm acesso. A entrevista foi realizada e gravada em dispositivo celular e sala privativa, onde estavam presentes apenas o participante e o pesquisador, e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os

dados ficarão armazenados por um período estimado de 5 anos, em HD externo privativo, e depois serão descartados, período suficiente para concluir a pesquisa. O descarte de arquivos digitais será feito mediante a sobrescrição de dados pessoais, substituindo por dados aleatórios, enquanto os arquivos físicos (papéis etc) serão descartados através de uma fragmentadora de papel, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Houve ainda riscos relacionados à mobilização psicoemocional dos participantes. A unidade especializada, porém, possui um serviço de psicologia que atende os participantes.

Quanto aos benefícios, espera-se que, a médio e longo prazo, o rastreamento e a descrição dos desafios encontrados na continuidade do cuidado a PVHIV sejam valorizados em prol da prevenção de conjunções semelhantes no futuro, favorecendo o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde.

Seguindo o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, nenhum dado da pesquisa será armazenado em ambiente virtual.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi utilizada uma amostra de conveniência para o estudo. Participaram da pesquisa 20 indivíduos, sendo 10 pacientes (usuários do serviço) e 10 profissionais da unidade em questão.

Dos 10 pacientes que participaram, 9 são do sexo masculino e 1 do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 23 a 62 anos, com média de idade de 42 anos. Apenas 1 paciente residia fora de Salvador, no município de Pojuca.

Quanto aos 10 profissionais de saúde da unidade entrevistados, 9 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade variou de 32 a 53 anos, com média de idade de 43 anos. Foram entrevistados 2 assistentes sociais, 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 odontóloga, 1 psicóloga, 1 nutricionista e 1 farmacêutica.

Dada a complexidade da atenção a PVHIV, o cuidado integral a esses pacientes deve incluir uma equipe multidisciplinar integrada e bem planejada, em constante sintonia nas ações de promoção a saúde. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, dentistas e outros profissionais de nível médio devem estar incluídos na equipe<sup>36</sup>. A referida característica multiprofissional do cuidado foi observada no presente estudo realizado no SEMAE, Salvador-BA.

Após análise dos dados, foram elaboradas três categorias temáticas: Medo e/ou receio de ir aos serviços, Acesso ao serviço e Oferta dos serviços na unidade.

### 5.1 Medo e/ou receio de ir aos serviços

Essa categoria foi atribuída aos pacientes atendidos no serviço, não sendo identificada nos profissionais de saúde.

Neste estudo, a maioria dos usuários relataram que tiveram medo de ir aos serviços de saúde devido à pandemia de Covid-19 – especialmente devido à condição orgânica relacionada ao HIV, uma vez que essa população tem uma maior fragilidade do sistema imune, ainda que o quadro clínico esteja estável e o vírus controlado<sup>2,37</sup>.

“Tive muito medo, mas tinha que continuar o meu tratamento, então vim assim mesmo com as prevenções. Muitas pessoas se infectaram

e, por esse processo da imunidade, dava muito medo. [...] Os ônibus cheios durante o período causavam o medo de tocar nas coisas e se infectar, pela covid estar se expandindo da maneira que estava.” **(U04)**

“Tive medo. Acho que a imunidade das pessoas que convivem com o HIV é fragilizada, um pouco baixa. É complicado para a gente, pois podemos adquirir outras comorbidades.” **(U06)**

Alguns pacientes, inclusive, chegaram a abandonar o tratamento. Dentre as motivações mencionadas, houve medo de pegar transportes coletivos lotados e de ir aos serviços de saúde por conta da exposição ao coronavírus.

“Tive medo da pandemia e acabei abandonando o tratamento. [...] Não tentei agendar as consultas por conta do medo do coronavírus.” **(U02)**

Apesar da unidade em estudo ter tomado as medidas preventivas como uso de máscara obrigatório, aconselhamento quanto ao isolamento social e oferta de álcool em gel – medidas previstas na Nota Técnica N04/2020 da Secretaria Municipal de Saúde, de 20 de março de 2020<sup>38</sup> – de acordo com a visão de alguns profissionais, as providências foram insuficientes e aumentaram a insegurança dos profissionais de saúde e alguns pacientes, gerando ainda mais medo nos usuários para buscarem o serviço.

“Eu percebi que houve a questão da insegurança dentre o público – alguns chegaram até a sinalizar o receio de estarem vindo aqui porque estava cheio – eles acabavam vindo mais para aquilo que era mais essencial para eles – o atendimento médico e a dispensação de medicação.” **(P10)**

Por outro lado, a fragilidade das medidas restritivas passou despercebida entre alguns usuários, os quais relataram satisfação nas medidas de prevenção à propagação do vírus da Covid-19.

