



Prefeitura de  
**CURITIBA**

# HIV/AIDS: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA **2025**



Prefeitura de  
**CURITIBA**

# **DEZEMBRO 2025**

## **CURITIBA**

Secretaria Municipal da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Epidemiologia  
Coordenação de Vigilância  
Epidemiológica dos Agravos  
Crônicos Transmissíveis

Ano 12 – Nº 1 dezembro 2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

HIV/AIDS [livro eletrônico] : cenário epidemiológico de Curitiba 2025. -- Curitiba, PR : Fundo Municipal da Saúde, 2025.  
PDF

Vários autores.  
Vários colaboradores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-88793-13-8

1. AIDS (Doença) - Epidemiologia - Brasil
2. AIDS (Doença) - Obras de divulgação
3. Curitiba (PR) - Aspectos de saúde
4. HIV (Vírus) - Prevenção
5. HIV - Infecções
6. Saúde pública.

25-325168.0

CDD-362.1969792

**Índices para catálogo sistemático:**

1. HIV-AIDS : Cuidados de saúde : Problemas sociais  
362.1969792

# Prefeitura Municipal de Curitiba

## **Prefeito**

Eduardo Pimentel Slaviero

## **Secretaria Municipal de Saúde**

Tatiane Filipak

## **Superintendência Executiva**

Juliano Schmidt Gevaerd

## **Superintendência de Gestão**

Jane Sescatto

## **Superintendência de Vigilância em Saúde**

Flavia Celene Quadros

## **Diretor do Centro de Epidemiologia**

Alcides Augusto Souto de Oliveira

## **Coordenadora de Vigilância Epidemiológica dos Agravos Crônicos Transmissíveis**

Liza Regina Bueno Rosso

## **Autoras:**

Carla Da Ros

Clea Elisa Lopes Ribeiro

Dirlene Pacheco Venancio

Katiuska Ferraz Jansen Negrello

Laudia Wachholz Bonato

Leia Regina da Silva

Liza Regina Bueno Rosso

Lourdes Terezinha Pchebilski

Carolina Ignez Maier Guedes

Claudia Weingaertner Palm

Daniela Mariano Santos

Heloisa Nogara Orza

Vanessa Cini

Esta publicação foi financiada por meio do Acordo de Cooperação nº NU2GGH002515, firmado entre a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, com recursos do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids (PEPFAR). O conteúdo é de responsabilidade exclusiva dos autores e não reflete necessariamente a posição oficial do financiador.

## **Projeto Gráfico e Capa**

Viviane Marini

## **Foto para arte da Capa**

Imagen usada sob licença da Shutterstock.com

# Índice

<b>Apresentação</b>	10
<b>HIV/aids em Curitiba</b>	11
<b>Distribuição por Distritos Sanitários</b>	17
<b>Gestantes vivendo com HIV e Crianças expostas ao HIV</b>	18
Certificação da eliminação da transmissão vertical	19
Análise epidemiológica	20
<b>Hanseníase em Curitiba</b>	22
<b>Hepatites Virais</b>	26
Hepatite A	27
Hepatite B	29
Hepatite C	31
<b>Sífilis</b>	34
Sífilis adquirida	36
Sífilis gestacional	38
Sífilis congênita	40
<b>Tuberculose</b>	42
Infecção latente pelo <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> (ILTB)	50
<b>Considerações finais</b>	54
<b>Referências</b>	55
<b>Tabelas</b>	57

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Casos de AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) por sexo e razão de sexo, segundo ano de diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	57
<b>Tabela 2</b> - Casos de infecção pelo HIV notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) por sexo e razão de sexo, segundo ano de diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	58
<b>Tabela 3A</b> - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) e razão de sexo, segundo ano de diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	59
<b>Tabela 3B</b> - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) e razão HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	60
<b>Tabela 3C</b> - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) sexo masculino e razão de HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	61
<b>Tabela 3D</b> - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) sexo feminino e razão de HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	62
<b>Tabela 4A</b> - Casos de HIV/AIDS notificados no SINAN segundo sexo e faixa etária por ano diagnóstico. Curitiba 1984-2024.	63
<b>Tabela 4B</b> - Taxa de detecção (por 100.000 hab) de casos de HIV/AIDS notificados no SINAN segundo sexo e faixa etária por ano diagnóstico. Curitiba 2000- 2024.	64
<b>Tabela 5A</b> - Número de casos de infecção pelo HIV/AIDS notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico Curitiba 1984- 2024.	65
<b>Tabela 5B</b> - Percentual de casos de infecção pelo HIV/AIDS notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico Curitiba 1984- 2024.	66
<b>Tabela 6</b> - Casos de infecção HIV/AIDS notificados no SINAN (número e percentual), segundo escolaridade por ano de diagnóstico Curitiba 2007- 2024.	67
<b>Tabela 7</b> - Casos de infecção HIV/AIDS notificados no SINAN (número e percentual), segundo raça por ano de diagnóstico. Curitiba 2007- 2024.	68

