

“SE NÃO FOSSE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, TERIA SIDO MUITO MAIS CATASTRÓFICO”: RESILIÊNCIA E DESAFIOS NO CUIDADO EM HIV/AIDS NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

“IF “IF IT WEREN’T FOR THE UNIFIED HEALTH SYSTEM, IT WOULD HAVE BEEN MUCH MORE CATASTROPHIC”: RESILIENCE AND CHALLENGES IN HIV/AIDS CARE IN BRAZIL DURING THE COVID-19 PANDEMIC

«SI NO FUERA POR EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, HUBIERA SIDO MUCHO MÁS CATASTRÓFICO»: RESILIENCIA Y RETOS EN LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN BRASIL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Denis Fernandes da Silva Ribeiro¹, Bárbara Silvestre da Silva Pereira², Solena Ziemer Kusma Fidalski³

DOI: 10.54899/dcs.v23i87.4421

Recibido: 31/01/2026 | Aceptado: 02/02/2026 | Publicación en línea: 09/02/2026.

RESUMO

A pandemia de COVID-19 impactou sistemas de saúde em todo o mundo, gerando retrocessos no cuidado em HIV/AIDS. No Brasil, o período entre 2019 e 2020 registrou queda de 19,4% no número de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que iniciaram antirretroviral, redução de 32,8% na realização de exames de monitoramento de linfócitos TCD4 e atraso de 18% na dispensação de antirretrovirais. Assim, o presente estudo objetiva investigar as repercussões da pandemia de COVID-19 no cuidado em HIV/AIDS no Brasil, na percepção das PVHIV usuárias do SUS. Este estudo se trata de pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, mediada por entrevistas em profundidade com 15 PVHIV usuárias do SUS provenientes 10 estados do Brasil. Os dados foram alvo de análise temática de conteúdo. Na análise, emergiram três categorias temáticas: 1) Desafios ao acesso, a integralidade e aos processos de comunicação dos serviços de referência ao HIV; 2) Estratégias de intervenção aos desafios interpostos; 3) “Se não fosse o SUS, a coisa teria sido muito mais catastrófica”. Foram relatadas dificuldades de acesso relacionadas à reorganização dos serviços, medo do contágio, barreiras na mobilidade urbana e intensificação do estigma. Simultaneamente, evidenciaram-se estratégias de adaptação como a dispensação ampliada de medicamentos, uso de tecnologias de comunicação e manutenção de vínculos terapêuticos. Essas descobertas permitem concluir que, apesar dos desafios enfrentados durante a pandemia, o SUS demonstrou capacidade de reorganização e que seu fortalecimento é essencial para garantir a continuidade do cuidado em HIV/AIDS e o alcance das metas globais de eliminação da AIDS até 2030.

¹ Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: denis.ribeiro@ufpr.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2597-0954>

² Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: barbarasilvestre25@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9795-5492>

³ Doutora em Odontologia, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: solenakusma@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1708-0038>

Palavras-chave: COVID-19. HIV. Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic impacted health systems throughout the world, generating setbacks in HIV/AIDS care. In Brazil, the period between 2019 and 2020 registered a drop of 19.4% in the number of people living with HIV (PLHIV) who started antiretrovirals, a reduction of 32.8% in the realization of TCD4 lymphocyte monitoring exams, and a delay of 18% in the dispensing of antiretrovirals. The present study objectives to investigate the repercussions of the COVID-19 pandemic in HIV/AIDS care in Brazil, in the perception of PLHIV users of the SUS. This study is a qualitative exploratory and descriptive research, mediated by in-depth interviews with 15 PLHIV users of the SUS residing in 10 Brazilian states. The data were the object of thematic content analysis. In the analysis, three thematic categories emerged: 1) Challenges to access, integrality, and the communication processes of HIV reference services; 2) Intervention strategies for the interposed challenges; 3) "If it were not for the SUS, the scenario would have been much more catastrophic." Difficulties of access related to the reorganization of services, fear of contagion, barriers in urban mobility, and intensification of stigma were reported. Simultaneously, adaptation strategies were evidenced, such as expanded medicine dispensing, use of communication technologies, and maintenance of therapeutic bonds. These discoveries allow to conclude that, despite the challenges faced during the pandemic, the SUS demonstrated reorganization capacity and that its strengthening is essential to guarantee the continuity of HIV/AIDS care and the reaching of global goals for the elimination of AIDS by 2030.

Keywords: COVID-19. HIV. Health Services Accessibility. Comprehensive Health Care. Unified Health System.

