


**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E IMPACTO HOSPITALAR DA AIDS EM CURITIBA (PR)
ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2024****EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND HOSPITAL IMPACT OF AIDS IN CURITIBA (PR)
BETWEEN 2015 AND 2024** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.024-027>**Denis Fernandes da Silva Ribeiro**

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: ribeirodfs.enf@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3063595759634847>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2597-0954>.

Bárbara Silvestre da Silva Pereira

Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)
E-mail: barbarasilvestre25@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4313661500885574>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9795-5492>

Diana Ruth Farias Araujo Gaspar

Especialista em Enfermagem Obstétrica
Universidade Federal Fluminense (UFF)
E-mail: enfadiana.farias@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/7751712723914606>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2968-857X>

Lorena Prado Santos

Especialista em Saúde da Família e Comunidade
Universidade Estácio de Sá (UNESA)
E-mail: lorenaprado.santos@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3437872980313460>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5725-3864>

Edvania da Silva Moreira

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8692983948273419>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4325-5023>

Felipe Felizardo Mattos Vieira

Mestre em Assistência Farmacêutica
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: felizardofmv@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4734755890496027>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2088-5363>



Karina Stegues Pazzinatto

Graduada em Enfermagem
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0174385270526752>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7909-9733>

Solena Ziemer Kusma Fidalski

Doutora em Odontologia
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: solenakusma@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/7916274501748513>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1708-0038>

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal analisar o perfil epidemiológico, a morbidade e a produção hospitalar, bem como a mortalidade associados aos casos de aids em residentes do município de Curitiba (PR) entre os anos de 2015 e 2024. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados do DATASUS (SINAN, SIH e SIM). O cenário foi o município de Curitiba, no Paraná, com recorte entre os anos de 2015 e 2024. No período analisado foram registrados 4.108 casos de aids e em 2024, a taxa de detecção era de 25,4 casos por 100.000 habitantes. Houve predominância dos casos na população masculina (73,2%) e jovem adulta (53,9% dos diagnósticos na faixa etária de 20 a 39 anos). A análise hospitalar revelou uma permanência média prolongada de 25 dias e um impacto financeiro significativo, com o custo médio por internação atingindo R\$ 3.502,47 em 2021 e mantendo-se elevado em 2024 (R\$ 2.706,85). Identificou-se um cenário paradoxal na mortalidade: embora o número absoluto de óbitos tenha reduzido 35,6% após 2021, chegando ao menor valor da série em 2024 (85 registros), a taxa de letalidade hospitalar dobrou na década, alcançando 15,25%. Prevaleram óbitos no sexo masculino (68,6%) e em pessoas brancas (70,4%). Conclui-se que, apesar da redução absoluta dos óbitos, a alta letalidade intrahospitalar e a complexidade das internações evidenciam diagnósticos tardios e falhas na retenção e na adesão medicamentosa, configurando a aids como um evento sentinela que exige o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Perfil Epidemiológico; Hospitalização; Mortalidade Hospitalar; Custos Hospitalares.

ABSTRACT

The primary objective of this study was to analyse the epidemiological profile, morbidity, hospital production and mortality associated with AIDS cases among residents of the municipality of Curitiba (PR) between 2015 and 2024. This is a descriptive, cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach, using data from DATASUS (SINAN, SIH, and SIM). The setting was the municipality of Curitiba, Paraná, with a time frame between 2015 and 2024. During the period under scrutiny, a total of 4,108 cases of AIDS were documented, with the detection rate standing at 25.4 cases per 100,000 inhabitants in the year 2024. The majority of cases were observed in the male population (73.2%) and within the young adult demographic (53.9% of diagnoses occurred in the 20-39 age group). The hospital analysis revealed a prolonged average stay of 25 days and a significant financial impact, with the average cost per admission reaching R\$ 3,502.47 in 2021 and remaining high in 2024 (R\$ 2,706.85). A paradoxical scenario was identified in mortality: although the absolute number of deaths fell by 35.6% after 2021, reaching the lowest value in the series in 2024 (85 records), the hospital mortality rate doubled in the decade, reaching 15.25%. The majority of deaths (68.6%) occurred among males, and the figure was even higher (70.4%) among white people. It can be concluded that, despite the reduction in overall deaths, high in-hospital mortality and the complexity of hospitalisations highlight late diagnoses and failures in retention and



medication adherence, making AIDS a sentinel event that requires the strengthening of the Health Care Network.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Profile; Hospitalization; Hospital Mortality; Hospital Costs.



1 INTRODUÇÃO

Mesmo diante das mudanças no perfil de morbimortalidade das últimas décadas, devido aos avanços nas cascatas de cuidado e a instituição da Terapia Antirretroviral (TARV), a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) seguem como agravos de interesse à Saúde Pública em todo o mundo (Silva *et al.*, 2022).

A aids representa a manifestação clínica mais avançada da infecção pelo HIV e, atualmente, não é mais esperada no percurso natural de progressão do agravo, já que a TARV transformou a infecção pelo HIV de uma condição fatal para uma condição crônica manejável (Lange *et al.*, 2023; Dos Santos, Dias & Rattmann, 2025). No Brasil, a TARV e o acompanhamento clínico-laboratorial são ofertados gratuitamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em território nacional (Revay *et al.*, 2025). Desse modo, a ocorrência da aids pode ser considerada um relevante evento sentinela e indicador de qualidade assistencial dos sistemas e serviços de saúde.

Estima-se que a infecção pelo HIV afete 40,8 milhões de pessoas mundialmente, já no Brasil esse número é 1,6 milhão de pessoas (Brasil, 2025a; UNAIDS, 2025a). Desse total, o The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) aponta que em 2025, 25,5% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em todo o mundo não estavam em tratamento antirretroviral (UNAIDS, 2025b), fazendo com que a aids ainda seja uma realidade em muitos cenários. No Brasil, ainda que o cenário seja melhor, entre 15 e 18% das PVHIV seguem sem tratamento antirretroviral (UNAIDS, 2025a; Brasil, 2025b).

O município de Curitiba é a capital do estado do Paraná e possui uma população estimada de 1,8 milhões de habitantes (IBGE, 2025). Dos estados da Região Sul do Brasil, Curitiba lidera os rankings do Índice de Desenvolvimento Humano e de Qualidade de Vida (Chermont, 2025; Prefeitura de Curitiba, 2025), porém convive com uma crescente disparidade social e dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Lima & Bidarra, 2019; Cota & Cruz, 2021; Costa *et al.*, 2024; Dos Santos, Dias & Rattmann, 2025; Cunha *et al.*, 2025; Universidade Federal do Paraná, 2025).

Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Curitiba, 2024) revelam que desde o início da epidemia de HIV/aids até o ano de 2024, foram notificados 9.476 casos de HIV e 14.655 casos de aids. Na cidade de Curitiba, a taxa de mortalidade por aids vem caindo na última década e em 2024 esteve entre as menores do país (Brasil, 2025b). Contudo, a persistência da morbimortalidade, especialmente a hospitalar, a despeito da ampla oferta de tratamento, carece de investigações e problematizações.

Assim, a realização deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender a dinâmica recente da epidemia de aids em Curitiba (na última década), investigando também o impacto do agravo sobre o sistema de saúde em termos de custos hospitalares e letalidade. Analisar esses indicadores é fundamental para subsidiar a identificação dos nós críticos que impedem a redução efetiva da mortalidade.



Neste contexto, este trabalho possui como objetivo geral: Analisar o perfil epidemiológico, a morbidade e a produção hospitalar, bem como a mortalidade associados aos casos de aids em residentes do município de Curitiba (PR) entre os anos de 2015 e 2024.

Como objetivos específicos estiveram: a) caracterizar o perfil sociodemográfico dos casos notificados de aids em Curitiba (PR) entre os anos de 2015 e 2024, descrevendo variáveis como sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade; b) descrever a taxa de detecção média de aids em Curitiba (PR), considerando os anos de 2015 a 2024; c) analisar a morbidade e a produção hospitalar relacionada ao tratamento de HIV/aids, identificando o número de internações, a média de permanência hospitalar e os custos associados ao tratamento no Sistema Único de Saúde do período analisado em Curitiba; d) Verificar os indicadores de mortalidade por aids no município, descrevendo a evolução dos óbitos no período analisado em Curitiba.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de delineamento descritivo e transversal, com componente retrospectivo e abordagem quantitativa. O estudo caracteriza-se pela análise de séries temporais baseada em dados secundários agregados do Tabulador TABNET do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), visando descrever a distribuição e magnitude de indicadores de saúde selecionados relacionados ao HIV/aids ao longo do tempo.

2.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido tendo como cenário o município de Curitiba, capital do estado do Paraná. O município possui uma população estimada de 1,8 milhão de habitantes (IBGE, 2025). A unidade de análise compreendeu a população residente no município, considerando os registros de notificações, internações e óbitos ocorridos no território ou vinculados à residência local, com recorte entre os anos de 2015 e 2024, compreendendo uma década.

2.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta ocorreu através do Tabulador TABNET do DATASUS, por meio do qual foram extraídos dados de três sistemas de informação em saúde distintos:

- 1) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Fonte para os dados epidemiológicos gerais e de morbidade referentes aos casos notificados de aids.
- 2) Sistema de Informações Hospitalares (SIH): Utilizado para a coleta de dados referentes à produção e morbimortalidade hospitalar, incluindo custos e internações.



3) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Fonte para o levantamento dos registros de óbitos ocasionados pelo agravo.

De maneira complementar, foram utilizados dados secundários provenientes do Boletim Epidemiológico de HIV/aids do Ministério da Saúde (2025) para fins de contextualização e discussão dos achados.

Os dados foram exportados através de arquivos no formato .CSV, formatados em planilhas no software Microsoft Office Excel 365 e incluídos em bancos de dados no software IBM SPSS Statistics 21 para a análise estatística descritiva. Os quadros e tabelas foram elaborados no Microsoft Office Word 365 e os elementos gráficos foram gerados no software Microsoft Office Excel 365.

2.4 ÉTICA EM PESQUISA

Em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e observando as normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018), o estudo dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Justifica-se tal dispensa pela utilização exclusiva de dados secundários de domínio público, sem identificação nominal dos sujeitos, garantindo-se o sigilo e o anonimato das informações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CASOS DE AIDS

Entre 2015 e 2024 a cidade de Curitiba registrou uma média de 919 novos diagnósticos de HIV ou aids ao ano, sendo a taxa de detecção de HIV de 29,2 e de aids de 25,4 casos por 100.000 habitantes. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Curitiba, 2024) revelam que desde o início da epidemia de HIV/aids até o ano de 2024, foram notificados 9.476 casos de HIV e 14.655 casos de aids. Esses achados ratificam que, apesar dos avanços assistenciais e tecnológicos, a epidemia permanece relevante no contexto estudado, reiterando o papel do monitoramento epidemiológico para a implementação de políticas públicas de enfrentamento.

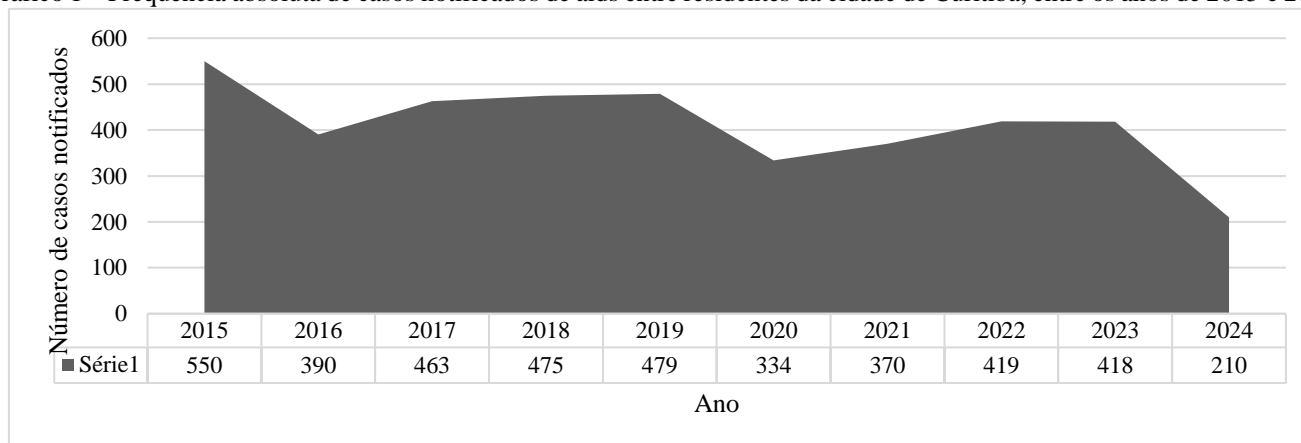
A tendência, em nível nacional, é de redução das taxas de detecção e a Região Sul do País, que engloba a cidade de Curitiba, é a região em que ocorreu a maior redução nos últimos 10 anos. Ainda assim, destaca-se que em 2024, a média nacional de detecção de novos casos era de 19,9 casos por 100 mil habitantes, enquanto Curitiba registrou 25,4 casos por 100 mil habitantes (Brasil, 2025b). No estado do Paraná, Curitiba historicamente possui a maior concentração de casos de HIV e Aids (Sales *et al.*, 2017).