<b>Tabela 8A</b> - Óbitos por HIV/AIDS notificados no SIM (número e coeficiente de mortalidade por 100.000 hab) e razão de sexo, segundo ano de óbito. Curitiba 1985-2024.	69
<b>Tabela 8B</b> - Óbitos por HIV/AIDS notificados no SIM segundo sexo e faixa etária por ano de óbito. Curitiba 2000 -2024.	70
<b>Tabela 8C</b> - Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) de casos de HIV/AIDS notificados no SIM segundo sexo e faixa etária por ano de óbito. Curitiba 2000 -2024.	71
<b>Tabela 9</b> - Número de casos de infecção pelo HIV/AIDS, número de óbitos e número de pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico e ano de óbito. Curitiba 1984-2024.	72
<b>Tabela 10</b> - Casos de infecção HIV/AIDS notificados no SINAN (número e percentual) e Razão de sexo, segundo Distrito Sanitário de residência por ano de diagnóstico. Curitiba 2007- 2024.	73
<b>Tabela 11</b> - Casos de infecção HIV, AIDS e proporção de casos de AIDS/HIV notificados no SINAN por Distrito Sanitário de residência. Curitiba 2013-2024.	74
<b>Tabela 12</b> - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e percentual) segundo faixa etária por ano do diagnóstico. Curitiba 2015 a 2024.	75
<b>Tabela 13</b> - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e percentual) segundo escolaridade por ano do diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024.	75
<b>Tabela 14</b> - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e percentual) segundo raça/cor por ano do diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024.	75
<b>Tabela 15</b> - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos) segundo distrito de residência por ano do diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024.	75
<b>Tabela 16</b> - Indicadores de processo para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Curitiba, 2020 a 2024.	76
<b>Tabela 17</b> - Número e percentual de casos de hanseníase segundo situação de encerramento. Curitiba, 2014 a 2024.	76
<b>Tabela 18</b> - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo forma clínica. Curitiba 2014-2024.	76

**Tabela 19** - Comparativo do número de abortos, natimortos, total de casos e taxa de incidência da sífilis congênita (SC) por 1.000 nascidos vivos. Curitiba, 2020 a 2024. ————— 77

**Tabela 20** - Características dos casos novos de tuberculose com e sem coinfecção TB-HIV segundo características sociodemográficas e clínicas. Curitiba, 2024. ————— 78

**Tabela 21** - Notificações de tratamentos iniciados de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* em Curitiba, conforme tipo de entrada. Curitiba, 2018-2024 (n=2.545) ————— 78

**Tabela 22** - Notificações da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* em Curitiba, conforme trimestre e ano do início de tratamento. Curitiba, 2018-2024 (n=2.545) ————— 78

**Tabela 23** - Notificações por início de tratamento de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* em Curitiba, conforme tipo de encerramento. Curitiba, 2018-2023 (n=1.975) ————— 78

# **HIV/AIDS:**

## **CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO**

### **DE CURITIBA 2025**

# Apresentação

Esta edição do Boletim Epidemiológico do município de Curitiba contempla os agravos HIV/aids, gestantes vivendo com HIV, crianças expostas ao HIV, hanseníase, hepatites virais, sífilis, tuberculose e infecção latente por tuberculose (ILTB). A principal fonte de dados é o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), por se tratar do instrumento de informação e vigilância oficial de notificação de todos os agravos constantes no presente documento.

Para a tabulação dos dados referentes à infecção pelo HIV e aids são analisados quatro bancos de dados diferentes: SinanW, adulto e criança para os casos notificados no período de 1984 a 2006 e SinanNET, adulto e criança a partir de 1º de janeiro de 2007 até 01 de outubro 2025, tendo como ano base 2024, sendo as tabelas construídas pelo Tabwin. Para os dados referentes à mortalidade o instrumento utilizado são os óbitos notificados com causa básica por HIV/aids (CID10: B20 a B24) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). No município, para complementação dos dados de HIV/aids são usados ainda outros sistemas de informação como o Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e o Sistema de Informação dos Centro de Testagem Anônima (SI-CTA).

Em Curitiba todo paciente notificado como infecção pelo HIV quando evolui para critério de definição de AIDS, no seu segmento clínico, detectado principalmente pelo valor de CD4 <350, é retirado do banco de HIV sendo assim só é considerado uma única vez, para fins de análises epidemiológicas. Este processo difere do Ministério da Saúde (MS) que analisa separadamente o HIV e a aids. Vale esclarecer que este processo é realizado em um banco de dados paralelo não modificando as orientações de vigilância de HIV/aids do MS.

Para a tabulação dos dados referente a hanseníase, hepatites virais, sífilis e tuberculose foram utilizados os bancos do Sinan. Os dados de ILTB foram compilados a partir do banco do Sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB).

Para o cálculo de taxa de detecção e mortalidade por 100.000 habitantes foi estabelecida a população segundo o instrumento denominado "Estudo de estimativas populacionais por Município, idade e sexo 2000-2021-Brasil" elaborado pelo Ministério da Saúde/SVS/DAENT/CGIAE. Para os anos de 2022 a 2024 foi considerada a mesma população do ano de 2021, pois até a data de encerramento deste Boletim, 10 de novembro de 2025, não estava disponível no site do DATASUS a população estimada para estes anos. Para as crianças menores de um ano foi considerado o número de nascidos vivos por ano de nascimento de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Aproveitamos para reforçar que a notificação dos casos de AIDS, infecção pelo HIV, gestante HIV, criança exposta ao HIV, sífilis em gestante, sífilis congênita, sífilis adquirida, hepatites virais, tuberculose e hanseníase, tanto na rede pública quanto na privada, é obrigatória, conforme a portaria de consolidação MS/GM n. 4 de 28 de setembro de 2017, sendo que aids é de notificação compulsória desde 1986 e a infecção pelo HIV desde 2014.

