

RELATO - REPORT - RELATO**Cuidado em saúde às pessoas com HIV/AIDS e problemas de adesão ao tratamento durante a pandemia do Covid-19 em um serviço especializado**

Health care for people with HIV/AIDS and difficulty in adherence to treatment during the Covid-19 pandemic in a specialized service

Atención a personas con VIH/SIDA y problemas de adherencia al tratamiento durante la pandemia de Covid-19 en un servicio especializado

Taiara Paim de Almeida , Fernanda Fávero Alberti , Agnes Nogueira Gossenheimer , Lígia Carangache Kijner 

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

RESUMO

Introdução: A pandemia do Sars-Cov-2 (COVID-19) intensificou a demanda assistencial das pessoas que vivem com HIV ou AIDS (PHIV/AIDS), sustentando a necessidade de elaboração de estratégias que visassem minimizar as consequências que a quarentena, o distanciamento social e a ausência de consultas clínicas pudessem acarretar principalmente nos seus tratamentos. Em resposta a esses desafios, surgiu a reorganização dos fluxos assistenciais em diferentes cenários e essas modificações ocorreram a nível global. Neste contexto, identificou-se como necessário nos serviços de saúde que fossem desenvolvidas estratégias para minimizar fatores que contribuíssem para a não adesão ao tratamento. **Objetivos:** Descrever a reformulação, estruturação e adequação do processo de trabalho da equipe multidisciplinar de um serviço especializado em HIV/AIDS durante a pandemia do COVID-19, através da implementação de um novo modelo de Ambulatório de Adesão e adequação de um grupo de apoio ao modelo remoto (telessaúde). **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo do tipo relato de experiência profissional. Foi utilizado o checklist *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) para nortear o desenvolvimento metodológico e reportar de forma adequada os resultados. A sistematização de experiências proposta por Oscar Holliday foi utilizada para explicitar a experiência profissional vivenciada. **Resultados:** O relato descreveu a partir de maio de 2020, quando o Ambulatório de Adesão, serviço previamente existente no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, localizado em Porto Alegre - RS, começou a ser estruturado para se adaptar aos protocolos da pandemia do COVID-19. Esse processo envolveu a equipe multidisciplinar de saúde, composta por 10 profissionais de diferentes núcleos dos saberes (farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos). **Conclusões:** A estruturação do Ambulatório de Adesão foi necessária para melhorar os fluxos dentro do serviço e amparar usuários não aderentes ao tratamento. Além disso, evidenciou-se também o papel dos recursos tecnológicos como forma de prover assistência aos pacientes e o acompanhamento e monitoramento diante do cenário da COVID-19.

Palavras-chave: Vírus da imunodeficiência humana; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Adesão ao tratamento; COVID-19.

Histórico do Artigo

Recebido	23 Fevereiro 2022
Aprovado	31 Maio 2022

Correspondência

Taiara Paim de Almeida
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – Av. Ipiranga, 6311 - Partenon, Porto Alegre - RS, CEP: 90610-001.
E-mail: paimtaiara90@gmail.com

Como citar

Almeida TP, Alberti FF, Gossenheimer AN, Kijner LC. Cuidado às pessoas com HIV/AIDS e problemas de adesão ao tratamento durante a pandemia do Covid-19: relatos de processo de trabalho multidisciplinar de um serviço especializado do Brasil. Rev. Saúde Col. UEFS 2022; 12(2): e-7845.

INTRODUÇÃO

Em decorrência do conhecimento acumulado e o transcurso de quase quarenta anos desde o início da epidemia, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) passaram a adquirir o status de condição de saúde crônica, exigindo, desta forma, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar contínua e constante¹. Em relatório global, 38 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV, em 2021, sendo o total de pessoas infectadas no mundo de aproximadamente 79,3 milhões, desde o início da epidemia (1980-2021). Em relação ao acesso à terapia antirretroviral (TARV), estima-se que 25,4 milhões de pessoas vivendo com HIV tiveram acesso à terapia e a mortalidade relacionada à AIDS diminuiu 39%, desde 2010².

A TARV revolucionou o cuidado e garantiu às pessoas que vivem com HIV/Aids (PHIV/AIDS) a redução da mortalidade, diminuição das internações hospitalares e redução da incidência de infecções oportunistas e das transmissões verticais do HIV (Brasil, 2020). Ainda assim, diante de tais avanços, percebe-se que a não adesão à TARV e aos regimes contínuos de consultas e exames continua sendo um desafio constante para os profissionais da saúde³.

Inúmeros são os conceitos propostos por diferentes autores na literatura científica para exemplificar e expressar o real significado de “adesão”. Neste estudo, por compreendermos a existência de diferentes dimensões que atuam conjuntamente no processo terapêutico, o conceito de Diemert, Weber e Price⁴ é o que representa uma mudança conceitual, já que os autores propuseram o Modelo de Interação de Adesão. Neste modelo, o conceito de adesão permeia entre três aspectos relacionados ao tratamento: plano do profissional (prescrição); plano adotado pelo paciente (ressignificação) e plano executado pelo paciente (atuação)⁴. Nesse contexto, compreende-se que a adesão envolve fatores socioeconômicos, fatores relacionados à pessoa, fatores relacionados à condição de saúde, fatores relacionados ao tratamento e, por fim, relacionados à equipe de assistência à saúde^{5,6}.