Um aspecto relevante é que entre os anos de 2020 e 2024, o primeiro exame laboratorial para verificação do comprometimento do sistema imunológico (dosagem dos linfócitos TCD4+) revelou uma média de 284 células/mm³ nos residentes de Curitiba, evidenciando estado de aids e reforçando o



diagnóstico tardio (Brasil, 2025a). O gráfico 1 evidencia os casos de aids notificados em Curitiba entre os anos de 2015 e 2024.

Gráfico 1 – Frequência absoluta de casos notificados de aids entre residentes da cidade de Curitiba, entre os anos de 2015 e 2024.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS/SVSA/Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi). Dados consolidados até 30/06/2024, com coleta em 01/12/2025.

O gráfico 1 evidencia que no ano de 2020 houve uma queda dos casos notificados de aids, provavelmente associada à pandemia pela COVID-19. Essa queda no número de casos é associada, especialmente, à subnotificação e a diminuição do número de testagens (Montanha *et al.*, 2024). A partir do ano de 2021, os casos voltam a ser notificados novamente, com tendência a estabilização a partir de 2022. Os dados de 2024 ainda não são definitivos, já que representam os casos notificados até 30/06/2024.

As características sociodemográficas dos 4.108 casos de aids notificados no período analisado seguem apresentadas na tabela 1.



Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos casos de aids notificados na cidade de Curitiba entre os anos de 2015 e 2024.

| Características dos casos de aids notificados em Curitiba | Frequência | |
|---|------------|------|
| | N | % |
| Faixa etária | | |
| Até 14 anos | 11 | 0,3 |
| 15 a 19 anos | 67 | 1,6 |
| 20 a 29 anos | 1010 | 24,6 |
| 30 a 39 anos | 1202 | 29,3 |
| 40 a 49 anos | 886 | 21,6 |
| 50 a 59 anos | 606 | 14,8 |
| 60 a 69 anos | 257 | 6,3 |
| A partir de 70 anos | 69 | 1,7 |
| Sexo | | |
| Masculino | 3009 | 73,2 |
| Feminino | 1098 | 26,7 |
| Em branco | 1 | 0,02 |
| Raça/cor | | |
| Branca | 2049 | 49,9 |
| Parda | 357 | 8,7 |
| Preta | 148 | 3,6 |
| Amarela | 40 | 1,0 |
| Indígena | 2 | 0,05 |
| Ignorado | 1512 | 36,8 |
| Escolaridade | | |
| Nunca estudou | 5 | 0,1 |
| Ensino fundamental incompleto | 473 | 11,5 |
| Ensino fundamental completo | 207 | 5,0 |
| Ensino médio incompleto | 210 | 5,1 |
| Ensino médio completo | 580 | 14,1 |
| Ensino superior incompleto | 172 | 4,2 |
| Ensino superior completo | 361 | 8,8 |
| Não se aplica | 5 | 0,1 |
| Ignorado/Em branco | 2095 | 51,0 |
| Categoria de exposição | | |
| Relação sexual homossexual | 872 | 21,2 |
| Relação sexual bissexual | 124 | 3,0 |
| Relação sexual heterossexual | 1191 | 29,0 |
| Utilização de drogas injetáveis | 105 | 2,6 |
| Transmissão vertical | 10 | 0,2 |
| Ignorado/Em branco | 1806 | 44,0 |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS/SVSA/Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi). Dados consolidados até 30/06/2024, com coleta em 01/12/2025.

Os achados da tabela 1 revelam que, quanto aos casos de aids, há predominância masculina e concentração na população jovem adulta. Observa-se que 73,2% dos casos ocorreram em indivíduos do sexo masculino, estabelecendo uma razão de sexo de aproximadamente 2,7 homens para cada mulher.



Este padrão não é exclusivo de Curitiba e é visualizado no Brasil (Brasil, 2025b) e em estudo abrangendo a Região Metropolitana de Curitiba (RMC), que apontou proporção próxima (Govatiski *et al.*, 2024). Dados de outras regiões do estado do Paraná também corroboram essa tendência de crescimento expressivo entre homens (Silva *et al.*, 2022; Revay *et al.*, 2025).

Em relação à faixa etária, a epidemia afeta majoritariamente a população economicamente ativa, com 53,9% dos diagnósticos concentrados entre 20 e 39 anos. No entanto, destaca-se o fenômeno do envelhecimento da epidemia, evidenciado pelo fato de que 22,8% dos casos foram identificados em pessoas com 50 anos ou mais. Este dado sugere desafios específicos relacionados a necessidade de inclusão desse grupo demográfico nas estratégias de prevenção, que normalmente são focadas no público jovem.

A concentração de 53,9% dos diagnósticos na faixa etária de 20 a 39 anos reafirma que a epidemia afeta majoritariamente a população jovem e economicamente ativa, alinhando-se aos achados de Govatiski *et al.* (2024), que identificaram uma predominância de casos entre 20 e 34 anos na Região Metropolitana de Curitiba na última década.

Entretanto, o registro de 22,8% dos casos em indivíduos com 50 anos ou mais sinaliza o fenômeno do envelhecimento da epidemia, uma tendência crescente no estado. Silva *et al.* (2022) observaram um aumento significativo na incidência de aids em idosos no Paraná, atribuindo esse fato à invisibilidade da sexualidade na terceira idade e à ausência de campanhas de prevenção direcionadas a este público, que frequentemente é diagnosticado tardiamente. Essa mudança demográfica impõe novos desafios ao manejo clínico, visto que essa população apresenta maior prevalência de comorbidades crônicas que complicam o tratamento antirretroviral (Sales *et al.*, 2017).

No que tange ao perfil racial, 49,9% dos casos notificados foram declarados de cor branca, seguidos por 8,7% de cor parda e 3,6% de cor preta. Contudo, a interpretação da distribuição racial e do nível de escolaridade está comprometida pela baixa qualidade do preenchimento das notificações. A variável escolaridade, um importante indicador da condição socioeconômica, apresenta 51,0% de dados ignorados ou em branco, enquanto a variável raça/cor possui 36,8% de ausência de informação. Essa lacuna estatística impede a verificação precisa de tendências de pauperização da epidemia no município e dificulta a análise de iniquidades em saúde no acesso ao diagnóstico e tratamento. Essa incompletude nos dados também é mencionada no Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2025 do Ministério da Saúde (Brasil, 2025b).