“Aqui no SEMAE foi até mais tranquilo porque eles tiveram todo o cuidado para que a gente não fosse contaminado, como uso de máscara, álcool em gel...” (U08)

A discordância das informações coletadas pode ser associada à diferença no nível de informação em saúde dos profissionais e dos usuários do serviço. Um estudo envolvendo o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos no SEMAE (SSA-Ba), em 2015, mostrou que houve predomínio, entre PVHIV, de pessoas das cores parda e negra, com baixa escolaridade e taxa de analfabetismo de aproximadamente 5%<sup>39</sup>. Nota-se, na prática, que há implicações no senso crítico dessa camada popular pela influência do contexto sociocultural/econômico/racial. A carga histórica envolvendo as populações sabidamente mais afetadas, que corrobora com a desinformação em saúde, gera um abastardamento dos fenômenos sociais.

## 5.2 Acesso ao serviço:

Essa categoria foi interrogada tanto aos usuários quanto aos profissionais de saúde da unidade, de modo a explorar como se deu o acesso, por parte das PVHIV, ao serviço.

Foram relatadas dificuldades para se deslocar ao serviço e dar continuidade ao tratamento. Os desafios se deram, em maior escala, em função do medo de se expor ao coronavírus, como relatado antes, mas também pelas dificuldades no transporte e deslocamento aos centros de saúde.

“Tive dificuldades. Primeiro porque a disponibilidade de transporte público diminuiu muito, tive de usar Uber e 99 para me deslocar até aqui, e isso são despesas que poderiam ter sido evitadas. Porém, pela situação, era mais arriscado pegar ônibus lotados, então era melhor ter essa despesa do que adoecer.” (U01)

“Os pacientes tiveram dificuldades de virem buscar a medicação. Apesar de ser um serviço do município de Salvador, a gente atende pessoas que tem o cartão do SUS de Salvador, mas que moram fora. Então, a falta de transporte, tanto em termos de ferry boat (muita gente

mora na ilha) ... – isso realmente prejudicou o acesso ao serviço. Teve muito abandono por causa disso.” **(P03)**

O presente estudo corrobora com uma tendência global no que concerne aos transportes públicos durante a pandemia de Covid-19. As pessoas que sofrem com doenças crônicas e precisam de um cuidado contínuo, como as PVHIV, encontraram dificuldades para se deslocar aos centros de saúde por medo da exposição ao coronavírus ou pela menor disponibilidade de transporte público – especialmente as populações que moram distantes dos grandes centros urbanos<sup>9,10,12</sup>. Foram observadas essas dificuldades nas entrevistas aos pacientes locais.

Aliado a isso, a questão social também foi importante. Estudos mostraram que as taxas de desemprego no mundo todo, durante a pandemia, foram expressivas<sup>12,31,32</sup>. Como pontuado, a maioria dos usuários atendidos no serviço possuem baixa condição socioeconômica, e por isso sofreram, em maior escala, com a escassez de recursos financeiros relacionada à pandemia. Foram relatadas dificuldades no acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e utilização de um meio de transporte mais seguro (particular), e, às vezes, até mesmo o público. Os pacientes, quando procuravam o serviço, acabavam dando prioridade à consulta com o(a) infectologista e para a retirada de medicamentos antirretrovirais.

“Tive dificuldades pela questão financeira. Com a pandemia, tiveram muitos cortes na minha empresa, o que implicou no dinheiro que eu utilizava para o transporte [...]” **(U08)**

“Outros (pacientes) alegaram não ter nem mesmo uma máscara para sair, que essa é infelizmente a realidade da maioria da nossa população atendida aqui [...]” **(P01)**

“Eu atendo muitas pessoas desempregadas, com dificuldade de acesso ao serviço... Então, entre o médico e o nutricionista, ou outro profissional, a prioridade era sempre o médico. Se puder conciliar o dia das (inter)consultas, ótimo. Mas, no geral, a preferência é pelo médico.” **(P10)**

A complexidade da atenção em saúde a PVHIV, em função dos obstáculos biopsicossociais vivenciados, é incontestável e revela a importância do atendimento holístico a essa população. Para cumprir a integralidade do cuidado – levando em conta a convivência com uma doença crônica e potencialmente letal, a fragilidade da condição clínica dos pacientes e os estigmas sociais e/ou preconceitos enfrentados – é necessário a prestação de um serviço multidisciplinar que promova acolhimento, aconselhamento, adesão ao tratamento e suporte psicológico<sup>36</sup>.

Ainda que o SEMAE tenha ofertado atuação multiprofissional satisfatória, como será descrito adiante, é notório que houve uma perda nesse segmento do cuidado a PVHIV. A priorização das consultas médicas e da dispensação de medicamentos foi, certamente, uma adaptação, no momento, que gerou menor exposição dos usuários à Covid-19, e, portanto, compreensível. Porém, o atendimento multidisciplinar a essa população é de grande valia<sup>36</sup> e outras alternativas poderiam ter sido buscadas para garantir a continuidade do cuidado integral, como a consulta por Teleatendimento. O Conselho Federal de Medicina, a esse respeito, em 19 de março de 2020, publicou o ofício N° 1756/2020<sup>40</sup>, que reconhecia a possibilidade e eticidade da utilização da Telemedicina em território nacional.

