

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV DE UMA CIDADE DO ALTO VALE DO ITAJAÍ, SANTA CATARINA

Daniel Gonçalves Feltrin¹, Franciani Rodrigues da Rocha¹, Cristina Bichels Hebeda¹, Talita Reis¹

¹Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale Do Itajaí - UNIDAVI. Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPCMed

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer o perfil epidemiológico de portadores de HIV de um município da região do Alto Vale do Itajaí - SC. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de delineamento epidemiológico transversal, observacional e analítico. Foram analisadas as fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 2014 a 2022, com maiores de 18 anos, obrigatoriamente residentes do município de Ibirama e portadores do vírus HIV. **RESULTADOS:** Foram analisadas 33 fichas de notificação, sendo que duas delas foram excluídas do estudo; com idade média de $34,2 \pm 13,1$ anos com 15 (48,4%) homens e 16 (51,6%) mulheres, de raça/cor branca (87,1%), com preferência sexual por homens (67,7%), com forma de transmissão vertical (100%), maioria com ensino médio completo (29%) trabalhadores formais. **CONCLUSÕES:** Não houve diferença expressiva entre o número de homens e mulheres. Dentre os pacientes vivendo com HIV, houve o predomínio da raça/cor branca, de ensino médio completo e a via sexual como principal forma de infecção pelo HIV.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Epidemiologia; Perfil Epidemiológico.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PEOPLE LIVING WITH HIV IN A CITY OF THE UPPER ITAJAÍ VALLEY, SANTA CATARINA

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the epidemiological profile of HIV carriers in a city of the Upper Valley of Itajaí River region, Santa Catarina, Brazil. **METHODS:** This is a cross-sectional, observational, and analytical epidemiological study. Data from the Notifiable

Diseases Information System between 2014 and 2022 were analyzed for individuals over 18 years of age, residing in the city of Ibirama, and diagnosed with HIV. **RESULTS:** A total of 33 notification records were analyzed, with two of them excluded from the study. The mean age was 34.2 ± 13.1 years, with 15 (48.4%) males and 16 (51.6%) females. The majority were of white race/ethnicity (87.1%), had a sexual preference for men (67.7%), acquired the infection vertically (100%), had completed high school education (29%), and were formal workers. **CONCLUSIONS:** There was no significant difference between the number of males and females. Among HIV-positive patients, there was a predominance of white race/ethnicity, with complete high school education, and sexual transmission as the main mode of HIV infection.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Epidemiology, Health Profile.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN UNA CIUDAD DEL ALTO VALLE DEL ITAJAÍ, SANTA CATARINA

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer el perfil epidemiológico de los portadores de VIH en un municipio de la región del Alto Vale do Itajaí - SC. **MÉTODOS:** Se trata de un estudio de diseño epidemiológico transversal, observacional y analítico. Se analizaron los registros del Sistema de Información de Agravios de Notificación de 2014 a 2022, para mayores de 18 años, residentes obligatoriamente en el municipio de Ibirama y portadores del virus VIH. **RESULTADOS:** Se analizaron 33 registros de notificación, excluyendo dos de ellos del estudio; con una edad media de $34,2 \pm 13,1$ años, 15 (48,4%) hombres y 16 (51,6%) mujeres, de raza/color blanca (87,1%), con preferencia sexual por hombres (67,7%), de transmisión vertical (100%), la mayoría con educación secundaria completa (29%) y empleados formales. **CONCLUSIONES:** No hubo diferencias significativas entre el número de hombres y mujeres. Entre los pacientes que viven con VIH, predominaron los de raza/color blanca, con educación secundaria completa y la vía sexual como principal forma de infección por VIH.

Palabras clave: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Epidemiología; Perfil de Salud.