Estudos de tendência temporal no Paraná indicam uma redução proporcional de diagnósticos em pessoas brancas e um aumento significativo em pessoas negras e amarelas. Isso sugere que a epidemia está se movendo, ainda que lentamente, em direção a grupos historicamente marginalizados, onde o acesso à saúde é dificultado pelo racismo institucional e barreiras socioeconômicas (Revay *et al.*, 2025).

No que tange ao perfil racial, a predominância de 49,9% de pessoas brancas entre os casos notificados reflete a composição demográfica da Região Sul, diferenciando-se do cenário nacional onde a



epidemia tem se deslocado para populações pretas e pardas. Lima *et al.* (2023) também encontraram uma maioria branca (61,9%) nos diagnósticos de HIV no Paraná.

Contudo, a análise da iniquidade racial e da pauperização da epidemia em Curitiba resta prejudicada pela precariedade dos dados. O elevado percentual de dados ignorados para escolaridade (51,0%) e raça/cor (36,8%) denunciado neste levantamento é um obstáculo recorrente. Santos *et al.* (2020) alertam que a incompletude dessas variáveis impede a identificação de determinantes sociais de saúde, mascarando a vulnerabilidade de grupos marginalizados que, historicamente, sofrem mais com o diagnóstico tardio e a mortalidade hospitalar.

A análise da categoria de transmissão demonstra uma complexidade na dinâmica epidemiológica local. Entre os dados válidos, a exposição por relação sexual heterossexual representa a categoria mais frequente, com 29,0% dos casos. Entretanto, ao agruparmos as categorias de homens que fazem sexo com homens (HSH), somando-se as relações homossexuais (21,2%) e bissexuais (3,0%), observa-se que este grupo constitui 24,2% das notificações, um percentual expressivo e próximo à via heterossexual. A transmissão por uso de drogas injetáveis (2,6%) e a transmissão vertical (0,2%) apresentam baixa magnitude. Ressalta-se, porém, que a categoria de exposição possui 44,0% de dados ignorados, o que pode subestimar significativamente as taxas de transmissão sexual e mascarar a prevalência entre populações chave.

A dinâmica de transmissão revela tensões entre o dado notificado e a realidade comportamental. Embora a via heterossexual apareça como a mais frequente (29,0%) nos dados válidos, a soma das categorias de homens que fazem sexo com homens (HSH) alcança patamar semelhante (24,2%). Govatiski *et al.* (2024) apontam que, em Curitiba, a categoria heterossexual frequentemente lidera as estatísticas (47% em seu estudo), mas ressaltam que o estigma e o preconceito levam muitos homens a omitir práticas homossexuais durante a anamnese. O dado alarmante de 44,0% de campos ignorados na categoria de exposição neste estudo reforça essa hipótese de subnotificação de populações-chave, sugerindo que a vigilância não está conseguindo captar com precisão a dinâmica de transmissão, o que compromete a eficácia das estratégias de prevenção combinada.

Sob a ótica da vigilância em saúde, o achado mais crítico deste levantamento refere-se à completude dos dados. A elevada proporção de campos Ignorados/Em branco em variáveis essenciais, chegando a ultrapassar 50% na escolaridade e 40% na categoria de exposição, sinaliza fragilidades importantes no processo de notificação e investigação dos casos pelas unidades de saúde.

3.2 MORBIDADE E A PRODUÇÃO HOSPITALAR

No período analisado, 3.239 internações hospitalares entre residentes de Curitiba foram relacionadas ao HIV/aids. O gasto médio com estas internações por ano foi de R\$ 595.388,61, sendo R\$ 2.056,87 por



internação, que costumava durar 25 dias. A taxa média de mortalidade hospitalar por aids no período foi de 10,16 mortes por mil habitantes.

O tempo médio de permanência de 25 dias observado no município supera significativamente a média nacional para o setor público, que gira em torno de 19 dias (Santos *et al.*, 2020). Essa permanência prolongada sugere que os pacientes admitidos na rede hospitalar de Curitiba apresentam quadros clínicos de maior gravidade ou enfrentam barreiras na desospitalização, o que onera o sistema e reflete falhas na assistência ambulatorial prévia.

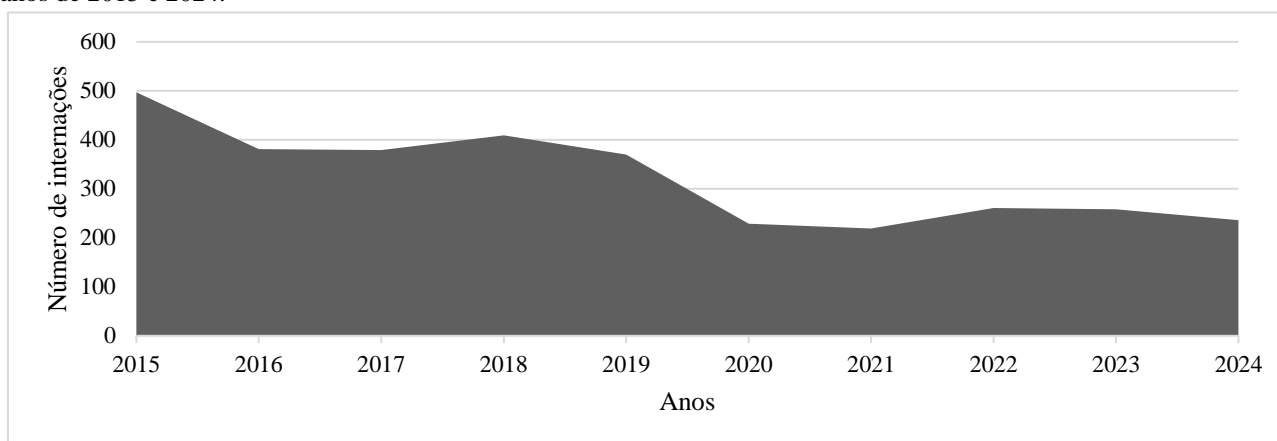
A análise das internações hospitalares no período estudado revela uma tendência de queda, especialmente comparando os anos de 2015 e 2024. Do total de internações, 77,8% aconteceram em pessoas com idade entre 30 e 59 anos, com maior frequência (30,9%) entre as pessoas de 40 e 49 anos. Quanto a raça/cor, a maioria das notificações de internações (66,6%) ocorreu em pessoas declaradas brancas. Demais dados sociodemográficos não estavam disponíveis. O gráfico 2 representa a evolução das internações no período analisado.