Dentro da complexa rede de fatores relacionados à pessoa, à condição de saúde e ao tratamento, os principais que se refletem na não adesão são: os efeitos adversos do tratamento; características sociodemográficas; renda; escolaridade; acesso e uso de serviços de saúde; posologia dos medicamentos (horários, quantidade e tamanho dos medicamentos); ausência de sintomas que justifiquem a terapia; receio de que outras pessoas tomem conhecimento sobre o diagnóstico; problemas pessoais; uso de drogas; ausência de apoio familiar; entre outros^{7,8}. Assim, entende-se a necessidade de realizar um acompanhamento longitudinal, para que seja possível identificar as demandas e os problemas que podem levar o usuário ao abandono do tratamento.

A pandemia do Sars-Cov-2 (COVID-19) intensificou a demanda assistencial das PVHIV/AIDS. Em levantamento das

pessoas que vivem com HIV na China, em fevereiro de 2020, 32,6% estavam em risco de descontinuação da TARV e 48,6% não sabiam onde obter os seus medicamentos antirretrovirais em um futuro próximo⁹. Em resposta a esses desafios, foi efetuada a reorganização dos fluxos assistenciais em diferentes cenários e essas modificações ocorreram em nível global. Neste contexto, surgiu a necessidade de elaboração de um espaço de escuta e acolhimento, que visou identificar fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento ao organizar processos de trabalho, visando atender às demandas e as necessidades individuais destes usuários.

O objetivo deste estudo é relatar a reestruturação, reformulação e readequação do processo de trabalho da equipe multidisciplinar de serviço de referência em HIV/AIDS durante a pandemia do COVID-19, através da implementação de um novo modelo de Ambulatório de Adesão ao tratamento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo com abordagem metodológica de relato de experiência profissional. Utilizou-se o checklist *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* para nortear o desenvolvimento metodológico e reportar de forma adequada os resultados qualitativos. Observou-se que este checklist tem como principais objetivos aperfeiçoar a qualidade da descrição de estudos de pesquisa qualitativa¹⁰.

Além disto, o percurso metodológico deste relato de experiência se baseou no processo de sistematização de experiência, do autor Oscar Jara Holliday (2006). O método de sistematização permite compreender as condições e o contexto em que se desenvolvem as experiências, situações a serem enfrentadas, ações a serem realizadas, percepções e interpretações dos diferentes sujeitos que intervêm no processo, além interpor os resultados esperados e inesperados que vão surgindo ao longo da experiência vivida¹¹. Nesse sentido, pretende-se compartilhar com outras práticas semelhantes, as experiências vividas durante a readequação do fluxo de trabalho de um Ambulatório de Adesão em meio a pandemia da COVID-19 e, também, a experiência vivenciada por uma profissional psicóloga na alternância de um grupo de cuidado de PHIV/AIDS que era presencial para a modalidade remota.

Nesse contexto, a sistematização de experiências, considerando o objeto deste estudo, que é o próprio processo de trabalho, permite a interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir do seu ordenamento e reconstrução, explicitam a lógica do processo vivido¹¹. Portanto, observa-se que este relato de experiência profissional não tem como objetivos identificar, quantificar e analisar dados do mundo real ou de pessoas, mas sim analisar o processo de trabalho como o centro e objeto deste estudo. Portanto, não foi necessário apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Cenário

O Ambulatório de Adesão é um programa pertencente ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), serviço especializado em quatro eixos de atenção: Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), hanseníase, doenças dermatológicas e HIV/Aids. O ADS é um serviço de complexidade secundária do Estado do Rio Grande do Sul e está localizado na cidade de Porto Alegre. Além de assistência médica e multiprofissional visando a otimização terapêutica de seus usuários, também atua com abordagem grupal, através do grupo de apoio às PHIV/AIDS, realizando um trabalho de trocas e compartilhamentos da experiência de pessoas que vivem com o vírus.

O Ambulatório de Adesão existe com o intuito de prestar assistência e cuidado a todas as pessoas que possuem problemas relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral. Originalmente, foi estruturado com a participação de uma equipe multidisciplinar de saúde composta por enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, que juntos totalizaram 10 profissionais. Em 2020, com a ascensão da pandemia do COVID-19, foi necessária uma reestruturação do programa com o objetivo de atender às demandas dos usuários que não conseguiam frequentar o serviço de saúde. Ressalta-se que essa demanda foi identificada a partir de inúmeros setores do serviço, principalmente o Serviço Social, tendo como principais apontamentos a desassistência dos usuários do ponto de vista de monitoramento. Dentro dos indicadores de assiduidade e adesão da TARV, estão concentrados também a identificação de falhas nas retiradas de medicamentos, uso inadequado do medicamento e presença de carga viral e CD4 baixo, além de não comparecimento em consultas presenciais e/ou remotas há mais de 1 ano. A partir destes indicadores, evidenciou-se a necessidade de implementação de estratégias para garantir que os usuários fossem acompanhados de forma integral pelo serviço, reestruturando, assim, o Ambulatório de Adesão.

Nesse contexto, este relato irá abordar em duas categorias o processo de reestruturação do Ambulatório de Adesão: 1) Processo de reestruturação do Ambulatório de Adesão; 2) Adequação do grupo de pessoas que vivem com HIV para o modelo remoto (telessaúde).

RESULTADOS

Antes do estado de calamidade pública instituído no país, o monitoramento das PHIV/AIDS em atendimento no serviço era realizado de forma que pudessem ser medidos indicadores efetivos, por diversos fatores, dentre eles: consultas regulares, exames atualizados, retiradas de medicamentos em dia, suporte do serviço social e da psicologia – bem como da enfermagem e da assistência farmacêutica. As consultas aconteciam de forma presencial e, nestas oportunidades, a equipe de saúde realizava intervenções com o (a) usuário (a).