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV - *Human Immunodeficiency Virus*: Vírus da Imunodeficiência Humana) é o agente responsável pela síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA; do inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, AIDS). Os primeiros casos de contaminação pelo vírus foram diagnosticados em 1981 e, naquele momento, acreditava-se que homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis compreendiam o grupo de risco.^{1,2,3}

Hoje já está bem estabelecido que as infecções pelo HIV ocorrem por meio das mucosas do trato genital ou retal, durante a relação sexual. A transmissão vertical também já está bem documentada.^{1,2,4,5}

O HIV é um retrovírus que acomete o sistema imunológico, especialmente linfócitos T CD4+, promovendo morte celular⁶. Os mecanismos descritos para a redução nas contagens de células T CD4+ plasmáticas incluem prejuízo na proliferação de células T no timo, alterações na permeabilidade da membrana, disfunções mitocondriais, morte induzida por T citotóxicas, entre outros⁶. Nas primeiras horas após a infecção pela via sexual, o HIV e as células infectadas atravessam a barreira da mucosa, permitindo que o vírus se estabeleça no local de entrada e continue infectando linfócitos T CD4+, além de macrófagos e células dendríticas.^{4,6,7}

O diagnóstico do HIV pode ser realizado facilmente por técnicas laboratoriais. O Sistema Único de Saúde disponibiliza de forma gratuita testes rápidos para rastreamento da doença. Vale destacar que o diagnóstico do HIV é secundário às infecções oportunistas, frequentemente observadas nos pacientes portadores do HIV.^{4,5,8}

Ainda não há cura para a infecção pelo HIV. Entretanto, o tratamento disponível atualmente é capaz de alcançar remissão, ou seja, quando a carga viral se torna indetectável pelas metodologias disponíveis. Esse tratamento é realizado com medicamentos antirretrovirais, disponibilizados gratuitamente pelo SUS. Ademais, quanto mais cedo o diagnóstico for realizado e iniciado o tratamento, melhor será a qualidade de vida da pessoa, e menor será a probabilidade de evolução da infecção para a AIDS.^{3,5,8,9}

A literatura tem demonstrado que a infecção pelo HIV é mais frequente em populações vulneráveis, em que a fragilidade política, social, financeira, cultural e educacional prejudica a garantia dos direitos como cidadãos.^{10,11} Os impactos sociais do HIV são de extrema significância, seja por conta do aumento do número de infectados, seja pela letalidade da doença ou pelo custo no tratamento. No Brasil, os

pacientes HIV/AIDS têm sido assistidos, com maior frequência, em hospitais públicos e ambulatórios especializados em todo território nacional.¹²

Entre 1995 e 2015, houve um aumento significativo nos gastos totais com saúde global. Os países mais desenvolvidos apresentaram um maior investimento per capita em tratamentos para o HIV/AIDS, enquanto as nações de baixa renda destinaram menos recursos por indivíduo para a saúde e o combate ao HIV/AIDS. Em 2013, os gastos mundiais com o HIV/AIDS atingiram US \$49,7 bilhões, e em 2015 diminuíram para US \$48,9 bilhões.¹³

Dessa forma, salienta-se a importância de conhecer o perfil epidemiológico de portadores de HIV de um município da região do Alto Vale do Itajaí - SC, de forte influência da cultura alemã, a fim de apresentar um maior conhecimento sobre a realidade local. A pesquisa também auxiliará para um posterior cadastramento e criação de um banco de dados com informações da região da AMAVI - Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí.

Sob uma contextualização de natureza histórica e social do vírus HIV no Brasil, entende-se que, no começo da epidemia, a grande maioria dos casos se restringia a capitais, principalmente no Sudeste, cujo perfil de infectados se firmava entre homens de raça/cor branca, classe socioeconômica de maior estabilidade e com via sexual como principal forma de infecção, com práticas homo/bissexuais, além dos casos entre portadores de hemofilia ou receptores de sangue. Anos depois, o perfil epidemiológico passou a contemplar também o grupo feminino e as periferias. E é nesta direção que Schuller-Trevisol et al.¹⁴ (2013) desconstruem o perfil unilateral de contágio que traziam os primeiros estudos, ao descrever uma transição do perfil epidemiológico da aids no país, no sentido de sua “heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização”.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento epidemiológico transversal, observacional e analítico e atende aos preceitos éticos determinados na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob parecer 5.949.175.

A coleta de dados foi realizada na Policlínica de Referência Regional, no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA - da Região do Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil. É um centro de referência para o tratamento de pacientes com HIV e

outras doenças e abrange 28 municípios que compõem a Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí (AMAVI), incluindo Ibirama, município de estudo no presente trabalho. O CTA realiza aconselhamento e orientações voltadas para as infecções sexualmente transmissíveis, oferece Testes Rápidos para estes agravos, resguardando o sigilo, a confidencialidade e o respeito às diferenças.