Um estudo realizado em Santa Catarina revelou que as diversas tecnologias incorporadas ao processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – entre elas as teleconsultas, o monitoramento da condição de saúde via Whatsapp – favoreceram a ampliação do acesso a PVHIV aos serviços de saúde<sup>22</sup>. Estratégias como essa poderiam ter sido adotadas no SEMAE com o objetivo de aumentar a retenção do cuidado.

Foram sinalizadas também dificuldades na marcação de consultas, fato que precedia a pandemia. Isto é, era uma questão já recorrente na unidade, principalmente por não ser possível agendar as consultas via telefone, mas somente na modalidade presencial. De alguma forma, esse empecilho foi agravado durante a pandemia.

“Aqui temos problemas estruturais relacionados ao acesso, que não é bom. O telefone daqui não funciona, então precisávamos vir até aqui para marcar as consultas. O deslocamento até aqui por si só já é complicado, às vezes precisamos pegar 3 transportes para chegar

aqui. Todos esses problemas foram agravados com o decreto da pandemia.” **(U06)**

Apesar de, no período, a modalidade presencial de marcação de consultas e exames ter sido prevista em Nota Técnica da Secretaria Municipal de Saúde N04/2020, de 20 de março de 2020<sup>38</sup>, ficou evidente o desgaste e a exposição desnecessária dos pacientes, que enfrentavam filas e transportes lotados para realizar o agendamento.

Sendo assim, todo o contexto pandêmico dificultou o acesso ao serviço por parte das PVHIV. No início de 2020, os profissionais perceberam uma diminuição do número de pacientes que procuraram o serviço.

“De forma geral, logo no início (da pandemia) houve redução do número de pacientes pelo medo.” **(P10)**

“Teve redução nesse sentido – das pessoas não quererem sair de casa. Nos primeiros meses, realmente, tinha pouca gente aqui no serviço.” **(P07)**

“Acho que houve redução. Alguns pacientes entraram também em abandono. [...] Os pacientes que já tinham diagnóstico, ficavam com medo de se infectar. Era tudo novo, não sabíamos como lidar e fomos aprendendo durante a pandemia.” **(P02)**

Por outro lado, houve pacientes que, com o passar do tempo, pelo medo da exposição ao novo Coronavírus, à época, retomaram o tratamento para o HIV.

“Teve alguns pacientes que estavam em abandono de tratamento, ficaram com medo da covid e voltaram a fazer o tratamento.” **(P03)**

Paralelamente, houve uma maior procura do SEMAE, por parte desses pacientes, devido a uma maior limitação/restrrição de serviços na rede estadual pela pandemia de COVID-19.



“Como as unidades do estado estavam fechadas, as unidades da prefeitura passaram a receber os pacientes novos, que antes eram distribuídos.” **(P03)**

“Depois, houve um aumento na demanda, justamente porque outros locais estavam fazendo um controle maior de acesso devido ao critério de segurança sanitária. Como em outros locais acabou limitando mais o acesso, aqui houve uma abertura maior. Aumentou o fluxo aqui no SEMAE.” **(P10)**

De acordo com uma entrevista realizada pelo Portal G1 de notícias, alguns PVHIV/AIDS tiveram dificuldades com o atendimento no CEDAP, da rede estadual. Ocorreram cancelamentos nas consultas médicas com infectologistas e dificuldades na marcação de consultas e exames, no período de março a julho de 2020. Os pacientes queixaram-se de não receberem informações sobre o novo fluxo de atendimento, e, à época, precisaram ir até o local para se informar sobre as readequações. Os pacientes novos diagnosticados com HIV eram encaminhados para uma das três unidades de referência municipal: SAE (Serviço de Atenção Especializada) São Francisco, SAE Marymar Novaes ou SEMAE<sup>34</sup>.

Desse modo, a demanda por serviços de saúde na unidade estudada, em um dado momento de 2020, passou a ser maior. Os profissionais perceberam esse aumento pelo número de pessoas que procuraram a unidade para dar continuidade ao tratamento de HIV/AIDS.

Por essa ótica, destaca-se um ponto positivo da gestão local, que, contrariamente à rede estadual, não cessou as atividades em nenhum momento, dando continuidade à prestação de serviços a essa população.

### **5.3 Oferta dos serviços na unidade**

Essa categoria foi interrogada tanto aos profissionais quanto aos pacientes do SEMAE. Buscou avaliar como se deu a oferta dos serviços (consultas, dispensação de medicamentos, exames laboratoriais) na unidade em questão.

De maneira geral, a oferta de serviços no SEMAE foi bastante satisfatória, inclusive na fase mais severa da pandemia, em 2020. Para que isso ocorresse, foi necessária a adoção de estratégias e medidas de adaptação do serviço a aquela nova realidade caótica, na qual prevaleceu os desafios na continuidade dos cuidados em saúde diante de tantas incertezas.