No que tange ao perfil sociodemográfico dos internados, observa-se o fenômeno do envelhecimento da epidemia local. Enquanto nacionalmente as internações tendem a concentrar-se na faixa de 30 a 39 anos (Santos *et al.*, 2020), em Curitiba, a maior frequência (30,9%) ocorre entre 40 e 49 anos, com 77,8% do total situado entre 30 e 59 anos. No estudo de Lopes *et al.* (2020), o perfil dos internados também foi majoritariamente masculino (49,4%), a idade variou dos 40 a 60 anos (54,8%) e a maioria era de pessoas não brancas (56,6%).

Esse dado corrobora os achados de Silva *et al.* (2022) no Paraná, que alertam para a transição do perfil epidemiológico em direção a faixas etárias mais avançadas, onde a imunossenescência e as comorbidades dificultam o manejo clínico. Adicionalmente, a predominância de pessoas brancas (66,6%) nas internações destoa da tendência brasileira de pauperização e racialização da epidemia em direção à população negra, refletindo a composição demográfica da Região Sul, mas também levantando a hipótese de que barreiras de acesso podem estar impedindo que populações vulneráveis de outras etnias cheguem sequer à assistência hospitalar (Montanha *et al.*, 2024).



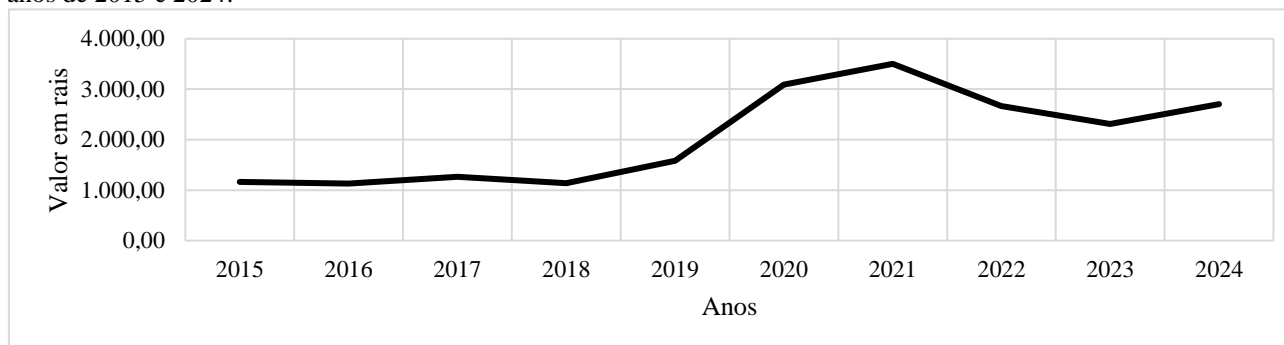
Gráfico 2 – Frequência absoluta do número de internações hospitalares pela infecção pelo HIV/aids na cidade de Curitiba, entre os anos de 2015 e 2024.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Coleta em 01/12/2025.

Quanto ao valor das internações hospitalares, os dados evidenciam impacto significativo da pandemia de COVID-19 no manejo hospitalar do HIV/aids em Curitiba. Observa-se uma ruptura no padrão de estabilidade de custos mantido até 2018. O pico de valores registrado em 2021 (3.502,47), representando um aumento superior a 200% em comparação a 2018, sugere uma maior complexidade nos desfechos clínicos durante a crise sanitária, possivelmente associada à coinfeção HIV-SARS-CoV-2 e à inflação setorial de insumos de saúde. O gráfico 3 apresenta a evolução do valor médio por internação por HIV/aids.

Gráfico 3 – Valor médio das Autorizações de Internações Hospitalares pela infecção pelo HIV/aids na cidade de Curitiba, entre os anos de 2015 e 2024.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Coleta em 01/12/2025.

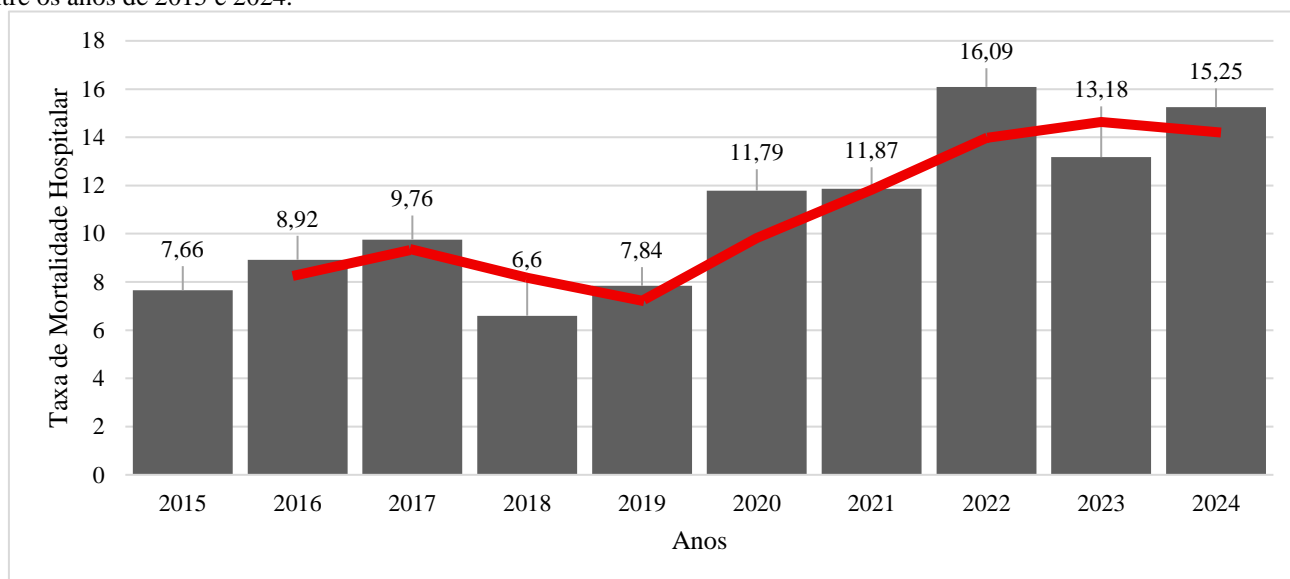
A manutenção de patamares elevados em 2024 (2.706,85) é preocupante, já que indica que a hospitalização por este agravo no município tornou-se mais onerosa ao sistema, o que pode refletir o agravamento clínico de pacientes que tiveram seu acompanhamento ambulatorial fragilizado nos anos anteriores.