Processo de reestruturação do Ambulatório de Adesão

Com a ascensão da pandemia, houve a necessidade de reformular os fluxos do Ambulatório de Adesão. Neste sentido, foram elencadas possibilidades de atuação para garantir a assistência integral, mesmo com as consultas acontecendo de forma eletiva. No mês de maio de 2020, foi realizada uma busca no banco de dados de pacientes que realizam consultas no ADS, visando identificar usuários com carga viral detectável, CD4 abaixo de 350 e/ou falhas/abandono de tratamento. A partir desta triagem selecionou-se os pacientes que se enquadraram nesses critérios e os prontuários físicos foram avaliados. Por questões éticas, não serão revelados o quantitativo de usuários(as) atendidos(as) no período do relato.



O público-alvo ao qual se direcionou a reformulação do Ambulatório de Adesão foram usuários/as com retiradas irregulares de antirretrovirais na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do ADS, usuários(as) que relatam ter dúvidas e/ou dificuldades na administração do medicamento, compreensão da posologia e questões relativas à aceitação do diagnóstico que podem influenciar em diversos aspectos de sua vida. Além dessa intervenção, também foram implementadas ações através de um grupo de PVHIV/aids por meio de videochamada no aplicativo Whatsapp. O grupo foi mediado por uma psicóloga, mas teve a participação de outros membros da equipe multidisciplinar (farmacêuticos e assistentes sociais, por exemplo).

A nova versão do Ambulatório de Adesão foi construída a partir de reuniões da equipe multiprofissional, gestor e residentes multiprofissionais, para fins de planejamento das ações e atendimentos a serem desenvolvidos, surgindo como uma proposta permanente de atividade a ser desenvolvida no serviço de saúde.

O planejamento da equipe pactuou que os atendimentos fossem realizados em todos os turnos, em escala própria, composta por dois profissionais da saúde da equipe multiprofissional. Dessa forma, toda demanda relacionada ao acolhimento e adesão captada por qualquer setor do ADS deveria ser encaminhada para a dupla de profissionais do turno designado. Os atendimentos foram registrados em uma Ficha de acompanhamento (Figura 1) construída especialmente para utilização do Ambulatório de Adesão. Notificações e demais recados foram assinalados no Sistema de Dispensação de Medicamentos Antirretrovirais – SICLOM da UDM para serem encaminhados aos usuários. Também foram realizados registros nos prontuários físicos.

O processo de trabalho desenvolvido no Ambulatório de Adesão foi esquematizado na Figura 2 e Figura 3.

Os pacientes selecionados para busca ativa, com base nas avaliações dos prontuários físicos, eram contatados através do telefone e a sua condição era avaliada. Usuários sem prescrição médica para retiradas da TARV, com bom histórico de assiduidade, tanto em consultas médicas quanto na UDM,

 **AMBULATÓRIO DE ADESÃO**  **SAE - ADS**

Data do atendimento: ___/___/___ 1º () 2º () 3º ()
Responsáveis pelo atendimento: _____

Identificação do (a) usuário (a)
Nome: _____ Nome Social: _____
Escolaridade: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Reside em: _____
() Pessoa em situação de rua () Abrigo ou residencial terapêutico Telefone: _____
Médico (a) de referência: _____ UBS referência: _____
Rede de apoio familiar: _____
Encaminhado por: _____

• **Esquema TARV em uso:** _____

Identificação dos problemas de adesão
() Vulnerabilidades sociais e/ou psicológicas () Efeitos adversos
() Esquecimento de doses () Descrença no tratamento/ Não aceitação do diagnóstico

Resumo:

Avaliação da Demanda e Orientações:

Encaminhamentos:
() Serviço social () Acolhimento Psicologia () Nutricionista () Consulta farmacêutica
() Consulta médica () Outro: _____

Assinatura e carimbo dos responsáveis pelo acolhimento: _____

SEGUNDO ATENDIMENTO:
Data: ___/___/___ Realizado por: _____

Resumo:

Avaliação da Demanda e Orientações:

Assinatura e carimbo dos responsáveis pelo acolhimento: _____

TERCEIRO ATENDIMENTO:
Data: ___/___/___ Realizado por: _____

Resumo:

Avaliação final:

Encaminhamentos:
() Alta do ambulatório de adesão
() Manter acompanhamento no ambulatório de adesão
() Outro. Especifique: _____

Assinatura e carimbo dos responsáveis pelo acolhimento: _____

Figura 1. Ficha de acompanhamento do Ambulatório de Adesão
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2020.

eram orientados a retirarem as suas prescrições no serviço na data correta de dispensação dos medicamentos e a adesão era reforçada fornecendo orientações sobre a importância da utilização dos medicamentos.

Usuários que se encaixem nos critérios de não adesão eram orientados a comparecer ao serviço para consulta de adesão mediada por dois profissionais de nível superior e de diferentes núcleos, processo designado como “interconsulta”. Nas interconsultas, eram avaliados todos os parâmetros e indicadores relacionados à adesão ao tratamento e não focalizado apenas no processo terapêutico do modelo biomédico, mas considerou-se aspectos relacionados à

sua vida, sua rotina, sua rede de apoio, sua relação com a pandemia e, por fim, seus aspectos biopsicossociais. Após a realização das interconsultas, os profissionais avaliaram quais eram as principais dificuldades e barreiras que poderiam interferir para um regime de boa adesão. E, só neste momento, os usuários eram encaminhados. Os encaminhamentos eram realizados para profissionais dentro do próprio serviço, podendo ser: consultas médicas, com assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e enfermeiro. O profissional designado no encaminhamento realizava a sua consulta, registrava em prontuário e orientava o usuário. O tempo estimado de cada interconsulta foi de 30 minutos.