Uma das readequações admitidas foi a redução da frequência de consultas médicas, durante o período. Isto é, houve aumento dos intervalos entre as consultas de cada paciente, especialmente aqueles com carga viral indetectável, sendo uma das formas de evitar exposição desnecessária dessa população.

“Foi menor (a frequência de consultas), houve uma adequação. Os pacientes mais antigos estavam pegando medicação para 6 meses, para não ter tanto contato (com o coronavírus).” **(P02)**

Acompanhando essa tendência, a unidade aumentou a dispensação de medicamentos, de acordo com a Nota Técnica N04/2020 da Secretaria Municipal de Saúde, de 20 de março de 2020. A validade das prescrições, após essa data, passou a ser de 8 meses. Foi definido também que qualquer pessoa portando o documento original com foto do beneficiário e receita médica poderia fazer a retirada dos medicamentos, independentemente do comparecimento do usuário. Tal medida evitou ou diminuiu a necessidade das pessoas de maior grupo de risco precisarem se deslocar até a unidade de saúde<sup>38</sup>.

“Eles vinham fazer a carga viral, pegavam a medicação para 4 ou 6 meses e retornavam. Esse período se estendeu um pouco mais, antes era de 3 meses (para pacientes que já estavam indetectáveis). Então, agora, com o paciente indetectável, já existe um período para poder liberar essa medicação para longo prazo. Foi necessário fazer isso por conta da pandemia, por conta de todas aquelas questões – toque de recolher, unidades fechadas etc.” **(P02)**

“Aumentaram para 4 meses a entrega de medicamentos, outros pacientes para 3 meses. Então, não precisava vir sempre às consultas para pegar as receitas.” **(U08)**

“Em nenhum momento faltou medicamento. O Ministério da Saúde flexibilizou as normas para que esse acesso não saísse prejudicado por conta da pandemia. Então, houve a dispensação ampliada, a extensão da validade da receita dos pacientes... Eu entendo que não houve redução ao acesso aos antirretrovirais.” **(P04)**

Os ajustes mencionados adotados pelo SEMAE otimizaram o atendimento aos pacientes, especialmente aqueles com o quadro clínico mais estável. As medidas objetivaram preservar as PVHIV, do ponto de vista sanitário, demonstrando terem sido de grande valor e boa adesão.

A oferta de exames laboratoriais, por sua vez, foi relativamente satisfatória, na unidade. A demanda na rede municipal foi maior, em razão, acredita-se, das unidades de saúde especializadas da rede estadual diminuírem o acesso das PVHIV a esse tipo de serviço<sup>34</sup>. Em alguns meses do ano de 2020, por esse motivo, houve atraso na liberação dos resultados dos exames, segundo relataram profissionais, porém o fenômeno não representou grande impacto na continuidade do cuidado.

“Houve a realização normal, mas em alguns meses, houve atraso nos resultados dos exames. Os serviços públicos onde fazem os exames (LACEM) também ficaram sobrecarregados pelo diagnóstico da covid. Houve atraso nesse sentido.” **(P03)**

“Sim. Eles continuaram fazendo os exames, e houve uma procura maior, justamente porque outros locais não estavam fazendo e/ou diminuíram os atendimentos. Dessa forma, aumentou a demanda para cá (SEMAE)”. **(P10)**

Concomitantemente, a frequência de exames foi estendida, seguindo a mesma lógica das consultas e dispensação de medicamentos – para evitar exposição dos usuários ao coronavírus.

“Fiz normalmente os exames. Porém os intervalos foram um pouco maiores.” **(U03)**

“Deram um prazo a mais para ficarmos em casa em relação aos exames também.” **(U07)**

A necessidade de marcação presencial para realizar a coleta de exames laboratoriais, porém, gerou uma incongruência nessa estratégia.

“Só foi chato porque antes da pandemia podíamos vir de segunda a sexta fazer os exames, depois nós passamos a precisar marcar, acabou superlotando a unidade.” **(U07)**

Os pacientes, assim como ocorreu com as consultas, precisavam ir presencialmente à unidade marcar a realização dos exames, o que gerou um desgaste e exposição desnecessária ao vírus da Covid-19. Tal falha foi de encontro às readequações positivas apresentadas, e poderiam ter sido simplesmente corrigidas com a implementação de um sistema de telefonia fixo na unidade, destinado à marcação de exames e consultas.

Finalmente, a oferta de atendimento multidisciplinar na unidade precisou ser triada e adaptada de acordo com a nova realidade. A Odontologia, no período, devido à alta exposição ao Novo Coronavírus pelo manejo bucal, suspendeu atendimentos eletivos/agendados a partir do dia 20 de março de 2020, seguindo a Nota Técnica N04/2020. Os casos de urgência deveriam ser encaminhados para as Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Unidade de Urgência Odontológica (UAO)<sup>38</sup>.