Desejamos a todos uma boa leitura.

# HIV / aids em Curitiba

Em Curitiba desde o início da epidemia até 15 de outubro de 2025, ano base 2024, foram notificados no SINAN 14.977 casos de aids, sendo 10.590 homens e 4.387 mulheres, e 10.040 notificações de infecção pelo HIV, sendo 7.568 homens e 2.472 mulheres (**Tabela 1 e Tabela 2**).

Para avaliar a magnitude da epidemia de HIV/aids no município de Curitiba (**Tabela 3A**) os dados de infecção pelo HIV e aids são somados, demonstrando que os números são maiores, principalmente quando comparados com o do Ministério da Saúde (MS). Do ano de 1984 a 2024, somando infecção pelo HIV e aids, são 18.158 casos em homens (72,5%) e 6.859 casos em mulheres (27,5%).

Ao comparar a relação entre as notificações de aids e de infecção pelo HIV, observa-se que a partir de 2013 houve mais notificações de casos de infecção pelo HIV do que aids, sendo que esta relação entre 2016 e 2022 foi de 2 casos HIV para 1 caso de aids, com exceção do ano de 2020. Em 2024 esta relação foi de 23 caso de infecção pelo HIV para 10 caso de aids, mostrando uma tendência ao diagnóstico precoce, uma vez que a maioria dos pacientes notificados são assintomáticos (**Tabela 3B**).

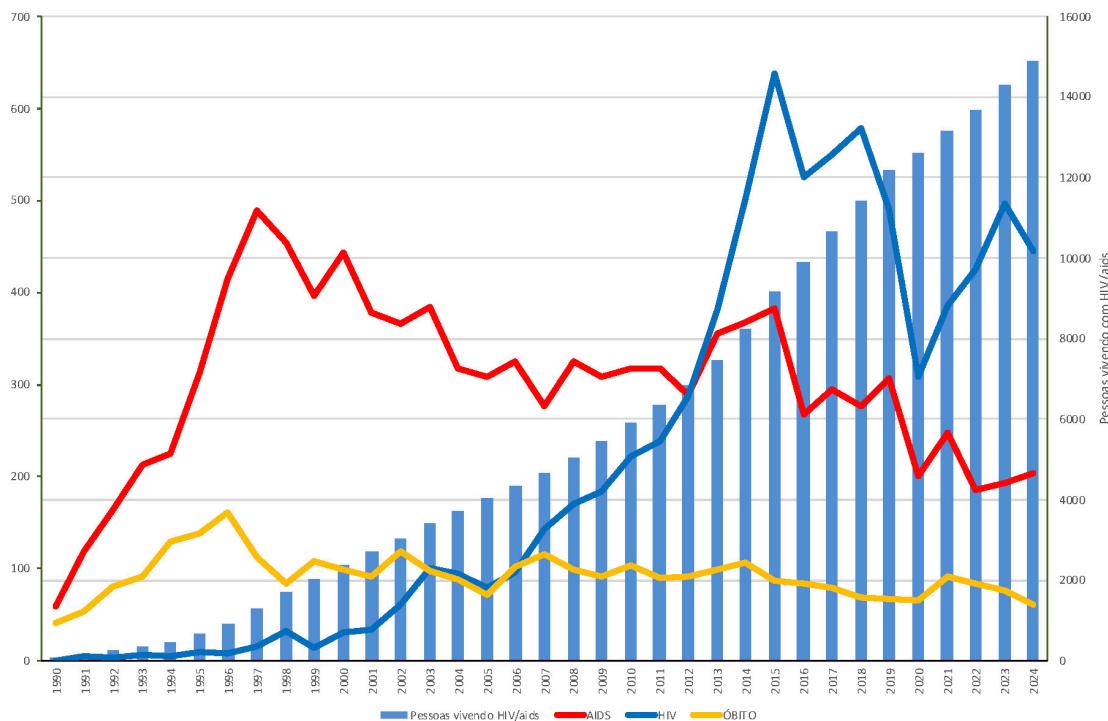
Em 2024, foram notificados 255 casos de aids (taxa de detecção de 13,9 casos por 100 mil habitantes) e 596 casos de infecção pelo HIV (taxa de detecção de 32,6 casos por 100 mil habitantes). Quanto a razão por sexo, para aids foi de 4,0(M:F), ou seja, 40 homens para cada 10 mulheres, e a razão por sexo para infecção pelo HIV foi de 2,9 (M:F) sendo diagnosticado 29 homens para cada 10 mulheres.

Quando se avalia as notificações de aids, com relação ao tempo, de 2015 a 2024 observa-se uma queda de 47,0% nos casos para o sexo masculino e 64,0 no sexo feminino. Com relação a infecção pelo HIV, houve queda no mesmo período, de 30,2% para os homens e aumento de 9,4% para as mulheres (**Tabela 3C e Tabela 3D**).