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 impactó severamente los sistemas de salud globales, provocando retrocesos significativos en la atención del VIH/SIDA. En Brasil, el periodo entre 2019 y 2020 reflejó esta crisis con una disminución del 19,4% en el inicio de terapias antirretrovirales, una caída del 32,8% en la realización de exámenes de monitoreo de linfocitos TCD4 y un retraso del 18% en la dispensación de medicamentos. Ante este panorama, el presente estudio se propuso investigar las repercusiones de la crisis sanitaria en el cuidado del VIH en Brasil desde la percepción de las personas que viven con VIH (PVVIH) usuarias del Sistema Único de Salud (SUS). Se desarrolló una investigación cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo, fundamentada en entrevistas en profundidad con 15 PVVIH residentes en diez estados brasileños. A través de un análisis temático de contenido, emergieron tres categorías centrales: los desafíos en el acceso, la integralidad y la comunicación; las estrategias de intervención frente a las dificultades; y la valoración del sistema público, bajo la premisa de que sin el SUS el escenario habría sido mucho más catastrófico. Los hallazgos describen barreras críticas relacionadas con la reorganización de los servicios, el miedo al contagio, obstáculos en la movilidad urbana y una intensificación del estigma. No obstante, también se evidenciaron adaptaciones resilientes, tales como la dispensación ampliada de fármacos, el uso de tecnologías de comunicación y el mantenimiento de los vínculos terapéuticos. En conclusión, el estudio demuestra que el SUS posee una notable capacidad de reorganización, siendo su fortalecimiento indispensable para

asegurar la continuidad del cuidado y alcanzar las metas globales de eliminación del SIDA para el año 2030.

Palabras clave: COVID-19. VIH. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Atención Integral de Salud. Sistema Único de Salud.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A pandemia gerada pelo “novo coronavírus” (COVID-19) impactou significativamente os cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Desde os primeiros casos, o país enfrentou desafios sociais e sanitários sem precedentes e que afetaram a capacidade de resposta e a estrutura dos serviços públicos de saúde (Parente *et al.*, 2021; Celuppi *et al.*, 2022). Os dados mais recentes do Ministério da Saúde revelam que foram registrados, até setembro de 2025, 39,3 milhões de casos de COVID-19 no Brasil, com registro de 716 mil mortes (Brasil, 2026).

Neste cenário, as pessoas com condições crônicas de saúde tiveram seu atendimento afetado. Dentre elas, estão aquelas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Cunha *et al.*, 2025). O Programa de HIV/AIDS da Organização das Nações Unidas (UNAIDS) aponta que, em 2025, 40,8 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2026). No Brasil, estima-se uma prevalência de 0,7% em toda a população, com total de 1,6 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), estando 89%, destas, em tratamento antirretroviral (Brasil, 2025; UNAIDS, 2026).

Nos períodos mais agudos da pandemia de COVID-19, os avanços alcançados no diagnóstico, no tratamento e na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) começaram a regredir em todo o mundo (UNAIDS, 2022). No Brasil, houve uma queda de 19,4% no número de PVHIV que iniciaram a terapia antirretroviral (TARV) entre 2019 e 2020 (Brasil, 2022). Das pessoas em uso da TARV, o atraso na dispensação ocorreu em 18% das vezes. Concomitantemente, o número de testes realizados para a contagem de linfócitos, vital para acompanhamento em saúde das PVHIV, diminuiu 32,8% no mesmo período (Brasil, 2022, 2023; UNAIDS, 2023).

Outrossim, houve redirecionamento de financiamento, fluxos, profissionais e serviços, o que desafiou a cobertura integral e contínua relacionada ao HIV (Celuppi *et al.*, 2022; Oliveira &

Ricoldi, 2021). A crise social também intensificou as disparidades para as PVHIV, resultando no distanciamento das redes de apoio social, dificuldades na mobilidade urbana, no emprego e na geração de renda (Parente *et al.*, 2021; Oliveira & Ricoldi, 2021).

Tais desafios resultaram em desfechos desfavoráveis para PVHIV e no incremento do número de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o que dificultaria a conquista das metas 95-95-95 do UNAIDS e o alcance do objetivo de eliminar a AIDS até 2030 (Celuppi *et al.*, 2022; UNAIDS, 2023). Isso ressalta a urgência de realizar estudos sobre as interferências da COVID-19 no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV.

Estudos conduzidos em diversas partes do mundo indicam a diminuição no acesso e na cobertura dos cuidados em saúde para as PVHIV (Chenneville *et al.*, 2020; Parente *et al.*, 2021; Kaswa, 2021; Celuppi *et al.*, 2022; UNAIDS, 2022). Existem poucos estudos que analisaram especificamente essa perspectiva no SUS sob a narrativa dos usuários dos serviços de saúde, indicando a lacuna explorada pelo presente estudo.

A investigação das percepções e narrativas de PVHIV sobre os cuidados em saúde durante a pandemia de COVID-19 proporciona informações fundamentais para compreender os impactos dessa crise no acesso e na integralidade do cuidado no SUS. Ao explorar as dimensões que afetam o acesso e a integralidade assistencial torna-se possível analisar quais caminhos precisam ser remodelados e quais (re)encontros precisam ser oportunizados.