“A odontologia suspendeu o atendimento na rede toda, por conta da maior exposição, então os dentistas do município passaram um bom tempo sem atender.” **(P07)**

Todavia, é necessário destacar que todo o restante da equipe multiprofissional estava funcionando no SEMAE, apesar da necessidade de afastamento dos trabalhadores

incluídos em grupos de risco (idosos, comorbidades). Essa redução na equipe, porém, não representou desafios na continuidade dos cuidados, uma vez que a maior demanda ficou centrada nas consultas médicas, realização de exames e dispensação de medicamentos – uma tendência observada no atendimento da maioria dos usuários entrevistados.

“Com os outros profissionais, houve essa redução relacionada ao afastamento. Psicólogas eram 2, passou a ser 1. Assistente social, se não me engano, logo nesse início, uma foi afastada. Então, tivemos essa indisponibilidade – da equipe ter reduzido – por causa das pessoas que eram grupo de risco e tiveram de ser afastadas.” **(P07)**

“Realizei acompanhamento apenas com a infectologista (nesse período).” **(U04)**

“Tive acesso, eu tive covid e fiquei internado na semi-UTI. Meu pulmão foi comprometido, tive problemas psicológicos, estava hipertenso... Tive atendimento psicológico aqui no SEMAE.” **(U06)**

Alguns médicos infectologistas da unidade precisaram deixar o vínculo empregatício com o SEMAE para dar maior suporte e atenção à questão da pandemia de COVID-19, dada a importante demanda de casos ativos e óbitos durante o período. Porém, isso não representou um empecilho para a oferta de serviços da unidade e a continuidade do cuidado, visto que esses profissionais foram substituídos. Esse foi outro ponto positivo da gestão de saúde local, que não permitiu escassez de especialistas, mesmo em um momento de redirecionamento dos recursos humanos e financeiros para a pandemia de Covid-19.

“Eu tive que me voltar para outros três vínculos e deixar esse vínculo aqui (SEMAE) temporariamente. Então, em algum momento no início de 2020, eu pedi licença daqui (SEMAE) e voltei quase 1 ano depois. [...] Pacientes novos encaminhados para cá ficaram com colegas que tinham acabado de entrar.” **(P09)**

Apesar dos desafios descritos na oferta de serviços, tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde da unidade relataram que houve acesso satisfatório, por parte das PVHIV, aos serviços entendidos como essenciais para o cuidado integral dos pacientes atendidos no SEMAE – entrega de medicamentos antirretrovirais, realização de exames laboratoriais (CD4, carga viral) e acesso à equipe multiprofissional da unidade, o que demonstra a competência da gestão pública da unidade de saúde num período tão desafiador.

Por se tratar de um estudo retrospectivo, a presente pesquisa apresenta limitações, o que pode ter levado à perda do parâmetro/recorte temporário durante as entrevistas, bem como viés de memória.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que a questão do medo de se expor ao coronavírus norteou a maioria das dificuldades encontradas por PVHIV no seu cuidado integral, durante a pandemia de Covid-19. O receio quanto à imunidade do próprio organismo, enfrentando um agente infeccioso pouco conhecido, à época, levou muitos pacientes a terem medo de procurar o SEMAE (pela segurança dentro e fora da unidade) ou esperarem, pelo mesmo motivo, por um momento oportuno, de menor quantidade de casos relatados - o que levou, inclusive, alguns pacientes ao abandono do tratamento. Ademais, a questão socioeconômica foi marcante, gerando obstáculos adicionais no acesso ao local – escassez de EPIs, incapacidade de usar transporte particular, entre outros.

Paralelamente, houve uma sobrecarga na unidade, em um período de 2020, devido ao aumento da demanda na rede municipal de saúde especializada. Porém, é importante ressaltar que, de maneira geral, a oferta de serviços voltado ao cuidado integral de PVHIV, na unidade em estudo, foi bastante satisfatória, contrariando a descontinuidade observada em outros países. Nota-se a competência da gestão de saúde local que, adotando estratégias cabíveis ao momento pandêmico – como diminuição da frequência de consultas médicas e aumento da dispensação de terapia antirretroviral – buscou dar continuidade ao tratamento dessa população.