O ano de maior número de casos diagnosticados foi 2015, com 1.300 notificações de HIV/ aids, com taxa de detecção geral de 70,8 casos para 100 mil habitantes. No ano de 2024 foram 851 casos notificados, com taxa de detecção geral de 46,5 casos para 100 mil habitantes, sendo 74,9 por 100 mil hab. no sexo masculino e 21,0 por 100 mil hab. no sexo feminino (**Tabela 3A**).

O **Gráfico 1**, apresenta os números de casos referentes ao sexo masculino, onde observa-se uma queda mantida nos casos de aids desde 1997. No ano de 2024 foram 204 casos, revelando um aumento nas notificações. Pode-se observar também, que houve crescimento dos casos de infecção pelo HIV, sendo de 108% de 2012 a 2015, e tendência a queda a partir deste ano até 2020, com tendência a crescimento, até 2023 e queda no último ano. O número de óbitos também começou a reduzir a partir de 2014. É interessante observar que o número de homens vivendo com HIV/aids vem mantendo uma taxa de crescimento estável, em torno de 8% ao ano, desde 2005. Nos últimos 10 anos houve um aumento de 62,1% no número de homens vivendo com HIV, podendo inferir melhorias na assistência.

## Gráfico 1 - Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo masculino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990 – 2024.

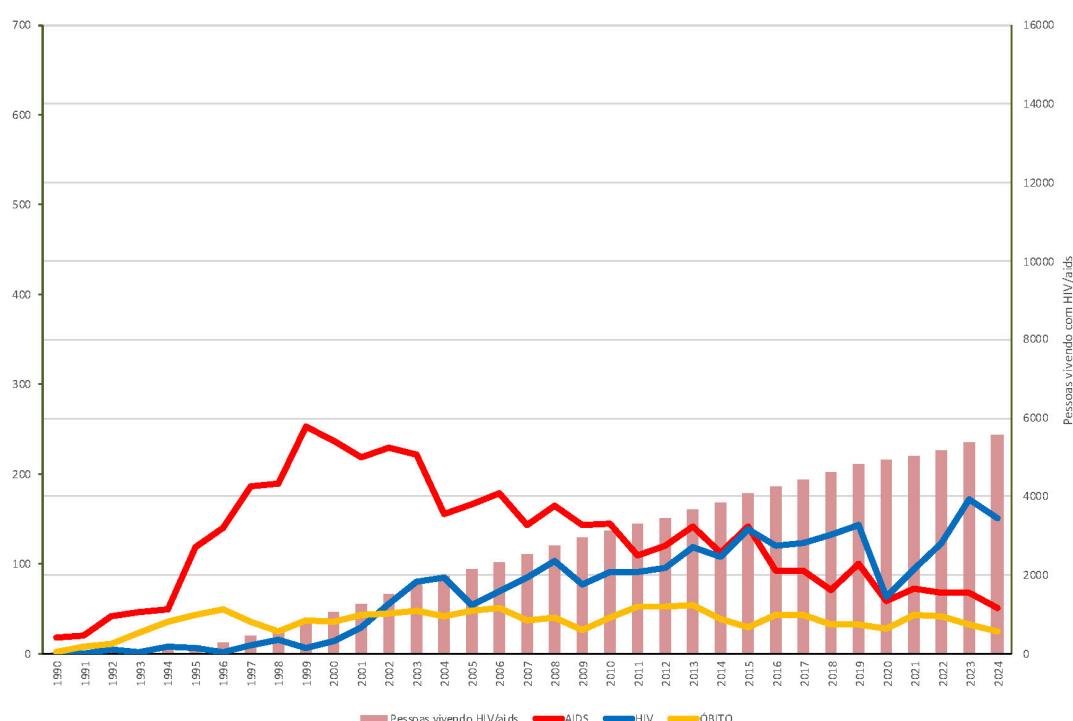


Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

No **Gráfico 2**, observa-se um resumo dos números referentes ao sexo feminino, no período de 1990 a 2024. Houve uma tendência a queda nos casos de aids desde 1999, com crescimento dos casos de infecção pelo HIV. O número de óbitos também começou a reduzir a partir de 2013. No ano de 2024 observa-se queda nos números de aids, infecção pelo HIV e óbitos. É interessante observar que o número mulheres vivendo com HIV/aids vem mantendo uma taxa de crescimento estável, sendo que nos últimos 10 anos o crescimento foi de 44,4%.

## Gráfico 2 - Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo feminino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990 - 2024.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2024.