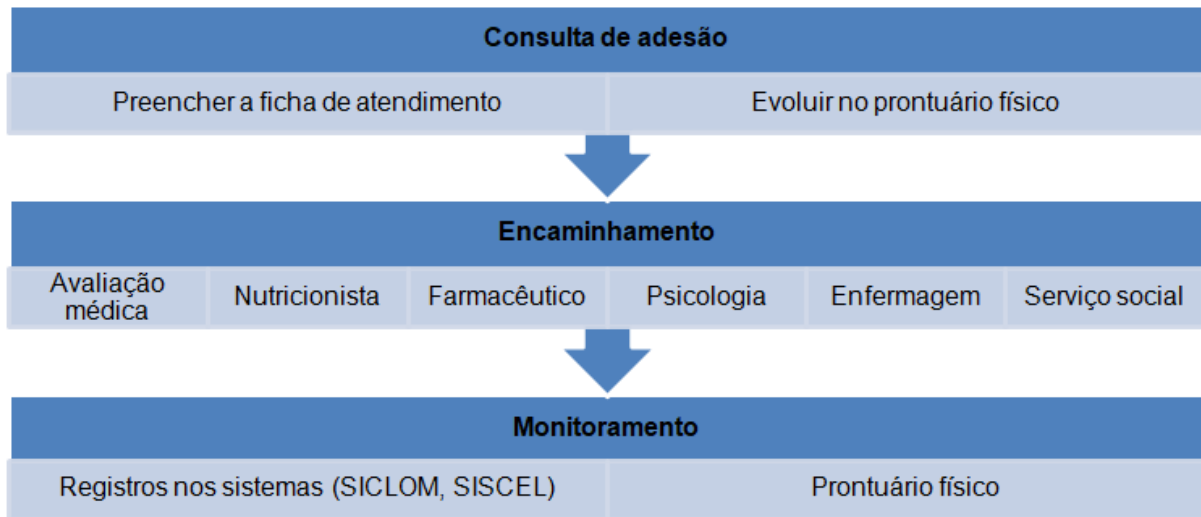


Figura 2. Esquema do processo de trabalho desenvolvido para o Ambulatório de Adesão

Fonte: Elaboração dos autores.

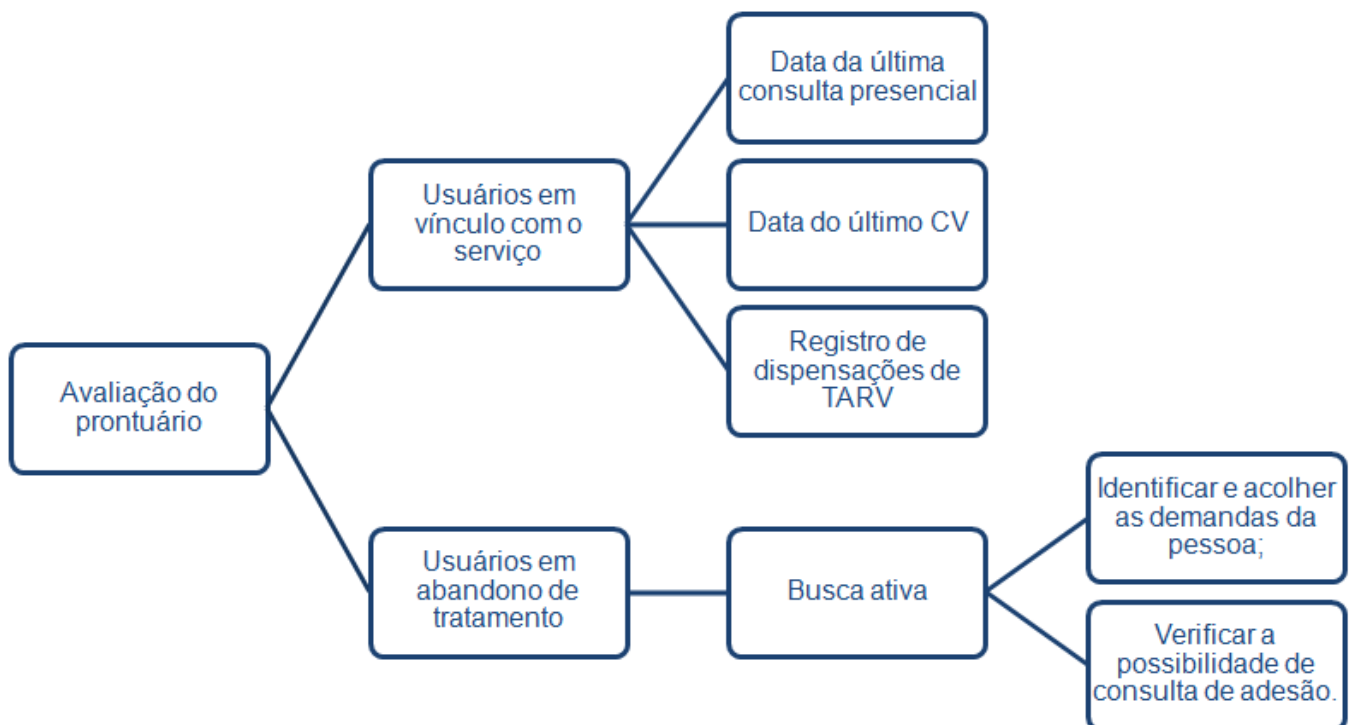


Figura 3. Esquema das consultas de adesão

Fonte: Elaboração dos autores.