As readequações na unidade em estudo que garantiram o cuidado integral às PVHIV revelam a importância do planejamento e estratégias de ações em saúde em momentos como foi/é a pandemia de Covid-19, servindo de exemplo, no presente e/ou futuramente, para outros serviços de saúde em períodos de grande estresse econômico, social e sanitário.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. O que é HIV [Internet]. [cited 2022 Jun 11]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>
2. Brasil. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional [Internet]. Ministério da Saúde. 2017. 58 p. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_integral\\_hiv\\_m\\_anual\\_multiprofissional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_m_anual_multiprofissional.pdf)
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da Pandemia de Covid-19 [Internet]. [cited 2022 Jun 11]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
4. Pires Brito SB, Braga IO, Cunha CC, Palácio MAV, Takenami I. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilância Sanitária em Debate*. 2020;8(2):54–63.
5. Zhai P, Ding Y, Wu X, Long J, Zhong Y, Li Y. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020 May 1;55(5).
6. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2022 Jun 6]. Available from: [covid19.who.int/](https://covid19.who.int/)
7. Brasil. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
8. Ridgway JP, Schmitt J, Friedman E, Taylor M, Devlin S, McNulty M, et al. HIV Care Continuum and COVID-19 Outcomes Among People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic, Chicago, IL. *AIDS and Behavior* [Internet]. 2020;24(10):2770–2. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02905-2>
9. Paredes JL, Caceres CF, Cabrera DM, Diaz MM. Sección Especial Vih En El Perú Durante La Pandemia De La Covid-19 Challenges To the Continuity of Care of Covid-19 Crisis in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2021;38(1). 2021;38(1):166–70.
10. Shi L, Tang W, Hu H, Qiu T, Marley G, Liu X, et al. The impact of COVID-19 pandemic on HIV care continuum in Jiangsu, China. *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 2021;21(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06490-0>



11. Hensley KS, Jordans CCE, van Kampen JJA, Mollema FPN, Gisolf EH, el Moussaoui R, et al. Significant Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Human Immunodeficiency Virus (HIV) Care in Hospitals Affecting the First Pillar of the HIV Care Continuum. *Clinical Infectious Diseases*. 2021;2019(June 2020):2019–22.
12. Waterfield KC, Shah GH, Etheredge GD, Ikhile O. Consequences of COVID-19 crisis for persons with HIV: the impact of social determinants of health. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–7.
13. Brasil. Manejo do HIV na Atenção Básica [Internet]. [cited 2022 Jun 11]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/manejo-do-hiv-na-atencao-basica>
14. Brasil. Política Nacional De Dst / Aids Princípios, Diretrizes E Estratégias. Secretaria de Políticas de Saúde. 1999;92.
15. Cueto M, Lopes G. Backlash in global health and the end of AIDS' exceptionalism in Brazil, 2007–2019. *Global Public Health* [Internet]. 2021;0(0):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1896764>
16. World Health Organization (WHO). Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids [Internet]. 2019; Available from: <https://www.google.com/search?q=90-90-90+Uma+meta+ambiciosa+de+tratamento+para+contribuir+para+o+fim+da+epidemia+de+AIDS&oq=90-90-90+Uma+meta+ambiciosa+de+tratamento+para+contribuir+para+o+fim+da+epidemia+de+AIDS&aqs=chrome.69i59j69i60.1564j0j7&sourceid>
17. Medeiros JPB, Neves ET, Pitombeira MG, Figueiredo SV, Campos DB, Gomes ILV. Continuity of care for children with special healthcare needs during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2021;75(2):e20210150.
18. Estrela FM, da Cruz MA, Gomes NP, da Silva Oliveira MA, dos Santos Enferma R, Magalhães JRF, et al. COVID-19 and chronic diseases: Impacts and developments before the pandemic. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2020;34.
19. Macinko J, Woolley NO, Seixas B v., de Andrade FB, Lima-Costa MF. Health care seeking due to COVID-19 related symptoms and health care cancellations among older Brazilian adults: The ELSI-COVID-19 initiative. *Cadernos de Saude Publica*. 2020; 36:1–13.
20. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging*. 2020 Apr 8;1–9.
21. Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Sharifi H. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. Vol. 25, *AIDS and Behavior*. Springer; 2021. p. 85–92.

22. Celuppi IC, Meirelles BHS, Lanzoni GM de M, Geremia DS, Metelski FK. Management in the care of people with HIV in primary health care in times of the new coronavirus. *Revista de saude publica.* 2022; 56:13.
23. Brasil. Portaria N° 4279, de 30 de Dezembro de 2010. Brasília (DF), 2010 Dez.
24. Brasil. Portaria N° 483, de 1° de Abril de 2014. Brasília (DF), 2014 Apr.
25. Brasil. Cadernos da Atenção Básica: HIV/AIDS, Hepatites e outras DST. N° 18. Brasília (DF), 2006.
26. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília (DF), 2018.
27. Secretaria de Saúde da Bahia. Sobre o CEDAP [Internet]. [cited 2022 Jun 11]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/cedap/> .
28. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação Municipal de DST/AIDS. Programa Municipal de DST/AIDS [Internet]. [cited 2022 Jun 11]. Available from: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/coordenacao-municipal-de-dstaid/>.
29. Marques FRDM, Domingues LF, Carreira L, Salci MA. Reorganização do serviço ambulatorial de referência para condições crônicas durante a pandemia da COVID-19. *Escola Anna Nery.* 2022;26.
30. Silva WR de S, Duarte PO, Felipe DA, Sousa F de OS. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2021 Jan;19.
31. Menton J. Record 22 million Americans file for unemployment benefits over past month as layoffs continue. *USA Today.* April 16, 2020.
32. BBC news mundo. Cuarentena en Perú: 5 factores que explican por qué las medidas de confinamiento no impiden que sea el segundo país de América Latina con más casos de covid-19. [Internet]. USA: BBC; 2020 [citado el 08 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52748764>
33. Oliveira de Lima J, Goretti David Lopes M, Cristina Moura dos Santos C. Continuidade das ações em saúde na atenção ambulatorial especializada durante a pandemia pela Covid-19 The continuity of health actions in specialized ambulatory care during the Covid-19 pandemic [Internet]. Vol. 3, Dez. 2020. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-7473-6342>.