O estudo foi realizado com dados secundários dos pacientes portadores de HIV, em que foram analisadas as fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os indivíduos foram selecionados pelo município em questão, nas fichas disponíveis no CTA. Os pacientes incluídos no estudo foram maiores de 18 anos, obrigatoriamente residentes do município de Ibirama, no momento da sua notificação e atendidos no CTA de referência entre os anos de 2014 e 2022.

As fichas de notificações são um instrumento de coleta já reconhecido, contendo informações sociodemográficas (como gênero, idade, estado civil, escolaridade e renda) e informações sobre diagnóstico e tratamento (data do diagnóstico, data do início do tratamento).

Na presente pesquisa, não foi realizado cálculo amostral, por se tratar de um estudo censitário, no qual todos os prontuários dos pacientes que preencherem os critérios de inclusão fizeram parte desta pesquisa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados desta pesquisa foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 26.0).

Para análise descritiva, as variáveis foram expressas por média e desvio-padrão (\pm DP), mediana (Q2) e intervalo interquartil Q1 e Q3 (IIQ) ou número absoluto (n) e porcentagem (%).

Para a verificação da associação entre o ano de notificação e o ano do diagnóstico (início do tratamento), foi utilizado o teste Qui-Quadrado de *Pearson* (χ^2). Quando as associações foram significativas, foi realizada a análise de resíduos ajustados (*ra*), considerando $ra > 1,96$.

Em todas as análises, foi adotado como nível para significância estatística um p-valor $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Inicialmente foram analisadas todas as fichas disponíveis SINAN de pacientes moradores de Ibirama, totalizando 33 fichas de notificação. Duas fichas foram excluídas do estudo, com base nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Portanto, os dados analisados compreenderam 31 fichas de notificações de pessoas vivendo com HIV (PVHIV).

A população do estudo foi composta por números similares de homens e mulheres com idade média de 34,2(±13,1) anos. A população foi composta majoritariamente por pacientes de cor branca (87,1%). A maioria da população estudada autodeclarou preferência sexual por homens (67,7%) e a forma de transmissão foi 100% não vertical. Dentro do grupo de mulheres, apenas 9,7% estavam grávidas no período estipulado, a maioria com ensino médio completo (29%) e eram trabalhadores formais (tabela 1).

Entende-se por ano de diagnóstico o ano em que o paciente descobriu ser portador do vírus HIV, seja por exames de rotina ou investigações de doenças oportunistas. Contudo, como o tratamento do HIV/AIDS é de distribuição única e exclusiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considera-se o ano de notificação e ano de tratamento as datas em que o paciente buscou auxílio médico junto ao CTA de Rio do Sul para início de tratamento e cadastro. O maior número de pacientes diagnosticados com HIV foi observado nos anos de 2014 (19,4%) e 2022 (19,4%). Contudo, os anos de 2015 (19,4%) e 2022 (19,4%) foram de maior prevalência na busca por tratamento (gráfico 1).

Confrontando ano de diagnóstico com ano de tratamento, observa-se que em 2014 e 2016 o número de pacientes diagnosticados superam o número de pacientes que iniciaram o tratamento no mesmo ano. Enquanto nos anos de 2015, 2017, 2018 e 2021, o número de pacientes que procuraram tratamento superou o número de diagnósticos dos respectivos anos. Por outro lado, em 2019, 2020 e 2022, a relação se manteve a mesma (tabela 2).

Fazendo uma correlação com a diferença em dias, entre o ano de diagnóstico e ano de início de tratamento, observou-se que aproximadamente 26% dos pacientes procuraram por tratamento em até 16 dias, 52% dos pacientes foram tratados em até 30 dias, 78% dos pacientes foram tratados em até 95 dias enquanto 23% dos pacientes iniciaram tratamento após 96 dias (tabela 3).

DISCUSSÃO

O propósito do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico de portadores do vírus do HIV, a partir de um delineamento epidemiológico transversal, observacional e analítico, com residentes do município de Ibirama/SC. Foram analisadas 33 fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 2014 a 2022, com descarte de duas delas, somando 31 ao todo, com portadores maiores de 18 anos. E a discussão que segue abaixo tem como referência os resultados das tabelas 1, 2 e 3 e gráfico 1.