O processo de implementação do Ambulatório de Adesão se deu de forma gradual e com a participação ativa de todos os trabalhadores da saúde pertencentes ao quadro da escala de trabalho. A implementação do novo modelo do Ambulatório foi aceita de forma significativa pela gestão e demais profissionais que não atuam diretamente no SAE, mas foram identificadas algumas barreiras significativas neste processo de trabalho, como: ausência de espaço físico específico para a finalidade de interconsultas; resistência dos usuários em serem atendidos por outros profissionais que não o médico; dificuldade em adequar o fluxo do Ambulatório de Adesão com os demais fluxos do serviço e, por fim, poucos recursos humanos para compor a escala.

Como potencialidades, verificou-se a importância de espaços de escuta serem proporcionados nos serviços de saúde de uma forma geral, independente do contexto em que atuam. Tais espaços potencializam o vínculo dos usuários com o serviço, profissionais e demais trabalhadores, além de escancarar situações e condições de vida antes não percebidas nem atendidas pelo serviço.

A equipe de saúde contou com diversas capacitações para realizar uma escuta sensível e para que o acolhimento fosse visto como um processo de trabalho e não mera “recepção” do usuário no serviço. O treinamento das equipes se deu de maneira reflexiva, ativa, através de aulas, seminários e estudos de caso sobre o tema. Além disso, firmou-se reuniões semanais para sanar dúvidas e restabelecer os fluxos. Toda a equipe participou de modo transversal e permanente na reorganização do Ambulatório de Adesão. Ademais, as capacitações da equipe também se deram no que tange a sensibilização das equipes, atentando para a necessidade e importância da adesão do tratamento, a partir do projeto descritivo como material de apoio para leitura que foi disponibilizado os envolvidos de alguma forma no cuidado do paciente.

Adaptação do grupo de pessoas que vivem com HIV para a Telessaúde

O grupo de pessoas que vivem com HIV é um importante dispositivo de cuidado e um potente ferramenta de aproximação e troca de conhecimentos e percepções envolvidas no universo do viver com o vírus. Ademais, é um espaço que oportuniza a expressão e ressignificação de experiências através de trocas e compartilhamentos^{12,13}. A intervenção grupal realizada neste serviço teve como objetivos discutir problemas em comum, limitações e perspectivas daqueles que experimentam sofrimentos semelhantes, decorrentes da construção de mais de quatro décadas de estigmatização. Os encontros oportunizam aos integrantes falarem das vivências e obterem apoio em suas dores, utilizando a experiência de uns em prol do acolhimento das demandas trazidas pelos demais.

Os encontros foram mediados por uma profissional do núcleo de psicologia como facilitadora das discussões, além de dispor da contribuição das demais áreas da saúde

que integram a equipe de atenção. Os convites direcionados aos demais membros da equipe eram realizados a partir das propostas e sugestões de temas para os encontros subsequentes. Assim, além de garantir um aporte teórico às questões sugeridas, o enfoque multidisciplinar possibilita diferentes olhares ao processo. Além do diálogo, discussão e troca de informações sobre as novas tecnologias de prevenção e cuidado, a intervenção objetiva ampliar as demandas trazidas, com foco na construção coletiva e com vistas a potencializar o protagonismo dos participantes. As atividades e temas para discussão eram decididos em conjunto e aconteceram em formato de rodas de conversa, cine debate, momentos artísticos e culturais, dentro da perspectiva de promoção da saúde.

Antes da pandemia, os encontros ocorriam semanalmente no ADS e o grupo funcionava em uma modalidade aberta, podendo ingressar novos membros em qualquer encontro. O número de participantes costumava ser variável e compreendido como homogêneo, quanto à presença do vírus e heterogêneo nas demais características que englobam os indivíduos, como idade, escolaridade, raça/cor, gênero e classe social.

Os conteúdos abordados envolviam o amplo espectro do viver com HIV: sexualidade, direitos sociais, revelação diagnóstica, rede de apoio, temor de adoecimento, estigma e discriminação e demais aspectos que envolvem direta ou indiretamente o processo de adesão ao tratamento. Ao abordar estigmas e preconceitos que permeiam este contexto, é possível promover o protagonismo dos sujeitos no seu cuidado em saúde. Desta forma, torna-se possível potencializar e fortalecer a adesão ao tratamento, consequência do acolhimento oportunizado neste espaço e identificação com seus iguais.

Sabendo-se que os grupos têm movimento, são dinâmicos e precisam adaptar-se ao contexto ao qual estão inseridos, no ano de 2020, em decorrência da necessidade de isolamento físico e adaptação gerado pela pandemia, a atividade grupal precisou passar por uma reformulação em seu formato, migrando para a modalidade remota.

Diante deste novo cenário, os objetivos do grupo na modalidade virtual direcionaram-se a promover e ofertar, semanalmente, um espaço de trocas de experiências, informações e dúvidas durante o contexto pandêmico. Portanto, entendeu-se que seria necessário reforçar os dispositivos de apoio e adesão ao tratamento. Cabe salientar que, quando abordamos o grupo de modo remoto, é imprescindível levar-se em consideração que os recursos tecnológicos e espaços privados são distintos e, desse modo, as dinâmicas grupais precisam respeitar essas novas configurações, a fim de garantir o acolhimento, o sigilo e o cuidado com os conteúdos trazidos.