Desta maneira, questiona-se: Quais impactos e repercussões a pandemia de COVID- 19 trouxe para o cuidado em saúde das PVHIV no Brasil? Como o acesso e a integralidade do cuidado em HIV foram afetados pela pandemia de COVID-19 na percepção de PVHIV usuárias do SUS? Como a busca por cuidados em saúde por PVHIV foi afetada durante e após a COVID-19? Para responder tais questões, este trabalho assume como objetivo principal investigar as repercussões da pandemia de COVID-19 no cuidado em HIV/AIDS no Brasil, na percepção das pessoas vivendo com HIV usuárias do Sistema Único de Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

A análise das repercussões da emergência sanitária de COVID-19 sobre a assistência às PVHIV no SUS exige a extrapolação de visões meramente clínicas ou epidemiológicas. É imperativo articular referenciais das ciências humanas e sociais capazes de capturar as dimensões simbólicas e macrosociais que moldam as vivências de condições de saúde e as práticas de

cuidado. Este estudo ancora-se, portanto, nos conceitos de estigma de Goffman (1963), vulnerabilidade em saúde de Ayres e colaboradores (1999; 2003; 2004; 2007; 2012) e nas contribuições de Richard Parker (2012; 2013) sobre sexualidade e HIV.

Esses referenciais permitem apreender como mecanismos sociais de segregação e a produção de iniquidades se entrelaçam com as políticas sociais e os arranjos organizacionais dos serviços de saúde. Tal convergência constitui trajetórias distintas de acesso assistencial e possibilidades diferenciadas de exercício da cidadania para as populações afetadas, conforme discutido por Parker e Aggleton (2003) e Ayres *et al.* (2012).

O conceito de estigma, sistematizado por Goffman (1963), refere-se aos mecanismos sociais que valoram negativamente certos atributos, convertendo sujeitos em pessoas de identidade deteriorada e moralmente comprometida. O autor identifica três modalidades principais de estigma: as deformações corporais, as falhas de caráter percebidas individualmente e os estigmas de pertencimento a grupos étnicos, raciais ou religiosos específicos.

No âmbito da epidemia de HIV, observa-se a convergência dessas múltiplas modalidades, uma vez que a infecção é frequentemente associada a condutas transgressoras de normas sexuais (Parker, 2012; 2013). O estigma, portanto, não é um atributo individual, mas uma relação social de poder que engendra processos de estereotipagem, segregação e discriminação. Tais processos desenvolvem-se em contextos de assimetrias de poder que viabilizam sua manutenção (Parker, 2013; Parker & Aggleton, 2003). A vivência do estigma materializa-se em sofrimento psíquico, apartamento social, vergonha e temor da revelação diagnóstica, repercutindo profundamente na qualidade de vida, na construção identitária e na capacidade de estabelecer vínculos afetivos e redes de apoio (Goffman, 1963)

Richard Parker (2012; 2013) expandiu a análise goffmaniana para uma dimensão estrutural, articulando marcadores sociais de diferença como gênero, raça e classe aos processos de estigmatização do HIV. O autor sustenta que o estigma não pode ser interpretado isoladamente, demandando uma análise de suas intersecções com outros sistemas de opressão e produção de desigualdades sociais.

No contexto brasileiro, Parker (2013) observa que esse estigma se articula historicamente com moralidades religiosas, normas de gênero tradicionais e racismo estrutural. Essa integração produz obstáculos ao acesso aos serviços de saúde, especialmente para segmentos populacionais já situados em posições de marginalização social.

A transição paradigmática da noção de "risco" para "vulnerabilidade" marca um

deslocamento epistemológico fundamental na Saúde Coletiva. Ayres e colaboradores (Ayres, 2004, 2007; Ayres *et al.*, 1999; 2003; 2012) definem vulnerabilidade como o conjunto de aspectos de ordem individual, coletiva e contextual que determinam a suscetibilidade ao agravo e a disponibilidade de recursos protetivos.

Ayres distingue três dimensões interdependentes: a individual (comportamentos), a social (condições econômicas e políticas) e a programática (qualidade das políticas e serviços). O receio de discriminação e a internalização de representações estigmatizantes constituem barreiras à busca por cuidado, enquanto a vulnerabilidade programática manifesta-se em descoordenações do governo federal, em práticas profissionais estigmatizantes e na ausência de acolhimento equitativo (Parker & Aggleton, 2003; Ayres *et al.*, 1999)