34. Phael Fernandes GB. Pacientes com HIV relatam desafios no tratamento na bahia durante pandemia; infectologista comenta impacto. 2020 Sep 17;
35. Laurence Bardin. Análise de Conteúdo. EDIÇÕES 70 LDA/ALMEDINA BRASIL, editor. São Paulo; 2011. 1–279 p.
36. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. Série A Normas e Manuais Técnicos, Série Manuais n 84. 2008;1–133.
37. COVID-19 and HIV. In: Division of HIV/AIDS Prevention. CDC. 2020. [https:// www.cdc.gov/hiv/covid-19/index.html](https://www.cdc.gov/hiv/covid-19/index.html). Acesso em 26 de Março de 2023.
38. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Orientações para organização da Rede de Atenção Especializada no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município do Salvador. NOTA TÉCNICA - novo Coronavírus N 04/2020, de 20 de março de 2020. 20 de março de 2020;1–28.
39. Barbosa TMP, Souza MC de, Santos Júnior A de F, Camelier FWR. PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA. Revista Baiana de Saúde Pública. 10 de junho de 2021;43(3):539–53.
40. Conselho Federal de Medicina. OFÍCIO CFM No 1756/2020 – COJUR. 19 de março de 2020;1–2.

## Apêndice A – Instrumento de coleta de dados para os pacientes

### I. Dados pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Município de Residência: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

### II. Questão geradora:

Houve dificuldades no acompanhamento e tratamento da condição de saúde do(a) Sr(a), no que diz respeito ao HIV, após o decreto de pandemia, em 2020? O que mudou durante o período?

### III. Perguntas secundárias:

Teve medo e/ou receio de ir aos serviços de saúde (posto de saúde, SEMAE etc.) devido à COVID-19?

Teve dificuldades para se deslocar aos serviços de saúde (posto de saúde, SEMAE etc.)?

Teve dificuldades no agendamento de consultas de acompanhamento do HIV? As consultas foram menos frequentes?

Teve acesso aos medicamentos antirretrovirais normalmente?

Conseguiu realizar os exames laboratoriais necessários para o seu acompanhamento (CD4, Carga Viral)? Foi com a mesma frequência?

O(A) médico(a) que te acompanhava mudou?

Teve acesso à equipe multiprofissional (psicólogo, nutricionista, assistente social etc.)?

## Apêndice B – Instrumento de coleta de dados para os profissionais

### I. Dados pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Setor em que trabalha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

### II. Questão geradora:

Houve dificuldades na continuidade dos cuidados em saúde em Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) durante os primeiros meses de 2020, após o decreto da pandemia?

### III. Perguntas secundárias:

Precisou ser deslocado(a) do local de trabalho de origem para dar suporte na questão da COVID-19?

A frequência do encaminhamento de PVHIV ao serviço especializado foi menor? Na sua opinião houve subnotificação e/ou subdiagnóstico na APS?

A frequência de consultas envolvendo PVHIV foi a mesma? Houve redução?

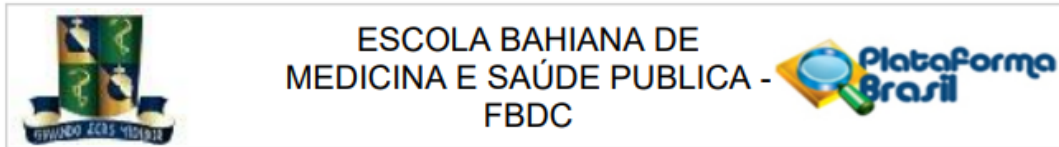
O número de pacientes no serviço foi o mesmo? Houve redução?

As PVHIV tiveram acesso normal aos medicamentos antirretrovirais?

Houve a realização normal de exames laboratoriais em PVHIV (CD4, Carga Viral etc.)?

Houve acesso normal das PVHIV à equipe multiprofissional (psicólogo, nutricionista, assistente social etc.)?

## Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS DIFICULDADES NO CUIDADO INTEGRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

**Pesquisador:** SARA DOS SANTOS ROCHA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60920522.6.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.686.038

#### Apresentação do Projeto:

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que infecta o sistema imunológico do hospedeiro, tendo como principal alvo os Linfócitos T CD4. A AIDS, por sua vez, é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, condição causada pela extrema depressão da imunidade devido à presença não controlada do vírus no organismo, que potencializa o surgimento de infecções oportunistas possivelmente letais. Por esse motivo, o HIV é uma doença de grande relevância para a saúde pública, considerando a importância da assistência continuada para minimizar os riscos de desenvolvimento da

AIDS. Em março de 2020, porém, foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a pandemia de COVID-19, o que prejudicou os mecanismos de cuidado a Pessoas Vivendo com HIV, tornando-se evidente a necessidade de estabelecer as dificuldades encontradas no cuidado integral a essa população durante esse período, buscando minimizar a descontinuidade do cuidado em situações futuras semelhantes a essa pandemia. Esse projeto propõe, portanto, descrever as dificuldades apresentadas na quarta maior capital do país para a melhoria do cuidado nessas situações inesperadas.

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisadora destaca o objetivo primário da pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as dificuldades desencadeadas pela pandemia de COVID-19 no cuidado de Pessoas

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 5.686.038

Vivendo com HIV/AIDS de acordo com a visão dos profissionais da assistência e dos usuários em um serviço de saúde de Salvador-BA, no ano de 2020.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Essa pesquisa envolve riscos mínimos relacionados à perda do caráter confidencial dos dados, tanto dos pacientes quanto dos profissionais envolvidos na unidade de saúde do serviço. Para evitar tal consequência, os pacientes serão identificados por meio de códigos alfanuméricos e os dados serão guardados em computador privativo, no qual somente o pesquisador e a orientadora da pesquisa terão acesso. A entrevista será realizada e gravada em dispositivo celular e sala privativa, onde estarão presentes apenas o participante e o pesquisador, e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os dados ficarão armazenados por um período estimado de 5 anos, em HD externo privativo, e depois serão descartados, período suficiente para concluir a pesquisa. O descarte de arquivos digitais será feito mediante a sobrescrição de dados pessoais, substituindo por dados aleatórios, enquanto os arquivos físicos (papéis etc.) serão descartados através de uma fragmentadora de papel, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Benefícios:

Espera-se que, a médio e longo prazo, o rastreamento e a descrição dos desafios encontrados na continuidade do cuidado a PVHIV sejam valorizados em prol da prevenção de conjunções semelhantes no futuro, favorecendo o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde.

Comentário ético: os riscos e benefícios foram apresentados. Quantos aos riscos a pesquisadora apresenta



manejo para mitigação, incluindo o risco de mobilização.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A seguir, analiso o método proposto e a repercussão ética:

Os dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICES A e B) aplicadas presencialmente no Serviço Municipal de Atenção Especializada (SEMAE), SSA - BA, envolvendo a caracterização do perfil do participante e do acesso aos serviços de saúde pelas PVHIV em 2020, direcionadas tanto aos profissionais quanto aos pacientes. Será utilizada uma amostra de conveniência. O tamanho amostral será definido pela saturação dos dados coletados, estimando-se 20 participantes - 10 usuários e 10 profissionais. Os pacientes serão abordados individualmente nas salas de espera e convidados a participarem da pesquisa. Os profissionais serão convidados a participarem da pesquisa mediante o envio por e-mail de carta-convite. As

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 5.686.038

entrevistas serão gravadas em sala privativa e armazenadas em computador privativo, com acesso exclusivo dos pesquisadores.

Comentário ético: Dado o percurso do método, não há restrição ética.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: apresentada com correção.

Orçamento: no valor de R\$ 4.688,99. (quatro mil seiscentos e oitenta e oito reais noventa e nove centavos).

Apresenta as rubricas orçamentárias).

Cronograma: descreve o curso da pesquisa. Coleta de dados prevista para 01/11/2022.

Carta de anuência: apresentada com correção.

TCLE: reapresentado com as devidas correções.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após reanálise bioética com base na Resolução 466/2012 do CNS/ MS e demais documentos legais observou-se que as pendência identificadas no Parecer Consubstanciado nº 5.652.136 foram sanadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de



pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1974131.pdf	29/09/2022 11:56:14		Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	29/09/2022 05:09:13	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAAtualizado_MATHEUSMACHADO.pdf	29/09/2022 05:06:32	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC_MATHEUSMACHADO.pdf	29/09/2022 05:06:13	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEsatuizados_MATHEUSMACHADO.pdf	29/09/2022 05:05:17	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
**Bairro:** BROTAS **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 5.686.038

Ausência	TCLEsatuizados_MATHEUSMACHADO.pdf	29/09/2022 05:05:17	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	0722022MatheusBorgesMachadoFOLHADEROSTO_NucleodePesquisaeAssinado.pdf	22/07/2022 14:27:08	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Outros	PARECER_N035.pdf	22/07/2022 14:22:30	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Outros	TAI_N035.pdf	22/07/2022 14:20:51	SARA DOS SANTOS ROCHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 05 de Outubro de 2022

**Assinado por:**  
**Noilton Jorge Dias**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br