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde¹⁵ (2021), de 2007 a 2022, o SINAN recebeu 434.803 notificações de infecção pelo HIV. A região Sudeste apresentou maior prevalência (20,07%) e a região Sul ocupa o terceiro lugar, com 19,4% de novos casos. Apesar da elevada prevalência, a região Sul apresentou o maior percentual de redução de novos casos (15,4%), entre os anos de 2019 e 2021.

Ainda, de acordo com o Boletim Epidemiológico¹⁵ (2021), no Brasil, aproximadamente 70% dos casos notificados foram homens e apenas 29,8% mulheres, com idade média entre 25 a 29 anos. Dentre os que declararam a escolaridade, a maioria constava como ensino médio completo. Na raça/cor até 2013 os brancos eram em sua maioria, sendo que a partir de 2016 o perfil dominante englobou os pretos representando mais da metade dos casos. A relação sexual predominante entre os homens foi homossexual e para as mulheres a relação heterossexual prevaleceu. Entre os anos de 2000 a 2021, 149.591 gestantes/parturientes/puérperas foram registradas com maioria na região Sudeste.

Para Santa Catarina, o Boletim Epidemiológico, divulgado pela Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas¹⁶ (GEDIC), mostrou que, entre 2011 a 2021, 20.579 novos casos de infecção por HIV foram notificados. Esse perfil encontra-se na faixa etária entre 20 a 29 anos, com destaque também para a faixa etária entre 60 a 69 anos, majoritariamente compostos por homens, autodeclarados brancos e com ensino médio completo. Não foi divulgada a preferência sexual, mas os casos de AIDS são maiores entre homossexuais masculinos. Entre 2011 e 2021, as taxas de detecção de gestantes com infecção pelo HIV na região Sul vêm apresentando estabilidade, porém, em patamares elevados, muito acima da média nacional.

Vale ressaltar que, somente em 2000, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas à transmissão vertical do HIV e, somente em 2012, todos os casos de HIV entraram para essa lista. Até então, somente os casos de AIDS com contagem de CD4 abaixo de 350 eram de

notificação obrigatória.¹⁶ Isso resulta, de certa forma, em uma falha nos levantamentos epidemiológicos nacionais anteriores àqueles anos.

Em nosso estudo, mostramos que a população foi composta por homens e mulheres de maneira similar, com idade média de 34 anos, raça/cor branca, trabalhadores formais e com ensino médio completo. De acordo com o Boletim Epidemiológico, divulgado pela Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas¹⁶ do estado de SC, entre 2011 e 2021, 20.579 novos casos de infecção por HIV foram notificados. Esse perfil apresentou faixa etária semelhante à mostrada em nosso estudo. Entretanto, os dados do GEDIC destacaram ainda a faixa etária entre 60 a 69 anos.

Os dados do Estado de SC estão em conformidade com os dados nacionais, que mostram que a maioria da população infectada pelo HIV é composta por homens, porém com idades entre 20 e 29 anos. Diferentemente, em nosso estudo destacamos que a população infectada foi equivalente entre homens e mulheres. Considerando a ampla extensão geográfica e a miscigenação da população brasileira, composta principalmente por negros, nossos achados acerca da estão em conformidade com a população catarinense, composta principalmente por brancos.^{15,16,17}

Em relação à preferência sexual, como não houve prevalência entre os sexos, observou-se uma maior preferência sexual por homens. Dentre 31 indivíduos, onde 15 eram homens e 16 mulheres, todas responderam preferência por homens. Em relação aos homens, 60% (9) referem preferência sexual por mulheres, enquanto 33,3% (5) preferência sexual por homens e 1 foi ignorado na hora do cadastro. A relação sexual heterossexual foi predominante. Contudo, esses dados podem não retratar a realidade local, por questões individuais e sociais.