A pandemia de COVID-19 amplificou essas vulnerabilidades, exacerbando riscos de complicações, desemprego e insegurança alimentar para as PVHIV. O redirecionamento de recursos causou descontinuidades assistenciais severas, cujos impactos epidemiológicos de longo prazo exigem respostas integradas que garantam o acesso equitativo e integral aos serviços. Neste sentido, a análise das experiências de pessoas vivendo com HIV durante a pandemia de COVID-19 oferece oportunidade para compreensão de como crises sanitárias amplificam vulnerabilidades e explicitam fragilidades estruturais dos sistemas de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem exploratória e descritiva, mediada por entrevistas em profundidade com PVHIV usuárias do SUS. A referida pesquisa foi composta por duas etapas sequenciais exploratórias. A primeira etapa foi mediada por *websurvey* realizado com 405 PVHIV distribuídas no território brasileiro, convidadas virtualmente através de *mailing lists* da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e pelas redes sociais Instagram®, Facebook®, WhatsApp® e Tik Tok®. A segunda etapa, a qual compõe o presente recorte, foi mediada por entrevistas em profundidade com uma parcela dos participantes, selecionados a partir da amostra da primeira etapa.

A amostra foi pré-selecionada através da análise de completude e profundidade das respostas à primeira etapa de coleta de dados. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão: ser pessoa vivendo com HIV, ter idade entre 18 e 65 anos, ter demonstrado interesse e disponibilidade de participar voluntariamente de entrevista à distância.

Foram excluídos os participantes que não dispunham de condições de participarem por videoconferências, os que se encontravam hospitalizados no período da coleta de dados, assim como aqueles que não compareceram aos encontros virtuais previamente agendados ou que desmarcaram por duas vezes seguidas sem justificativa. As entrevistas com novos participantes ocorreram até a saturação da temática.

Os dados foram coletados pelo método de entrevistas semiestruturadas em profundidade, que ocorreram de modo individual e realizadas totalmente à distância, por meio das plataformas de videoconferência Google Meet® e Zoom®, durante os meses de maio de 2022 e janeiro 2023. As entrevistas foram agendadas previamente, conforme interesse, disponibilidade e conveniência do participante, e foram gravadas por software gravador de imagem e som/áudio offline, OBS Studio® versão 27.2.4, sob anuência prévia dos participantes.

As entrevistas tiveram duração média de 36 minutos e totalizaram, aproximadamente, 09 (nove) horas de áudios transcritos na íntegra. A transcrição foi apoiada pela tecnologia de digitação offline de áudio do Google Documentos®. A saturação da temática (Minayo, 2012) e encerramento das entrevistas ocorreram com a entrevista de número 15, quando os tópicos começaram a se repetir e não foram agregados novos dados para discussão.

Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo categorial-temática, na perspectiva de Minayo (2012). Na primeira etapa, foi realizada leitura exaustiva do material transcrito para familiarização com os dados; em seguida, os códigos iniciais foram gerados e o material foi pré-categorizado, utilizando o software Atlas.ti® versão 22.1.5.0; posteriormente, houve busca pelos temas de destaque que emergiram do material (método indutivo), com revisão dos fragmentos das falas e definição dos temas, segundo a força de cada tema. Por último, houve a interpretação e a discussão dos achados.

A pesquisa seguiu as diretrizes do instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong, Sainsbury; Craig, 2007) e a Resolução n.º 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o parecer n.º 5.140.396/2021 e CAAE n.º 52240321.0.0000.0102.

Todos os participantes assinaram o termo de solicitação de uso de som e imagem, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservação do sigilo, foram atribuídos codinomes iniciados com a letra P (abreviatura de participante) e seguido do algarismo arábico de 1 a 15, referente a ordem de participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo contou com a participação de 15 pessoas vivendo com HIV de 10 Unidades da Federação Brasileira: Paraíba, Minas Gerais, Piauí, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Bahia, Paraná, Santa Catarina, Pernambuco e Maranhão. A maioria dos participantes foi composta por homens cisgênero, pretos e pardos, com idade que variou dos 26 aos 65 anos, com média de 45 anos. O tempo do diagnóstico variou de 2 meses a 40 anos, com média de 12,8 anos. A maior parte vivia com 2 salários-mínimos. A figura 1 apresenta uma breve caracterização do perfil dos participantes.

Figura 1. Quadro de caracterização sociodemográfica da amostra participante, segundo a ordem do código de anonimização.