A análise da série histórica de 2015 a 2024 também revelou um cenário de progressivo agravamento na letalidade hospitalar relacionada ao HIV/aids em Curitiba. O estudo demonstra que a taxa de

mortalidade, que iniciou o período em 7,66 (2015) e atingiu seu menor valor em 2018 (6,6), sofreu uma ruptura de tendência a partir de 2020.

Ao contrário de outros indicadores de saúde que retornaram à normalidade após a fase aguda da pandemia de Covid-19, a mortalidade hospitalar por aids manteve-se em patamares elevados, atingindo o pico da série em 2022 (16,09) e encerrando 2024 com uma taxa de 15,25. Este dado indica que a chance de óbito de um paciente internado com aids hoje é praticamente o dobro da observada no início da década estudada. O gráfico 4 demonstra a evolução da taxa de mortalidade hospitalar no período analisado.

Gráfico 4 – Série histórica com linha de tendência da taxa de mortalidade hospitalar correlacionada ao HIV na cidade de Curitiba, entre os anos de 2015 e 2024.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Coleta em 01/12/2025.

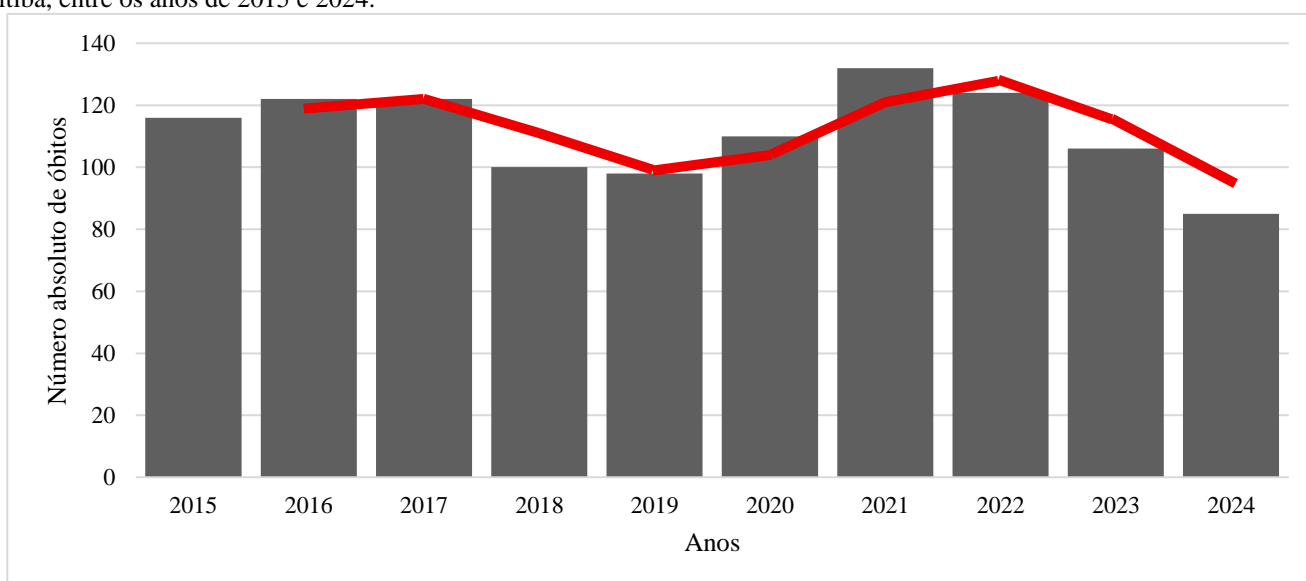
Quando comparada a outros agravos clínicos, uma taxa de mortalidade hospitalar por aids superior a 15% é considerada alta para uma condição crônica tratável. Ela se distancia da média geral de mortalidade hospitalar do SUS (historicamente situada entre 4% e 6%) e se assemelha a indicadores de condições agudas graves, como sepse ou insuficiência de múltiplos órgãos. Tal achado evidencia que a internação hospitalar por aids em Curitiba tem ocorrido tardiamente, possivelmente em estágios de imunossupressão severa onde a reversão do quadro clínico é limitada, evidenciando gargalos na assistência primária e secundária a este agravo. Revay *et al.* (2025) e dos Santos *et al.* (2025) apontaram que a existência de uma população diagnosticada, mas não tratada na Região Metropolitana de Curitiba pode ser um dos motores desse cenário.

3.3 MORTALIDADE GERAL POR AIDS

Foram registrados 1115 óbitos por aids na cidade de Curitiba no período analisado. Considerando que a aids é uma condição totalmente evitável, tais óbitos configuram-se como eventos sentinela,

evidenciando fragilidades persistentes na Rede de Atenção à Saúde. A ocorrência de morte por uma doença que dispõe de terapia antirretroviral eficaz e acesso universal pelo SUS sinaliza rupturas nas cascatas do cuidado, indicando que estes indivíduos possivelmente enfrentaram barreiras no diagnóstico oportuno ou falhas na adesão terapêutica, chegando ao sistema de saúde em estágios avançados de imunossupressão onde o desfecho fatal não pôde ser revertido. Revay *et al.* (2025) e Dos Santos, Dias & Rattmann, 2025 (2025) apontam, ainda, que na Região Metropolitana de Curitiba existe um contingente populacional diagnosticado que não inicia ou abandona o tratamento. É justamente essa lacuna na cascata do cuidado que culmina nestes óbitos evitáveis. A série histórica dos óbitos é apresentada no gráfico 5.

Gráfico 5 – Série histórica com linha de tendência do número absoluto de mortes gerais correlacionadas ao HIV na cidade de Curitiba, entre os anos de 2015 e 2024.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS). Coleta em 01/12/2025.

A análise dos dados absolutos de mortalidade aponta que, após o pico de mortalidade registrado em 2021 (132 óbitos), associado ao contexto pandêmico, Curitiba retomou a tendência de queda no número de óbitos por aids, alcançando em 2024 o menor número de óbitos da série histórica: 85 registros. Esta redução de 35,6% em relação a 2021 reflete a efetividade da retomada do cuidado.