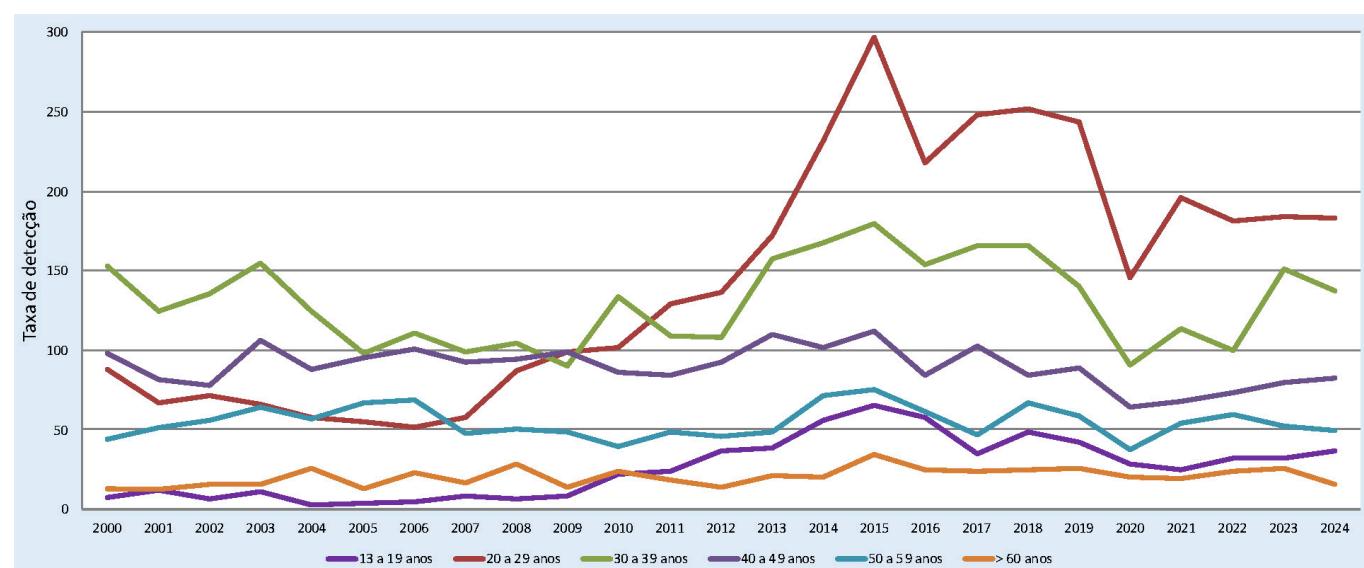
\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Para uma análise mais detalhada é importante avaliar a incidência de HIV/aids por faixa etária e sexo, de modo a facilitar uma intervenção direcionada para as faixas etárias mais prevalentes. A faixa etária em que a infecção pelo HIV/aids é mais frequente, em ambos os sexos, quando se avalia o número acumulado de casos, é a de 20 a 39 anos de idade, com o número total de 12.330 casos no sexo masculino e 3.937 casos em mulheres.

A taxa de detecção de HIV/aids por 100 mil habitantes cresceu de maneira exponencial no sexo masculino de 2005 a 2015, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, com taxa passando de 54,9 por 100 mil habitantes em 2005 para 296,8 por 100 mil habitantes em 2015, crescimento de 5 vezes, em 2024 nesta faixa etária a taxa de detecção foi de 182,9 por 100 mil habitantes, redução de 39%. Nesta faixa etária no sexo feminino o ano com a maior taxa foi 2003, com 60,2 casos por 100 mil habitantes, os valores vêm diminuindo com o passar dos anos e em 2024 foi de 33,5 casos por 100 mil habitantes, valor 5 vezes menor que no sexo masculino e redução de 11% quando comparado com a ano de 2015 (**Tabela 4A e Tabela 4B**).

Nos **Gráficos 3 e 4**, são apresentadas as taxas de detecção por 100 mil habitantes de HIV/aids, de 2000 à 2024, para pessoas acima de 13 anos, por faixa etária e sexo, usando a mesma escala para comparação. No sexo masculino, nas faixas jovens de 15 a 39 anos, é evidente o crescimento até 2015, com tendência de queda nos anos seguintes, em todas as faixas etárias, sendo a maior queda observada na faixa dos 20 a 29 anos. No ano de 2020 observa-se uma queda nas taxas de detecção, em todas faixas etárias, provavelmente devido as mudanças ocorridas com relação à assistência médica durante a pandemia de Covid 19. No ano de 2024 houve uma queda na taxa de incidência em todas as faixas etárias, quando comparado a 2023, menos nos homens com mais de 60 anos. Já no sexo feminino, o padrão demonstra certa estabilidade no decorrer do tempo não havendo predomínio em nenhuma faixa etária.

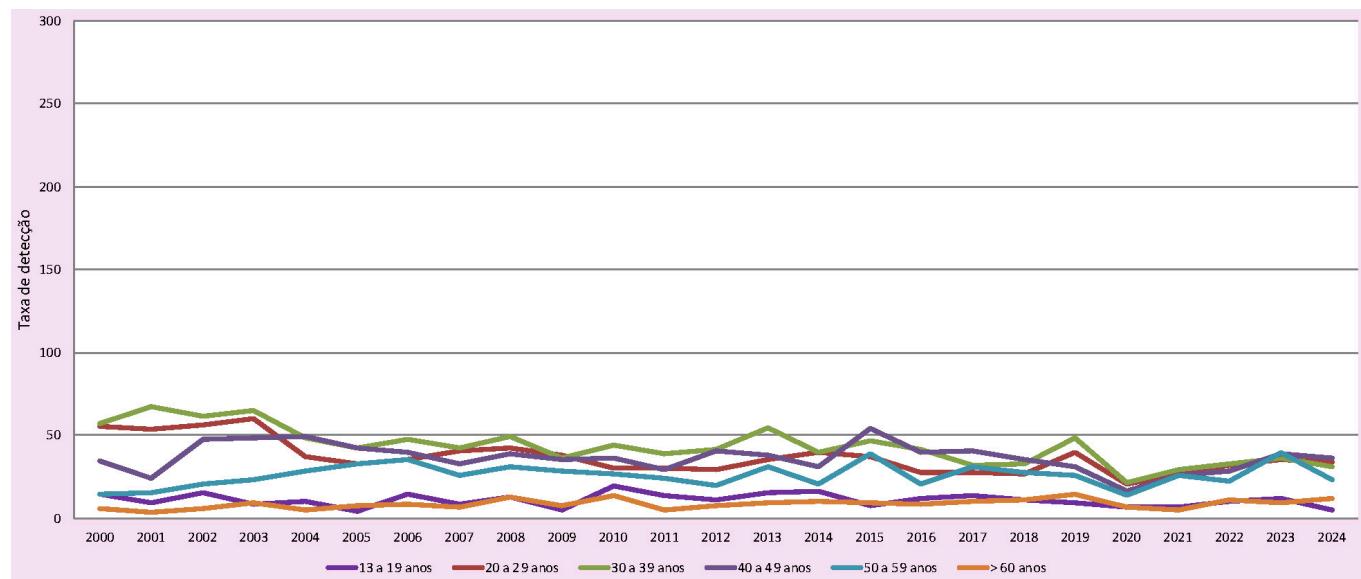
**Gráfico 3 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de HIV/aids, sexo masculino, por ano diagnóstico e faixa etária. Curitiba, 2000-2024.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