DISCUSSÃO

Neste artigo, foi discutido o processo de reestruturação de um ambulatório voltado para garantir a assistência integral às PVHIV/AIDS durante a pandemia do COVID-19, além de

relatado a experiência multiprofissional e a migração de um grupo de apoio para o formato remoto. Como contribuições, sustentamos o processo de trabalho multidisciplinar como principal facilitador para a implementação de serviços assistenciais no âmbito da adesão ao tratamento. Sabidamente, a adesão envolve inúmeros aspectos dos indivíduos que não só o aspecto biomédico. Além disso, evidenciou-se também o papel dos recursos tecnológicos como forma de prover assistência integral à saúde.

A complexidade existente na dinâmica de tratamento e assistência à saúde das PVHIV/AIDS levou a implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE), pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, estabeleceu-se padrões mínimos de estrutura do cuidado, incluindo, dentre tantos outros critérios, a existência de uma equipe que oferecesse assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção a estes pacientes¹⁴. No entanto, a pandemia do COVID-19 exigiu a reorganização dos serviços de saúde para se adequar às necessidades dos usuários, fazendo com que os serviços implementassem fluxos diferenciados na ausência de consultas e atendimentos presenciais.

Assinalando alguns pontos de impacto da pandemia do COVID-19 para as pessoas que vivem com HIV, a implementação da quarentena, o distanciamento social e as medidas de restrição da comunidade reduziram o acesso assistencial. Além disso, o acesso à TARV pode ter sido prejudicado quando estas são fornecidas em hospitais e ambulatórios, impactando no tratamento de pessoas que iriam iniciar a terapia e nas pessoas que já estavam em uso. As visitas aos hospitais ou ambulatórios foram restritas em virtude das medidas de restrição implementadas na pandemia do COVID-19¹⁵.

O papel da equipe multiprofissional no cuidado e assistência às PVHIV/AIDS foi imprescindível para que o serviço de saúde se reestruturasse para atender às demandas subjacentes da pandemia. O processo de trabalho pode ser entendido como um conjunto de práticas, saberes, ferramentas e meios, realizado por meio de profissionais que produzem os serviços e prestam assistência individual e coletiva¹⁶. As necessidades dos usuários contribuem para a articulação das diferentes práticas de trabalho existentes. Enfatizando que o HIV ou a AIDS não se constituem apenas dos saberes biomédicos, mas sim da dinâmica social, cultural e psicológica¹⁷, neste sentido, o trabalho multidisciplinar reitera a sua importante contribuição e aporte no manejo das questões-problema enfrentadas pelos usuários.

Neste campo de prática, o processo de trabalho multidisciplinar se deu através de interconsultas. O termo “interconsulta” deriva da interdisciplinaridade e tem a sua origem ainda na década de 80 com a inclusão da psiquiatria em hospitais gerais, cujo objetivo era prestar “consultoria” aos demais médicos¹⁸. No âmbito do HIV/AIDS, a interconsulta é um dispositivo valioso para o acolhimento, integração dos saberes, melhoria da adesão ao tratamento e melhor percepção

do processo saúde-doença dos usuários. Neste modelo mais abrangente de cuidado, a integralidade adota uma visão mais ampliada do processo saúde-doença, tendo como competências todos os aspectos sociais, inter-relacionais, território, cultura e comunidade, além de coordenar estratégias que componham também a rede psicossocial, auxiliando no fortalecimento e protagonismo dos próprios usuários¹⁹. O trabalho desenvolvido em equipe permite repensar práticas e papéis que só serão efetivos quando trabalhadas as relações de poder, constituídas a partir da interdisciplinaridade, que busca a superação da burocratização e da verticalização das decisões, através de um processo de trabalho organizado e reflexivo que vise resolubilidade aos serviços de saúde²⁰.

Evidenciou-se que os usuários atendidos pelo Ambulatório de Adesão foram resistentes quanto às consultas serem realizadas por outros profissionais da saúde. De fato, o modelo biomédico ainda é hegemônico e bastante disseminado pela população. Lopes e Corbo²¹ exploram que os serviços de saúde, ao incorporarem a diretriz da integralidade, implicam na reestruturação dos processos de trabalho tradicionais (centrados na figura do médico), sendo necessário desconstruir o modelo predominante (modelo biomédico), visto que este modelo faz os indivíduos reféns da tecnicidade e padronização do tratamento.

Com relação aos impactos da pandemia, alguns estudos trazem que os maiores prejuízos relacionados aos usuários estão associados com as desigualdades sociais que atravessam a vida destes de diversas formas: dificuldades financeiras relacionadas ao desemprego e vulnerabilidades sociais e psicológicas – que acabam prejudicando o vínculo com o serviço e trazendo atraso nas retiradas da TARV, na realização de exames de rotina (hemogramas, carga viral e CD4) e impossibilitando a vinda às consultas médicas^{2,9}. De fato, as preocupações dos provedores de cuidados com o HIV sobre os resultados do atendimento ao paciente se concentraram fortemente na retenção no atendimento e na adesão aos medicamentos. Mais de 50% dos provedores de cuidados com o HIV perceberam que seus pacientes não conseguiam reabastecer a TARV em tempo hábil, mostrando que o reabastecimento de TARV e a adesão aos medicamentos foram problemas prevalentes para o tratamento do HIV durante o COVID-19^{2,9}.