Ao contrastar a redução da mortalidade geral por aids com a alta taxa de letalidade hospitalar observada (15,25%), evidencia-se uma dicotomia: embora menos pessoas estejam morrendo, aqueles que evoluem para a necessidade de internação apresentam gravidade extrema e baixo prognóstico de recuperação. Isso sugere que os óbitos atuais estão concentrados em casos de diagnóstico tardio ou abandono terapêutico, que chegam à rede terciária com janela de oportunidade terapêutica reduzida.



A caracterização sociodemográfica dos óbitos (tabela 2) evidencia uma mortalidade predominantemente masculina, já que 68,6% dos óbitos ocorreram em indivíduos do sexo masculino, mantendo a tendência histórica de maior vulnerabilidade deste grupo aos desfechos fatais.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos casos óbitos por aids notificados na cidade de Curitiba entre os anos de 2015 e 2024.

| Características dos óbitos por aids notificados em Curitiba | Frequência | |
|---|------------|------|
| | N | % |
| Faixa etária | | |
| Até 14 anos | 0 | 0 |
| 15 a 19 anos | 3 | 0,3 |
| 20 a 29 anos | 77 | 6,9 |
| 30 a 39 anos | 228 | 20,4 |
| 40 a 49 anos | 313 | 28,1 |
| 50 a 59 anos | 270 | 24,2 |
| 60 a 69 anos | 150 | 13,5 |
| A partir de 70 anos | 74 | 6,6 |
| Sexo | | |
| Masculino | 765 | 68,6 |
| Feminino | 350 | 31,4 |
| Raça/cor | | |
| Branca | 785 | 70,4 |
| Parda | 83 | 7,4 |
| Preta | 195 | 17,5 |
| Amarela | 8 | 0,7 |
| Ignorado | 44 | 3,9 |
| Escolaridade | | |
| Nunca estudou | 43 | 3,9 |
| 1 a 3 anos de estudo | 60 | 5,4 |
| 4 a 7 anos de estudo | 281 | 25,2 |
| 8 a 11 anos de estudo | 516 | 46,3 |
| 12 anos e mais de estudo | 137 | 12,3 |
| Ignorado/Em branco | 78 | 7,0 |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Dados preliminares de 2024 atualizados em 10/2025, com coleta em 01/12/2025

No que tange à idade, verifica-se o fenômeno do envelhecimento da mortalidade: enquanto as novas infecções se concentram em adultos jovens (20 a 29 anos), os óbitos atingem majoritariamente a população entre 40 e 59 anos, que soma 52,3% dos registros, com pico na faixa de 40 a 49 anos (28,1%). Este cenário pode indicar tanto a cronicidade da doença, onde pacientes vivem décadas antes de falecer, quanto o diagnóstico tardio em faixas etárias mais avançadas, onde a percepção de risco é menor e as oportunidades de intervenção precoce são perdidas.

No perfil sociodemográfico, a predominância de óbitos no sexo masculino (68,6%) alinha-se historicamente ao perfil da epidemia no estado do Paraná (Montanha *et al.*, 2024). Enquanto novas



infecções tendem a ocorrer em jovens, os óbitos em Curitiba concentram-se na faixa de 40 a 59 anos (52,3%). Silva *et al.* (2022) discutem esse fenômeno no Paraná, atribuindo-o tanto à cronicidade da doença (pacientes que vivem décadas com o vírus) quanto ao diagnóstico tardio em populações mais velhas, onde a percepção de risco é menor e as comorbidades aceleram o desfecho fatal.

No recorte racial, com maior concentração na população branca, os dados refletem a composição demográfica local, mas apontam para disparidades importantes. A maioria dos óbitos ocorreu entre pessoas de raça/cor branca (70,4%), seguida pela população preta (17,5%) e parda (7,4%). Chama a atenção a mortalidade na população preta ser superior ao dobro da registrada na população parda, o que destoia do padrão nacional e sugere a necessidade de investigar determinantes sociais e barreiras de acesso específicas que podem estar afetando desproporcionalmente este grupo em Curitiba. Adicionalmente, a qualidade dos dados de mortalidade mostrou-se superior à dos dados de notificação: o campo de raça/cor apresentou apenas 3,9% de dados ignorados.

Quanto à raça/cor, a concentração de 70,4% dos óbitos em pessoas brancas reflete a demografia local e difere da tendência nacional da epidemia em direção à população negra (Sales *et al.*, 2017). Todavia, é imperativo notar que a mortalidade na população preta (17,5%) supera o dobro da registrada na população parda (7,4%), sugerindo disparidades raciais no acesso e na qualidade do tratamento que merecem investigação, uma vez que a literatura aponta o racismo estrutural como determinante social que dificulta a adesão terapêutica (Lima *et al.*, 2023).

Por fim, a análise da escolaridade desconstrói a ideia de que a mortalidade por aids está restrita às camadas de extrema pobreza ou sem instrução formal. O maior volume de óbitos (46,3%) concentrou-se na faixa de 8 a 11 anos de estudo, correspondendo ao nível fundamental completo e médio. Apenas 12,3% dos óbitos ocorreram em indivíduos com 12 anos ou mais de estudo, sugerindo que o ensino superior pode atuar como um fator protetor, possivelmente associado a melhores condições socioeconômicas, acesso à saúde suplementar e letramento em saúde. Ressalta-se a robustez destes dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que apresentaram apenas 7,0% de campos ignorados em escolaridade, revelando fragilidades observada nas notificações realizadas no município de Curitiba.

4 CONCLUSÃO

A análise da série histórica de 2015 a 2024 dos casos de aids em Curitiba permitiu compreender a dinâmica de um agravo que, embora crônico e tratável, permanece desafiando a gestão em saúde, já que há coexistência de êxitos no controle da epidemia com a persistência de desafios na morbimortalidade de adultos. Os dados permitiram identificar uma epidemia de aids predominantemente masculina e concentrada em adultos jovens, mas com um evidente processo de envelhecimento, dado o aumento de casos em faixas etárias superiores a 50 anos. Contudo, a análise de iniquidades, como raça/cor e



escolaridade, foi limitada pela fragilidade da qualidade dos registros, com altos percentuais de dados ignorados que mascaram a realidade das populações mais vulneráveis.

No que tange à morbidade e produção hospitalar, o estudo revelou que as internações por aids no município são marcadas por internações em alta complexidade. A média de permanência hospitalar prolongada (25 dias) e a ruptura nos custos de internação observada durante e após a pandemia de COVID-19, com valores que se mantiveram elevados mesmo em 2024, sugerem que as unidades hospitalares estão absorvendo pacientes em avançados estados de imunocomprometimento, onerando todo o sistema de saúde.