## Gráfico 4 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de HIV/aids, sexo feminino, por ano diagnóstico e faixa etária. Curitiba, 2000-2024.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2023.

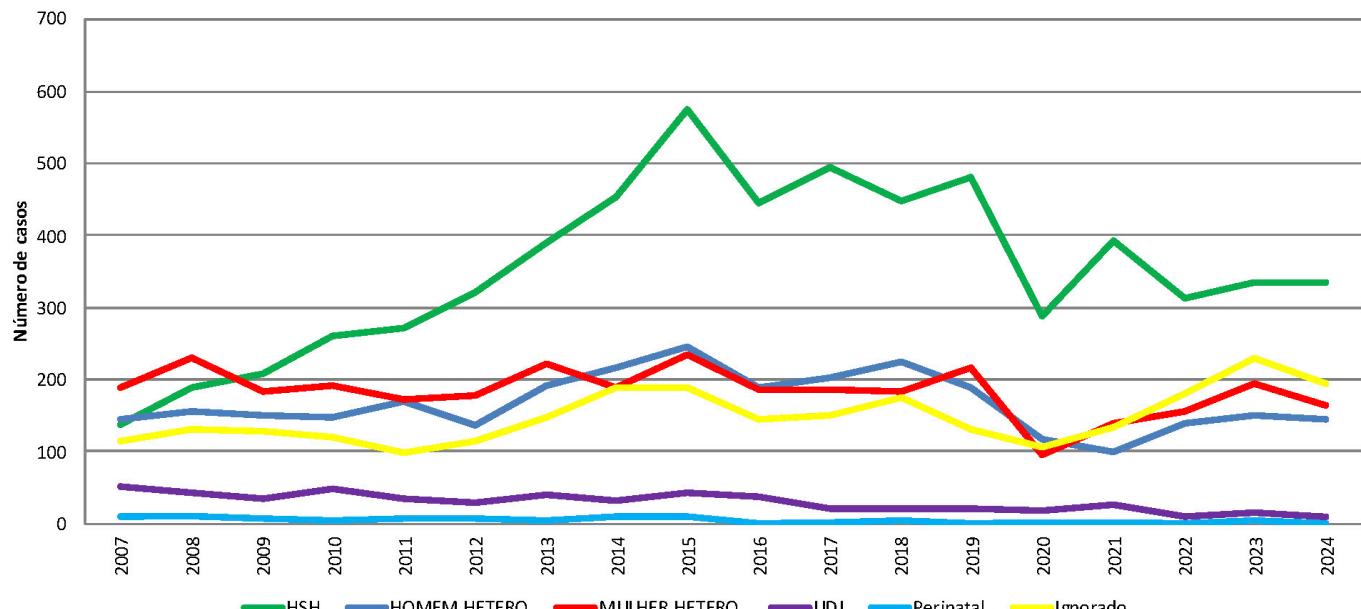
\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Quanto à forma de transmissão ou categoria de exposição, a informação "ignorada" aparece em média de 16,9 % dos casos, no período de 2007 a 2024 variando de 12,6% em 2019 a 24,8% em 2023.

A principal forma de transmissão é a sexual, respondendo por 74,8% dos casos, quando se avaliam todos os casos (HIV/aids). Para o sexo feminino, a categoria heterossexual responde, em média, por 79,3% dos casos. Entre os homens, na análise de toda epidemia, 26,1% dos casos se deram por relações heterossexuais, 38,9% por relações homossexuais e 7,8% por relações bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea ou vertical (**Tabela 5A e Tabela 5B**). Em uma análise temporal, considerado para os homens, os casos bissexual e homossexual, como Homem que faz sexo com Homem (HSH), observa-se um crescimento importante, respondiam por 32,5% dos casos em 2007, 61,9% em 2021 e 51,3% em 2024.

No **Gráfico 5**, apresenta-se o número de casos de HIV/aids segundo a categoria de exposição, a partir de 2007, onde observa-se uma diminuição dos casos em Usuário de Drogas Injetáveis (UDI) e transmissão vertical, aumento de 305% dos casos em HSH de 2007 para 2015, nos anos subsequentes observa-se tendência de queda, nesta categoria de exposição, provavelmente devido ao trabalho intenso do município nas medidas de prevenção combinada, principalmente a oferta de PEP (Profilaxia pós-exposição) e PReP (Profilaxia pré-exposição).