Cód	UF	Idade	Tempo de diagnóstico para o HIV	Gênero	Etnia	Escolaridade	Renda
P1	PB	26 anos	03 anos	Homem cisgênero	Parda	Pós-graduação lato sensu	≤ 1 SM
P2	MG	48 anos	04 anos	Homem cisgênero	Branca	Pós-graduação lato sensu	≥ 4 SM
P3	RJ	34 anos	04 anos	Homem cisgênero	Preta	Ensino superior	2 SM
P4	PI	46 anos	21 anos	Mulher cisgênero	Parda	Pós-graduação lato sensu	≤ 1 SM
P5	RJ	40 anos	12 anos	Mulher transgênero	Preta	Ensino médio ou técnico	3 a 4 SM
P6	DF	35 anos	12 anos	Homem cisgênero	Parda	Mestrado	2 SM
P7	BA	51 anos	24 anos	Homem cisgênero	Branca	Ensino superior	2 SM
P8	MG	27 anos	05 anos	Homem cisgênero	Branca	Ensino superior	2 SM
P9	MG	65 anos	40 anos	Homem cisgênero	Branca	Ensino fundamental	2 SM
P10	PR	58 anos	02 anos	Mulher cisgênero	Parda	Pós-graduação lato sensu	≥ 4 SM
P11	RJ	46 anos	2 meses	Mulher cisgênero	Preta	Ensino médio ou técnico	2 SM
P12	RJ	55 anos	30 anos	Homem cisgênero	Branca	Ensino superior	3 a 4 SM
P13	SC	62 anos	20 anos	Homem cisgênero	Parda	Ensino superior	2 SM
P14	PE	48 anos	13 anos	Homem cisgênero	Preta	Pós-graduação lato sensu	3 a 4 SM
P15	MA	39 anos	03 anos	Homem cisgênero	Parda	Mestrado	≥ 4 SM

Legenda: Cód = Codificação dos participantes / P = Participante / UF = Unidade da Federação do Brasil / SM = Salário-mínimo, com valor de referência do ano de início da coleta de dados em 2021 (R\$ 1.100) / ≤ = menor ou igual a / ≥ = maior ou igual a.

Fonte: Elaboração própria pelos autores, por meio dos dados da pesquisa.

Na análise do material transcrito, emergiram três categorias que evidenciaram como a COVID-19 afetou a busca por cuidados em saúde dos participantes. Na primeira categoria foram analisados os desafios ao acesso, a integralidade e aos processos de comunicação dos serviços de referência ao HIV durante a pandemia de COVID-19. Na sequência, os participantes descrevem que os desafios interpostos pela COVID-19 foram objetos de intervenções pelos serviços de saúde e, por fim, reconhecem que “se não fosse o SUS, a coisa teria sido muito mais catastrófica”.

Desafios ao Acesso, a Integralidade e aos Processos de Comunicação dos Serviços de Referência ao HIV durante a Pandemia de COVID-19

Os desafios e desencontros relacionados a comunicação com os serviços de saúde compuseram o primeiro tópico de destaque presente nas falas dos participantes. Diante da necessidade de diminuição da circulação das pessoas, alguns serviços de referência ao HIV cancelaram atendimentos agendados, sem aviso prévio.

Durante a pandemia, os telefones de lá não funcionavam [...] e para mim, que estava morando no interior, ficava bem chato ter que ir lá só para marcar uma consulta (P1).

Eu me lembro que eu cheguei no dia 18 de março de 2020, recém decretado o estado de emergência nacional em saúde por conta da COVID-19, a minha consulta já estava marcada previamente há meses, e, estávamos todos na fila e, sem nos ter sido avisado, um funcionário da unidade disse: "olha, nós não vamos mais atender, vocês vão receber um aviso pelo WhatsApp". E eu questionei: "E vocês têm meu telefone"? Eles não tinham o meu telefone! [...] (P7).

Durante a pandemia eles esqueceram de nos comunicar que o médico não ia mais nos atender. Eu moro em um bairro muito afastado do SAE {Serviço de Atenção Especializada ao HIV} e eu fiquei muito chateado. Por causa dessa situação eu fui reclamar com a diretoria da unidade, pois vi uma certa displicência no sentido de não nos comunicarem [...] Nesse mesmo dia, tinha uma pessoa que era do interior que viajou mais de quatro horas para a consulta e quando chegou lá não teve a consulta (P15).

As crises sociais e sanitárias impostas pela COVID-19 tiveram relevantes impactos ao funcionamento dos serviços de referência ao HIV em todo o mundo, acarretando interrupções nas cascatas de prevenção, de testagem e de tratamento (Chenneville *et al.*, 2020; Celuppi *et al.*, 2022; Del Amo, Diaz & Polo, 2022; Voisin *et al.*, 2023).

No Brasil, os impactos das crises proporcionadas pela COVID-19 não foram diferentes (Cunha *et al.*, 2022; Portela, Reis & Lima, 2022; Mocelin *et al.*, 2023). Serviços e profissionais da área de infectologia, estratégicos à resposta ao HIV/AIDS, tiveram de ser redirecionados ao atendimento da emergência de saúde pública. Aliado ao ineditismo de tais crises na história do SUS, estivera a descoordenação do governo federal (Portela, Reis & Lima, 2022), que agravou os desafios nos processos de comunicação entre usuários e serviços.

Desde o início da pandemia para cá ficou praticamente inviável realizar alguns exames. Eu não tenho exame de CD4, CD8 e carga viral, pós pandemia. [...] Em 2020 e 2021 eu não fiz exames e em 2021, eu só passei no médico para pegar a receita e a medicação, que também era dispensada para seis meses. Então, não tive consultas em 2021... e em 2023, que eu voltei a fazer as minhas consultas (P5).