O grupo de apoio às PVHIV/AIDS, remodelado para o formato virtual, também demonstrou um direcionamento nas dúvidas durante o contexto pandêmico, sendo esse, um espaço oportuno para intervenções de reforço na adesão ao tratamento. A telessaúde é uma prática que ganhou maior visibilidade durante a pandemia do COVID-19 no Brasil e no mundo inteiro. É conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a oferta de serviços de cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico”, algo que corrobora o aumento da sua prática no cenário em que o distanciamento social é a única maneira de conter o avanço da COVID-19 no mundo²². Tais serviços são ofertados por profissionais da área de saúde, usando tecnologias de

informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de provedores de cuidados com a saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliações²³.

Pesquisas demonstraram que a telessaúde tem sido utilizada de forma eficaz no tratamento do HIV associada a altas taxas de satisfação do usuário, sendo uma forma necessária de atendimento para expandir os cuidados, particularmente em ambientes rurais ou populações de difícil alcance, e considerando que muitos usuários ainda não acessam os serviços de saúde por medo do estigma e do preconceito e/ou não acessaram por conta da pandemia. Há relatos sobre a utilização de mensagens de texto por celular para lembrete de retirada de medicamentos ou marcação de consultas²⁴⁻²⁶, mas não se tem dados até o momento da utilização de espaços grupais remotos com esta finalidade.

Aponta-se como potenciais limitações deste estudo a falta de dados específicos dos pacientes atendidos (socio-demográficos e clínicos), considerando que o momento atípico impediu que fossem delineadas metodologias mais robustas para reportar este estudo. No entanto, considera-se de extrema relevância para a sociedade científica a utilização também de estudos qualitativos como suporte e apoio teórico na prática assistencial dos serviços de saúde. Este estudo poderá ser generalizado para outros contextos clínicos e muitas pessoas poderão se beneficiar de serviços como este.

CONCLUSÃO

A estruturação do Ambulatório de Adesão foi necessária para melhorar os fluxos dentro do serviço e amparar usuários não aderentes ao tratamento. Além disso, considerou-se relevante a articulação enquanto equipe multiprofissional de saúde, trocando saberes e experiências entre os diferentes núcleos profissionais. Esse relato de experiência sustenta que o processo de trabalho multidisciplinar foi o principal facilitador para a implementação de serviços assistenciais que superassem o modelo biomédico e considerassem os indivíduos autônomos em seu processo terapêutico. Sabidamente, a adesão envolve inúmeros aspectos dos indivíduos que não só o aspecto biomédico. Além disso, evidenciou-se também o papel dos recursos tecnológicos como forma de prover assistência aos pacientes e o acompanhamento e monitoramento diante do cenário da COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Brasília; 2018. 410 pg. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 21/01/2022.
2. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Estatísticas globais do HIV. 2021 [Internet]. [acesso em 21 Jan 2022]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>.
3. Rodrigues RP. Estudo descritivo dos efeitos adversos em indivíduos infectados pelo HIV que recebem tratamento em Ouro Preto, MG [Internet]. [Monografia – Curso de Farmácia]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto; 2019. 53p. [acesso em 21 Jan 2022]. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1877>.
4. Diemert S, Weber J, Price M. An Engagement Model for Medication Management: From Prescription to Description and Conscriptio. *Stud Health Technol Inform* 2017;235:81-6.
5. Organização Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004. [acesso em 21 Jan 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Zuge SS, Paula CC, Padoin SMM. Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: Revisão Sistemática. *Rev. esc. enferm. USP* 2020; 54:e03627.
7. Alencar I, Ferreira A. Fatores que Influenciam na Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Antirretroviral por Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: uma revisão da literatura científica produzida no Brasil entre 2010-2017. *Convención Internacional de Salud*, 2018. [acesso em 4 fev 2022]. Disponível em: <file:///C:/Users/ffalb/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/45162faf-bd35-4f54-8e62-e4b927c30b57/2086-4703-1-PB.pdf>.
8. Oliveira AV, Santiago JJC, Lima LV, Garbelini GU, Paiva IG, Guizzetti IA et al. Fatores que levam à não adesão ao tratamento antirretroviral oferecido pelo SUS. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020; 3(1):955-67.
9. Guo W, Ming F, Dong Y, Zhang Q, Zhang X, Mo P et al. A Survey for COVID-19 Among HIV/AIDS Patients in Two Districts of Wuhan, China. *The Lancet* (Ahead of print). [acesso em 7 fev 2022]. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3550029.
10. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014; 89(9):1245-51.
11. Holliday OJ. Para Sistematizar Experiências. 2nd ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006. [acesso em 7 fev 2022]. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>
12. Santos WI, Munari DB, Medeiros M. O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/AIDS: um relato de experiência. *Rev. Eletr. Enferm.* 2009;11(4):1043-48.