Isso reforça ainda mais a prevalência de uma forma de transmissão da doença ser não vertical, ou seja, exclusivamente sexual e desprotegida, como mostrado nos dados nacionais e estaduais.^{15,16,17}

A utilização da escolaridade como um indicador da situação socioeconômica tem sido uma prática comum. O aumento da incidência de casos de AIDS entre pessoas com níveis mais baixos de escolaridade tem sido referido como uma forma de empobrecimento da epidemia. Entretanto, nesse trabalho, não se observou associação entre anos de estudos e início de tratamento.¹⁴ Os dados nacionais e estaduais corroboram com o encontrado nesta pesquisa, em que a maioria possui Ensino Médio completo, com no mínimo 12 anos de escolaridade. Na pesquisa também não houve relação com escolaridade e tratamento significativo.^{15,16,17}

O tempo entre o diagnóstico/notificação da infecção pelo HIV e o início do tratamento é fundamental para evitar a propagação da infecção. A não adesão aos

medicamentos recentes utilizados no tratamento do HIV/AIDS é considerada uma das ameaças mais significativas para a eficácia do tratamento em nível individual, bem como para a propagação de vírus resistentes em âmbito coletivo. Isso ocorre devido à complexa integração necessária por parte do indivíduo que adere ao tratamento, envolvendo conhecimento, habilidades, aceitação e outros fatores relevantes relacionados ao ambiente e ao cuidado com a saúde.^{18,19} Contudo, não foram encontrados dados na literatura sobre o intervalo entre diagnóstico e início de tratamento no Brasil ou no Estado de SC.

Em nosso estudo, o tempo entre diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 30 meses. Entretanto, alguns pacientes demoram mais que 96 dias para o início do tratamento. Isso demonstra que, assim como em outras doenças crônicas, é crucial estabelecer uma boa relação paciente-equipe multiprofissional na abordagem do HIV/AIDS, a fim de facilitar a adequada confiança e adesão ao tratamento da doença.

Até 2018, houve uma relativa demora para 25% das pessoas procurarem tratamento para sua doença, como ocorreu em 2014, com seis diagnósticos e apenas um tratamento no mesmo ano. A associação entre ano de notificação e ano de diagnóstico, juntamente com os intervalos-interquartis, mostram uma melhora significativa entre diagnóstico, notificação e tratamento, sendo que a partir de 2018 todos os notificados iniciaram o tratamento no respectivo ano. A melhora na adesão ao tratamento também foi observada a partir de 2019 nos boletins estadual e nacional. Podendo inferir que isso aconteceu devido a um somatório de várias ações em atenção e prevenção de saúde como ampliação da testagem rápida no estado em âmbito nacional.

Outra associação percebida foi o número de casos de notificação aumentarem em 2022, uma possível justificativa seria a pandemia da COVID-19, dificultando a procura e disponibilidade médica.

CONCLUSÃO

A relação incidência-prevalência, no interior de Santa Catarina, ainda não se compara com as dos grandes centros urbanos presentes no estado.

Não houve diferença numérica de contágio referente a gênero entre homens e mulheres e, dentre os pacientes vivendo com HIV, houve o predomínio da raça/cor branca, de ensino médio completo e a via sexual como principal forma de infecção pelo HIV.

Diante do exposto, a pesquisa pode contribuir para futuros estudos sobre a

abordagem e conduta de pacientes com HIV em Ibirama. Isso pode ajudar a estabelecer metas e futuras abordagens para melhor adesão ao tratamento do HIV e assim, melhorar as estratégias de prevenção e promoção da saúde dessa população e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. Unidade de Assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; Ministério da Saúde; 2021.
3. Brasil. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Número Especial. 73p.
4. Brasil. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Brasil. História da AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Brasil. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 149 p.
7. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 412 p.
8. Cezar VM, Draganov PB. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*. 2014;18(3):.
9. Damião JJ, et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades. *Saúde em Debate*. 2022;46(132):.
10. Fernandes I, De Toledo MAB. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 2021;32(1):.
11. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Estimativas dos custos dos tratamentos da AIDS no Brasil. São Paulo: FIPE; 1999.
12. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Spending on health and HIV/AIDS: domestic health spending and development assistance in 188 countries, 1995-2015. *Lancet*. 2018 May;391(10131):1799-1829.
13. UNAIDS. Sumário Executivo. ESTRATÉGIA GLOBAL PARA AIDS 2021-2026. Acabar com as desigualdades. Acabar com a AIDS. Disponível em: https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2022/06/2022_NovaEstrategia_SumarioExecutivo_PT_V3.pdf. Acesso em: 03 mar 2023.
14. Février M, Dorgham K, Rebollo A. CD4+ T cell depletion in human immunodeficiency virus (HIV) infection: role of apoptosis. *Viruses*. 2011;3(5):586-612.
15. McMichael AJ, et al. The immune response during acute HIV-1 infection: clues for vaccine development. *Nat Rev Immunol*. 2010 Jan;10(1):11-23.

16. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas. Boletim Barriga Verde Aids. Informativo Epidemiológico. Ed. Especial. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde; 2023.
17. Schuelter-Trevisol F, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013 Mar;22(1):87-94.
18. Teixeira PR, Paiva V, Shima E. Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; 2000.
19. Ministério da Saúde (BR). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília(DF): MS; 2008.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=31)

Características sociodemográficas	n (%) ou Média±DP
Idade	34,2±13,1
Sexo	
Masculino	15 (48,4)
Feminino	16 (51,6)
Gestante^a	
Sim	3 (9,7)
Não	13 (41,9)
Raça/Cor	
Branca	27 (87,1)
Preta	4 (12,9)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (6,5)
1 ^a a 4 ^a série incompleta do EF	2 (6,5)
4 ^a série completa EF	3 (9,7)
5 ^a a 8 ^a série completa do EF	5 (16,1)
EF completo	3 (9,7)
EM incompleto	2 (6,5)
EM completo	9 (29,0)
Superior completo	5 (16,1)
Profissão	
Não informado	2 (6,5)
Trabalhador formal	24 (77,4)
Trabalhador informal	4 (12,9)
Aposentado	1 (3,2)
Preferência sexual	
Homens	21 (67,7)
Mulheres	9 (29,0)
Ignorado	1 (3,2)
Forma transmissão	
Vertical	0 (0,00)
Não vertical	31 (100,0)

Legenda: EF: Ensino Fundamental. EM: Ensino Médio. Os dados foram expressos por número absoluto (n) e porcentagem (%) ou média e desvio-padrão (DP). ^a:16 mulheres/51,6%.

Tabela 2 – Associação entre o ano de notificação e o ano de diagnóstico

Ano do Diagnóstico	Ano da Notificação									Total N = 31
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	n = 6 (19,4%)	n = 5 (16,1%)	n = 3 (9,7%)	n = 1 (3,2%)	n = 3 (9,7%)	n = 4 (12,9%)	n = 2 (6,5%)	n = 1 (3,2%)	n = 6 (19,4%)	
2014	1 (16,7) ^{ra:2,1}	3 (50,0) ^{ra:2,1}	-	1 (16,7)	-	-	-	1 (16,7)	-	6 (100,0)
2015	-	3 (60,0) ^{ra:2,5}	-	1 (20,0)	1 (20,0)	-	-	-	-	5 (100,0)
2016	-	-	2 (66,7) ^{ra:4,5}	1 (33,3)	-	-	-	-	-	3 (100,0)
2017	-	-	-	-	1 (100,0) ^{ra:2,3}	-	-	-	-	1 (100,0)
2018	-	-	-	-	3 (100,0) ^{ra:4,2}	-	-	-	-	3 (100,0)
2019	-	-	-	-	-	4 (100,0) ^{ra:5,6}	-	-	-	4 (100,0)
2020	-	-	-	-	-	-	2 (100,0) ^{ra:5,6}	-	-	2 (100,0)
2021	-	-	-	-	-	-	-	1 (100,0) ^{ra:3,9}	-	1 (100,0)
2022	-	-	-	-	-	-	-	-	6 (100,0) ^{ra:5,6}	6 (100,0)

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado de *Pearson* seguido da análise de resíduos ajustados (*ra*). Foi considerado como estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Tabela 3 – Diferença em dias entre o tratamento e diagnóstico

Tratamento v.s diagnóstico em dias	n (%) ou Mediana (IIQ) n = 31
Diferença em dias	30 (16-95)
Tratamento em até 16 dias	8 (25,8)
Tratamento em 10 a 30 dias	8 (25,8)
Tratamento de 31 a 95 dias	8 (25,8)
Tratamento após 96 dias	7 (22,6)

Legenda: Os dados foram expressos por número absoluto (n) e porcentagem (%) ou mediana e intervalo-interquartil (IIQ).

Gráfico 1 - Porcentagem diagnóstico v.s. tratamento