A pandemia prejudicou muito a continuidade do serviço, alguns atendimentos tiveram algumas lacunas, como o atraso da realização de exames de CD4 e carga viral [...] o processo de fornecimento dos medicamentos {antirretrovirais} e a logística para repor o estoque {farmacêutico} tiveram bastante dificuldades, especialmente para fornecer os medicamentos para mais de 30 dias, mas agora {2023} conseguiram acertar toda a questão (P12).

Estas barreiras no acesso aos serviços de referência ao HIV no âmbito nacional e internacional são mencionadas em outros estudos (Parente *et al.*, 2021; Kaswa, 2021; Celuppi *et al.*, 2022).

No Brasil, os próprios dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2022) revelam que houve limitações reais na dispensação de medicamentos antirretrovirais: entre 2019 (antes da pandemia) e 2020, a redução foi de 14,5% (de 4.848.028 para 4.143.573 dispensações de antirretrovirais/ano); de 2020 para 2021, a redução foi de 5,2% (de 4.143.573 para 3.928.384 dispensações de antirretrovirais/ano). Isto também foi visualizado no estudo de Kaswa (2021), que descreve que durante o *lockdown*, cerca de 13% das PVHIV do sul do continente africano tiveram o acesso interrompido à terapia antirretroviral.

Em função das restrições ao cuidado integral mencionadas pelos participantes, o acesso a outros serviços também foi afetado. Dois casos ilustram tal efeito “bola de neve”, em que os participantes mencionam que:

O Ministério da Saúde queria condicionar {a tomada da} vacina de COVID dos imunossuprimidos {mediante} ao CD4, mas eu não tinha o CD4 recente e não consegui tomar a vacina, mesmo fazendo parte de um grupo prioritário [...] (P5).

Na questão da vacinação contra a COVID, a gente {pessoas que vivem com HIV} faz parte dos grupos prioritários da vacinação, mas muita gente não tava conseguindo ter acesso a vacinação por conta da burocracia, pois cobravam relatório médico relatando a comorbidade da pessoa (P8).

Considerando que as PVHIV com o sistema imunológico fragilizado detinham risco dobrado de óbito em decorrência da COVID-19 (Chenneville *et al.*, 2020; Parente *et al.*, 2021) e que a vacina era, à época, a medida de prevenção da doença com maior eficácia, foi descabido estabelecer tal condicionalidade em um cenário de alta mortalidade e de descobertura assistencial. Como os usuários não conseguiriam acesso ao exame de quantificação dos linfócitos T CD4+ em seus serviços de referência, o estabelecimento desta condicionalidade os obrigou a buscarem outros serviços, inclusive privados.

Ficou muito ruim, porque eu tinha que me deslocar do meu bairro para ir em outras

unidades em outros bairros, morrendo de medo no buzu, tendo que usar máscara, tomando banho de álcool gel o tempo inteiro... então foi um momento bem difícil durante a pandemia (P7).

Por estar no convênio médico particular temporariamente não a procuro a unidade de saúde da família. Por exemplo para tomar a quarta dose da vacina para a COVID 19, você precisa apresentar um indicativo médico e eu peguei com o médico do convênio (P6).

Alguns autores (Sarti *et al.*, 2020; Parente *et al.*, 2021; Celuppi *et al.*, 2022) mencionam que as respostas tomadas em relação à COVID-19 no Brasil e no mundo têm impactos de longo prazo às demais condições de saúde da população. Por reflexo destes motivos, é previsto um aumento aproximado de 10% nas taxas de morbimortalidade relacionadas ao HIV/AIDS ao longo dos próximos 5 anos (Hogan *et al.*, 2020).

Estratégias de Intervenção aos Desafios Interpostos pela COVID-19 nos Serviços de Referência ao HIV

Mesmo diante do cenário de desafios e desmontes na política de HIV/AIDS, graças à resiliência dos profissionais e serviços de saúde do SUS, estratégias de intervenção foram implementadas e os participantes do estudo as reconhecem. Dentre as estratégias mencionadas, tiveram destaque a incorporação do uso da telessaúde e a dispensação de antirretrovirais para tempo prolongado.

Durante a pandemia, os atendimentos foram por telemedicina, via telefone mesmo, e tínhamos a orientação que se tivéssemos algum problema, não era para ir ao hospital {serviço de referência} e, sim, entrar em contato por telefone [...] recentemente eu perdi uma consulta e entrei em contato por telefone e consegui remarcar (P12).