Quanto aos indicadores de mortalidade, evidenciou-se um cenário paradoxal. Se por um lado houve uma redução expressiva no número absoluto de óbitos gerais, atingindo o menor patamar da década ao final do período, por outro, observou-se um agravamento na letalidade hospitalar. O fato de a taxa de mortalidade intrahospitalar ter dobrado e ultrapassado 15% indica que, embora menos pessoas estejam morrendo no total, aquelas que necessitam de internação chegam à rede terciária tardiamente, com prognósticos reservados e pouca janela de oportunidade terapêutica.

Conclui-se, portanto, que a gestão do agravo em Curitiba exige superar o modelo centrado apenas na oferta medicamentosa. É imperativo fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, focando na longitudinalidade e na busca ativa para mitigar a vulnerabilidade programática. A estratégia deve garantir não apenas o acesso ao antirretroviral, mas a retenção efetiva do usuário, interceptando a evolução clínica antes que a hospitalização se torne o único desfecho possível. É imperativo, ainda, qualificar o preenchimento das notificações e reorganizar a Rede de Atenção para garantir o acesso oportuno e diagnóstico precoce do estado de aids, evitando que o hospital seja apenas o cenário de desfechos fatais evitáveis.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Técnica nº 142/2025-CGHA/DATHI/SVSA/MS**. Dispõe sobre as orientações para manejo da viremia baixa (carga viral inferior a 500 cópias/mL) em pessoas em uso de esquemas de terapia dupla (TD). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2025/nota_tecnica_no-142_2025-cgha_dathisvsa_ms.pdf. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – HIV e Aids número especial, dezembro de 2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hiv-e-aids-numero-especial-dez-2025.pdf/@@download/file> Acesso em 01 dez 2025.

CHERMONT, M. **Curitiba é eleita a capital com a melhor qualidade de vida do Brasil segundo o Índice de Progresso Social 2025**. Curitiba: CBN Notícias, 2025. Disponível em: <https://cbncuritiba.com.br/materias/curitiba-e-eleita-a-capital-com-a-melhor-qualidade-de-vida-do-brasil-segundo-o-indice-de-progresso-social-2025/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

COSTA, E. C. S. *et al.* Sucessos e desafios do tratamento contra o HIV em crianças na Região Metropolitana de Curitiba, Paraná. **Observatório de la economía latinoamericana**, [S. l.], v. 22, n. 10, p. e7297, 2024.

COTA, V. L.; CRUZ, M. M. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 393–405, abr. 2021.

CUNHA, A. P. *et al.* Fatores associados à interrupção do tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV/aids em municípios brasileiros entre 2019 e 2022. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 28, e250015, 2025.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **HIV/AIDS: cenário epidemiológico de Curitiba**. 1. ed. Curitiba, PR: Fundo Municipal da Saúde, 2024. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/hiv%20aids/BOLETIM_CENARIO_EPIDEMOLOGICO_2024_Vfinal.pdf Acesso em 25 nov. 2025.

GOVATISKI, J. R. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes infectados com HIV/aids no município de Curitiba-pr e região metropolitana de 2012 a 2022. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 2849–2862, 2024.

IBGE. IBGE Cidades. **Cidades e Estados: Curitiba**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>. Acesso em: 25 nov. 2025.

LANGE, S. T. *et al.* Evolução do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids no estado do Paraná e em cidades estratégicas. **Divers@!**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 438–455, 2023.

LIMA, J. F.; BIDARRA, B. S. Concentração e desigualdade na Região Metropolitana de Curitiba. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 11, e20170137, 2019.



LIMA, L. V. *et al.* HIV in Paraná: clinical-epidemiological overview, distribution, and incidence by macroregional and regional health. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 45, e61523, 2023.

LOPES, L. M *et al.* Fatores de vulnerabilidade associados às internações por HIV/aids: estudo caso controle. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180979, 2020.

MONTANHA, R. M. *et al.* HIV and AIDS in the state of Paraná, Brazil, 2007–2022: trends and spatiotemporal distribution. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 27, p. e240015, 2024.

PREFEITURA DE CURITIBA. **Curitiba é a capital com o melhor índice de desenvolvimento e a terceira cidade no ranking dos 5.550 municípios avaliados**. Curitiba: Portal de Notícias da Prefeitura de Curitiba, 2025. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-e-a-capital-com-o-melhor-indice-de-desenvolvimento-e-a-terceira-cidade-no-ranking-dos-5550-municipios-avaliados/77237>. Acesso em: 15 dez. 2025.

REVAY, R. L. M. *et al.* **Population with HIV/aids without antiretroviral treatment in the most populous municipalities of the metropolitan region of Curitiba, Paraná**. In: Contribuições da Saúde Coletiva para as Redes de Atenção -Volume 1. Guarujá: Editora Científica Digital, 2025. cap. 14, p. 199-208.

SALES, W. B. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS do Estado do Paraná: estudo ecológico. **Rev. enferm. atenção saúde**, v. 6, n. 1, p. 120-129, 2017.

DOS SANTOS, M. C. S.; DIAS, F. A.; RATTMANN, Y. D. População diagnosticada com HIV sem tratamento antirretroviral na Região Metropolitana de Curitiba, Paraná. **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 1-18, 2025.

SANTOS, A. C. F. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista eletrônica acervo saúde**, n. 48, v. suplementar, p. e3243-e3243, 2020.

SILVA, M. *et al.* Tendência temporal da incidência dos casos de HIV/Aids no Noroeste do Estado do Paraná. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2022.

UNAIDS. AIDSinfo. Global data on HIV epidemiology and response. **Epidemic & response: People living with HIV - All ages**. Geneva: UNAIDS, 2025. Disponível em: <https://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 25 nov. 2025.

UNAIDS. **Overcoming disruption: transforming the AIDS response**. Geneva: UNAIDS, 2025. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-11/2025-WAD-report_en.pdf. Acesso em: 25 nov. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Grupo de Estudos em MacroEconomia Ecológica. **Mapa das Desigualdades do Núcleo Territorial Central da Região Metropolitana de Curitiba: Saúde**. 1. ed. Curitiba: Kurytiba Metropole, 2025. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/381203038_Mapas_desigualdades_na_regiao_Metropolitana_de_Curitiba_-_Nucleo_Territorial_Central_Saude. Acesso em 15 dez. 2025.