## Gráfico 5 - Casos notificados de HIV/aids por ano diagnóstico segundo categoria de exposição. Curitiba, 2007-2024.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN 1984-2006 e SINAN NET 2007-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Com o grau de instrução dos pacientes foi possível fazer uma análise indireta do nível social. A variável escolaridade foi modificada durante várias versões do Sinan, sendo consideradas para este boletim apenas as informações a partir de 2007 (Sinan NET), agrupando as notificações de infecção pelo HIV/aids. É importante salientar que estes dados são obtidos das Fichas de Notificação/Investigação de HIV/aids e que a informação relativa ao grau de instrução, em 38,4% dos casos, estava como ignorada. No ano de 2024, entre as mulheres, observa-se ensino fundamental em 20,8% dos casos, ensino médio em 25,7% e apenas 8,4% com ensino superior. Em 2024, entre os homens, 53,4% dos casos possuem mais de 9 anos de escolaridade, destes, 21,0% possuíam nível superior de escolaridade. O padrão de distribuição da escolaridade mostra tendência mantida de homens com maior grau de escolaridade do que as mulheres (**Tabela 6**).

Para a variável raça/cor, foi realizada uma análise dos últimos 18 anos (2007 a 2024), agrupando os casos de infecção pelo HIV/aids. A distribuição mostra aproximadamente 73,8% dos casos de brancos, 11,3% dos casos de pardos e 4,7% dos casos de pretos, sendo que em torno de 8,9% das notificações esta informação estava com preenchimento em branco ou ignorada. Estratificando-se análise por sexo, observa-se para o sexo feminino uma proporção ligeiramente maior da raça negra/parda, com média de 16,8% dos casos e para os homens uma média de 15,8% (**Tabela 7**).

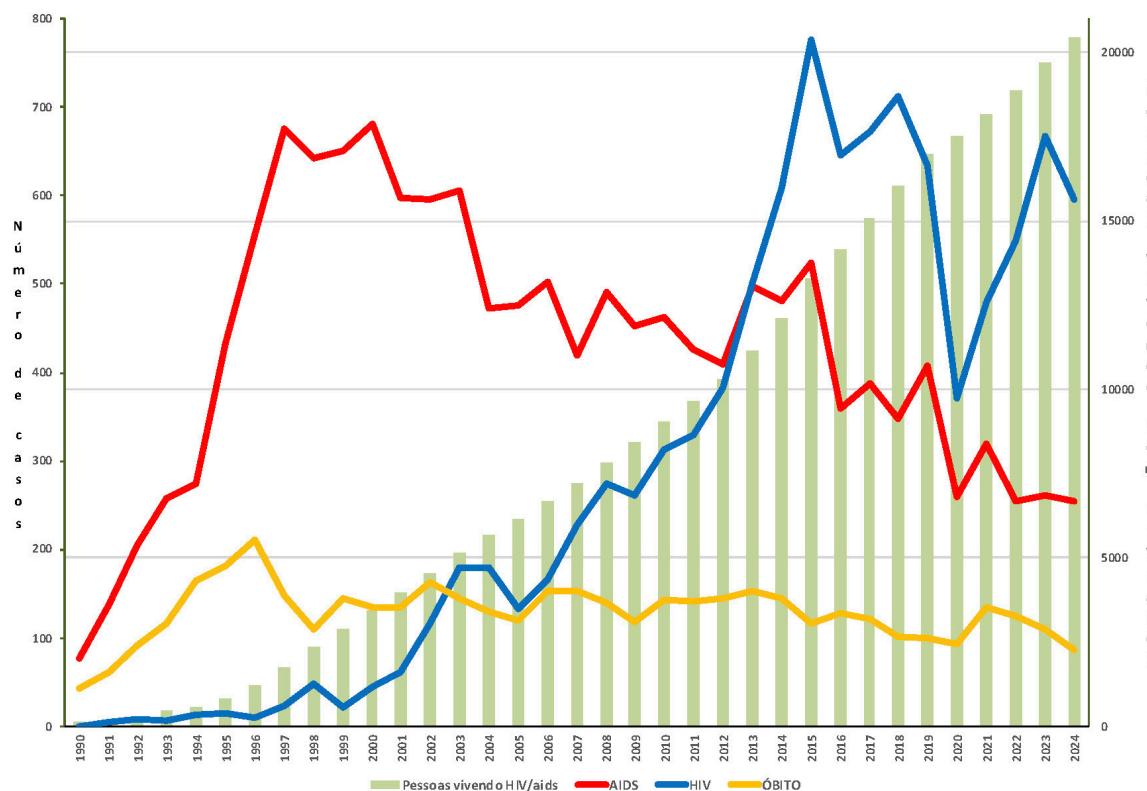
Em relação à mortalidade, de 1985 a 2024, foram registrados 4.564 óbitos, sendo 3.280 em homens e 1.284 em mulheres, lembrando a fonte de informação destes dados é o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) considerando o CID B20 a B24, como causa básica do óbito. O coeficiente de mortalidade teve seu ápice em 1996, com 14,3 óbitos por 100 mil habitantes. No período entre 2010 a 2013, esse coeficiente esteve estabilizado em torno de 8 óbitos por 100 mil habitantes (**Tabela 8A**). De 2014 para 2019, houve uma queda de 33,3% no número de óbitos por aids, com coeficiente de mortalidade de 5,4 por 100 mil habitantes. Nos anos de 2020 e 2021, houve um aumento do número de óbitos de PVHIV, agravados pela infecção por covid-19, onde pode-se observar óbitos de PVHIV com carga viral indetectável e CD4 maior que 350. No ano de 2024 foram identificados 86 óbitos por HIV/aids com coeficiente de mortalidade de 4,7 por 100 mil habitantes.