Nesta perspectiva, o atendimento virtual facilitou o acesso dos pacientes aos profissionais de saúde para os cuidados nos diferentes níveis de atenção (Sarti *et al.*, 2020). Em contrapartida, a realização de consultas à distância envolve a abdicação do espaço sigiloso e de proteção que é construído dentro dos consultórios, já que, nos atendimentos via telessaúde, se demanda a transmissão de informações pessoais (privadas) através de canais passíveis de interceptação e vazamento de dados (Celuppi *et al.*, 2023).

Salienta-se ainda a existência de *gaps* na formação e no treinamento dos profissionais para atuação em canais digitais, fazendo com que estes nem sempre estejam qualificados para a prestação de cuidados integrais e resolutivos através destes canais (Arze, Costa & Campos,

2022; Celuppi *et al.*, 2023). Adicionalmente, existe a heterogeneidade socioeconômica do território brasileiro, que impõe iniquidades ao acesso a dispositivos eletrônicos e ao letramento digital.

Outra estratégia implementada pelos serviços de referência e mencionada pelos participantes do estudo esteve a ampliação da dispensação de medicamentos antirretrovirais para vários meses de uso, na intenção de diminuir a exposição das PVHIV ao risco de contaminação pela COVID-19 nos deslocamentos até os serviços de dispensação farmacêutica e para evitar interrupções no tratamento medicamentoso.

Onde eu sou consultado e onde eu pego a minha medicação, a gente pega para três meses. Isso não me obriga a estar indo mensalmente e isso começou com a pandemia (P9).

Na intenção de diminuir minha exposição ao ter que ir buscar o remédio {medicamentos antirretrovirais}, me deram remédio para seis meses. E eu passei quase nove meses sem ir lá, pois já tinha remédio para três meses (P14).

A dispensação ampliada de antirretrovirais é concebida como um avanço positivo pelos participantes do presente estudo. Os benefícios possibilitados por esta medida incluem desde um maior grau de satisfação aos usuários, quanto ao próprio serviço de saúde, com a redução da carga de trabalho e a possibilidade de priorização dos atendimentos presenciais aos usuários com demandas ou com instabilidades no estado de saúde.

Após as fases de pico de transmissão da COVID-19, o atendimento presencial retornou para as PVHIV com instabilidades no estado de saúde e com demandas que necessitavam de exame físico ou que inviabilizavam o acompanhamento à distância. Nestes atendimentos de retorno, foi comum a percepção de tentativa de retomada do cuidado pelos profissionais dos serviços de referência.

Nesses tempos, eu fui lá fazer o teste de COVID e a enfermeira falou para mim: Olha, a gente tem muito cuidado com vocês {pessoas que vivem com HIV}, porque vocês são um pessoal que a gente tem que cuidar mais. Qualquer coisa você volta aqui! Então eles dão muita atenção para gente lá (P10).

Não obstante a toda descoordenação, insegurança e esgotamento vivenciados pelos profissionais e serviços (Portela, Reis & Lima, 2022), o fragmento discursivo do participante P10 evidencia o compromisso e resiliência do SUS para a retomada do cuidado, fragilizado pela pandemia de COVID-19.

“Se Não Fosse o SUS, a Coisa Teria Sido Muito Mais Catastrófica”

Mesmo que ganhem relevo os impactos negativos proporcionados pela pandemia de COVID-19 nas experiências em busca por cuidados em saúde no SUS, os participantes também visualizaram que "se não fosse o SUS" os impactos desta pandemia em suas vidas seriam ainda mais catastróficos.

O que passamos com a COVID, se não fosse o SUS, a coisa teria sido muito mais catastrófica. Apesar de todos os problemas que o SUS tem, ele é uma coisa que nenhum outro país do mundo tem, isso é uma coisa nossa, do Brasil! Qualquer pessoa, não precisa ser brasileiro, qualquer pessoa no território brasileiro que tenha o diagnóstico de HIV tem acesso garantido aos antirretrovirais gratuitamente, aos exames e as consultas (P13).

Partindo do ponto de vista do participante P13, é fato que, se a população brasileira não tivesse o SUS, o cenário de morbimortalidade associados à COVID-19 seria ainda pior, especialmente, quando se considera que 75% da população depende do SUS para assistência à saúde (Paro, Nespoli & Lima, 2020). O SUS é o maior sistema público universal de todo o mundo e, ainda que conviva com desafios à sua efetivação, é o único sistema de saúde estatal a atender mais de 190 milhões de pessoas (Paro, Nespoli & Lima, 2020).

Como limitações do presente estudo estiveram a necessidade de distanciamento físico, imposta pela COVID-19, que pôde ter inibido a participação de algumas pessoas pelo meio virtual. De modo a intervir frente a esta limitação, os autores estabeleceram relação de proximidade e confiança, reforçando que todos os relatos seriam anônimos, de modo a preservar o sigilo da identidade dos participantes.