13. Soro DB, Carrobles JA, García MA. Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual. *Behavioral psychology/ Psicología conductual* 2021; 29(2): 237-57.
14. Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Team work and interdisciplinarity: Challenges facing the implementation of comprehensive outpatient care for people with HIV/Aids in Pernambuco. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(1):147-56.
15. Jiang H, Zhou Y, Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The lancet HIV* 2020; 7(5):e308-e309.
16. Soares MQ, Lisboa CF, Carlos VFLV, Sabino JSN, Ribeiro DN, Vieira JÁ. O processo de trabalho e a equipe multidisciplinar: um relato de experiência do Centro Estadual de Atenção Especializada. *J Manag Prim Health Care* 2017; 7(1):100-100.
17. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev. saúde pública* 2002; 36(4 supl):108-16.
18. Bortagarai FM, Peruzzolo DL, Ambrós TMB, Souza APR. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Distúrb Comun* 2015; 27(2):392-400.
19. Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Revista Mosaico* 2020; 11(2):109-16.
20. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 2007; 5(8):107-24.
21. Falleiros I, Lima JCF, Matta GC, Pontes ALM, Lopes MCR, Morosini MVC et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Ponte CF, Falleiros I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 237-276.
22. WHO. Fifty-eighth world health assembly geneva. Geneva, 16-25 May 2005. Resolutions and decisions annex geneva [Internet]. Geneva: WHO; 2005. [acesso em 7 fev 2022]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf
23. Gossenheimer AN, Rigo AP, Schneiders RE. Organização do serviço de telecuidado farmacêutico como estratégia de combate à Covid-19 no Rio Grande do Sul. *READ* 2020; 26(3):524-535.
24. Garofalo R, Kuhns LM, Reisner SL, Mimiaga MJ. Behavioral Interventions to Prevent HIV Transmission and Acquisition for Transgender Women: A Critical Review. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72 Suppl3(Suppl3):S220-5.
25. Magnus M, Edwards E, Dright A, Gilliam L, Brown A, Levy M et al. Development of a telehealth intervention to promote care-seeking among transgender women of color in Washington, DC. *Public Health Nurs* 2020; 37(2):262-271.
26. Wootton AR, Legnitto DA, Gruber VA, Dawson-Rose C, Neilands TB, Johnson MO et al. Telehealth and texting intervention to improve HIV care engagement, mental health and substance use outcomes in youth living with HIV: a pilot feasibility and acceptability study protocol. *BMJ open* 2019; 9(7):e028522

ABSTRACT

Introduction: The Sars-Cov-2 (COVID-19) pandemic intensified the care demand of people living with HIV or AIDS (PHIV/AIDS), supporting the need to develop strategies aimed at minimizing the consequences that quarantine, social distancing and the absence of clinical consultations could mainly affect their treatments. In response to these challenges, assistance flows were reorganized in different scenarios and these changes occurred at a global level. In this context, it was identified as necessary in the health services that strategies were developed to minimize factors that contributed to non-adherence to treatment. **Objectives:** To describe the reformulation, structuring and adequacy of the work process of the multidisciplinary team of a service specialized in HIV/AIDS during the COVID-19 pandemic, through the implementation of a new model of Adhesion Clinic and adequacy of a support group to the remote model (telehealth). **Methods:** This is a qualitative, descriptive study of professional experience report kind. The Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) checklist was used to guide the methodological development and adequately report the results. The systematization of experiences proposed by Oscar Holliday was used to explain the professional experience lived. **Results:** The report described from May 2020, when the Adhesion Ambulatory, a previously existing service at the Sanitary Dermatology Ambulatory, located in Porto Alegre - RS, began to be structured to adapt to the protocols of the COVID-19 pandemic. This process involved the multidisciplinary health team, composed of 10 professionals from different areas of knowledge (pharmacists, nurses, social workers, nutritionists and psychologists). **Conclusions:** The structuring of the Adherence Outpatient Clinic was necessary to improve the flows within the service and support users who did not adhere to the treatment. In addition, the role of technological resources was also highlighted as a way to provide patient care and follow-up and monitoring in the face of the COVID-19 scenario.

Keywords: Human immunodeficiency virus; Acquired immunodeficiency syndrome; Adherence to treatment; COVID-19.

RESUMEN

Introducción: La pandemia del Sars-Cov-2 (COVID-19) intensificó la demanda de cuidados de las personas que viven con VIH o SIDA (PHIV/AIDS), sustentando la necesidad de desarrollar estrategias encaminadas a minimizar las consecuencias que la cuarentena, el distanciamiento social y la ausencia de las consultas clínicas podría afectar principalmente a sus tratamientos. En respuesta a estos desafíos, los flujos de asistencia se reorganizaron en diferentes escenarios y estos cambios se dieron a nivel global. En ese contexto, se identificó como necesario en los servicios de salud que se desarrollaran estrategias para minimizar los factores que contribuyeron a la no adherencia al tratamiento. **Objetivos:** Describir la reformulación, estructuración y adecuación del proceso de trabajo del equipo multidisciplinario de un servicio especializado en VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19, a través de la implementación de un nuevo modelo de Clínica de Adhesión y adecuación de un grupo de apoyo a el modelo remoto (telesalud). **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, del tipo relato de experiencia profesional. Se utilizó la lista de verificación Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) para orientar el desarrollo metodológico y reportar adecuadamente los resultados. Se utilizó la sistematización de experiencias propuesta por Oscar Holliday para explicar la experiencia profesional vivida. **Resultados:** El informe describe a partir de mayo de 2020, cuando el Ambulatorio de Adhesión, un servicio previamente existente en el Ambulatorio de Dermatología Sanitaria, ubicado en Porto Alegre - RS, pasó a ser estructurado para adaptarse a los protocolos de la pandemia de la COVID-19. Este proceso involucró al equipo multidisciplinario de salud, integrado por 10 profesionales de diferentes áreas del conocimiento (farmacéuticos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas y psicólogos). **Conclusiones:** La estructuración del Ambulatorio de Adherencia fue necesaria para mejorar los flujos dentro del servicio y apoyar a los usuarios que no adhirieron al tratamiento. Además, también se resaltó el papel de los recursos tecnológicos como forma de brindar atención y seguimiento y monitoreo a los pacientes ante el escenario del COVID-19.

Palabras clave: Virus de la inmunodeficiencia humana; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Adherencia al tratamiento; COVID-19.