Outro aspecto limitante foi que os meios de divulgação da pesquisa se concentraram nas redes sociais, na internet, e os achados poderiam refletir a percepção de pessoas com maior letramento, com melhores condições socioeconômicas e/ou que detinham maior facilidade de diálogo sobre o HIV. E para intervenção a esta limitação, os autores procuraram selecionar uma amostra mais diversa possível, dentro da amostragem por conveniência, através das características sociais, educacionais e regionais previamente coletadas dos participantes.

CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que a pandemia de COVID-19 gerou impactos negativos aos

serviços de referência ao HIV, afetando o acesso e integralidade da assistência através dos déficits na comunicação, da interrupção dos atendimentos e dos exames laboratoriais. Os participantes mencionaram ainda que estratégias foram tomadas por estes serviços para contornar tais desafios, tais como a dispensação da TARV para tempo prolongado e o uso de ferramentas de telessaúde.

As percepções dos usuários sobre os impactos gerados pela COVID-19 nos serviços de referência do SUS configuram-se como ferramenta com potencial de avaliação do próprio funcionamento do sistema de saúde, evidenciando quais caminhos carecem de fortalecimento ou reorientação. Os desafios citados pelos participantes são históricos nos cuidados em saúde do SUS, mas a pandemia serviu como fator de agravamento. Assim, diante das desestruturas proporcionadas pela COVID-19 no atendimento em saúde mencionadas pelos participantes, os achados reforçam a urgência da retomada dos progressos alcançados no período pré-pandêmico.

Tendo em vista que os progressos da política de HIV/AIDS dependem do financiamento e da disponibilidade de recursos públicos, a redução da oferta e do financiamento público tornam difícil a utópica erradicação da AIDS até 2030, além de incrementarem a precarização dos serviços.

Por fim, sugere-se mais estudos que investiguem os impactos de longo prazo da COVID-19 no acompanhamento em saúde das PVHIV no SUS, assim como para a gestão do cuidado. Compreender as consequências da pandemia no acompanhamento em saúde de condições prioritárias demonstra-se fundamental para identificação de lacunas e a implementação de estratégias de intervenção para reorientação das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARZE, W. N. C.; COSTA, M. C.; CAMPOS, A. C. C. A telemedicina como ferramenta de continuidade de cuidados em saúde às pessoas privadas de liberdade vivendo com HIV/Aids em período de pandemia: relato de experiência. **Revista Foco**, v. 15, n. 2, e388, 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV/Aids**. Número especial: dezembro de 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 jan. 2026.**

CELUPPI, I. C. *et al.* Ethical problems in nursing teleconsultations for people living with HIV during the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, supl. 3, e20220754, 2023.

CELUPPI, I. C. *et al.* Management in the care of people with HIV in primary health care in times of the new coronavirus. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, e13, 2022.

CHENNEVILLE, T. *et al.* The impact of COVID-19 on HIV treatment and research: a call to action. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 12, p. 4548, 2020.

CUNHA, A. P. DA. *et al.* Factors associated with the interruption of antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Brazilian municipalities between 2019 and 2022. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 28, p. e250015, 2025.

CUNHA, C. C. D. *et al.* Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de COVID-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, e320301, 2022.

DEL AMO, J.; DÍAZ, A.; POLO, R. The impact of coronavirus disease 2019 on people with HIV. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 35, n. 1, p. 9-14, 2022.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963.

HOGAN, A. B. *et al.* Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1132-e1141, 2020.

KASWA, R. The impact of the COVID-19 pandemic on accessing HIV care: a case report. *South African Family Practice*, v. 63, n. 4, a5344, 2021.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 621-626, 2012.

MOCELIN, H. J. S. *et al.* Barreiras e facilitadores do enfrentamento de HIV/Aids e sífilis por venezuelanas residentes no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 47, e3, 2023.

OLIVEIRA, C. I. D.; RICOLDI, A. Sem “LOAS” na juventude e aposentadoria em risco: uma autoetnografia sobre o ativismo por direitos em HIV/Aids. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 1, e200460, 2021.

PARENTE, J. D. S. *et al.* The impact of social isolation on the COVID-19 pandemic on access to HIV treatment and prevention services. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e28110111692, 2021.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na compreensão da AIDS no Brasil. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Org.). *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25-51.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 6, p. 1027-1030, 2012.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PARO, C. A.; NESPOLI, G.; LIMA, L. D. O. Educação popular em saúde, mais do que nunca! *Revista de Educação Popular*, edição especial, p. 1-5, 2020.

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. D. C.; LIMA, S. M. L. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023**. Genebra: UNAIDS, 2023.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Em perigo: relatório global sobre AIDS**. Genebra: UNAIDS, 2022.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDSinfo**. Genebra: UNAIDS, 2026. Disponível em: <https://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 27 jan. 2026.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VOISIN, D. R. *et al.* COVID-19, retention in HIV care, and access to ancillary services for young Black men living with HIV in Chicago. *AIDS and Behavior*, v. 27, n. 2, p. 535-544, 2023.