Ao analisar a distribuição dos óbitos, no período de 2000 a 2023, por faixa etária, observa-se uma maior concentração dos óbitos entre 30 a 59 anos, respondendo por 88,1% dos óbitos, com tendência de óbitos em idades mais avançadas no decorrer dos anos, o que demonstra um envelhecimento das Pessoas Vivendo com HIV(PVHIV) (**Tabela 8B e Tabela 8C**).

Estima-se o número de PVHIV, subtraindo-se o total de casos de HIV/aids de cada ano (Sinan), pelo respectivo número de óbitos (SIM) do ano, adicionando-se o resíduo de casos vivos do ano anterior. Para o ano de 2024, em Curitiba, são 20.453 PVHIV, sendo 14.878 homens e 5.575 mulheres (**Tabela 9**).

No **Gráfico 6** observa-se um resumo da epidemia de HIV/aids, em Curitiba, as notificações de casos de aids vêm decrescendo desde 1997 quando foram notificados 675 casos até 2024 com 255 casos. As notificações de infecção pelo HIV têm aumentado e relação inversa. Em 1997 foram 24 casos e em 2024 são 596 casos. A mortalidade teve seu pico em 1996 com 211 óbitos, ano em que começou o tratamento antiretroviral de alta potência, os óbitos foram reduzindo mais lentamente com menor número em 2024 com 86 óbitos. O número PVHA aumenta de maneira uniforme nos últimos 18 anos em torno de 8% ao ano.

**Gráfico 6 - Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids por ano diagnóstico. Curitiba, 1990 - 2024.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão -01/10/2025.

# Distribuição por Distritos Sanitários

O município de Curitiba está dividido em 10 distritos sanitários, com características sócio demográficas distintas. Em dezembro de 2015 foi criado o distrito sanitário Tatuquara, na região sul da cidade, quando houve uma redistribuição de alguns bairros dos distritos sanitários Portão, CIC, Bairro Novo e Pinheirinho. Entre os anos de 2020 e 2021, uma nova redistribuição de unidades de saúde entre os distritos Portão, Pinheirinho e Santa Felicidade. Estas mudanças dificultam a análise dos dados por série histórica.

Na **Tabela 10**, observa-se a distribuição dos casos de HIV/aids, segundo sexo e ano de diagnóstico (2013 a 2024), assim como a distribuição proporcional dos casos. Analisando os casos de HIV/aids, diagnosticados no período, o distrito Matriz responde por 23,0% dos casos, seguido pelo Boa Vista (12,1%), Cajuru (11,4%), Boqueirão (9,4%), CIC (9,3%), Portão (9,2%), Pinheirinho (8,1%), Bairro Novo (6,9%), Santa felicidade (6,8%) e Tatuquara (3,8%). Para o sexo feminino, a média dos casos apresentou uma tendência de distribuição uniforme com maiores proporções nos seguintes distritos: Cajuru (13,6%), Boa Vista (13,3%), CIC (12,8%), Matriz (11,1%) e Boqueirão (9,8%). A distribuição apresenta um padrão heterogêneo para o sexo masculino, o distrito sanitário Matriz respondeu por 26,3% dos casos, seguido pelo distrito sanitário Boa Vista (11,8%), Cajuru (10,8 %), Boqueirão (9,3%) e Portão (9,1%). A relação razão de sexo, definida por casos em homens divididos por casos em mulheres, apresenta-se bem variável, com tendência de aumento dos casos em homens em todos os distritos, com destaque, no ano 2018, para o distrito Matriz, com uma razão de 13 casos em homens, para 1 caso em mulher, o distrito Portão 6 casos em homens para 1 mulher e os distritos Cajuru e Santa Felicidade com 5 casos em homem para 1 caso em mulher.

As características da infecção pelo HIV e aids em Curitiba, quando se analisa o distrito de residência, são muito distintas. Para este boletim foi realizada uma análise das notificações segundo o critério de confirmação (infecção pelo HIV e aids) e calculada a proporção de casos de aids. Vale destacar que diagnósticos tardios, resultam em mais casos de aids. Observa-se que em 2013, em média, 49,7 % dos casos diagnosticados foram de aids, e em 2018 foi de 31,6%. No ano de 2024, observou-se que 27,4% dos casos notificados são de aids (**Tabela 11**).

A partir do cenário apresentado, onde cada distrito tem suas peculiaridades, é necessária uma avaliação da população da sua área de abrangência, para conhecer o perfil epidemiológico da população vivendo com HIV/aids e traçar suas estratégias de ação.

# Gestantes vivendo com HIV e Crianças expostas ao HIV

Tendo por objeto a assistência à mulher curitibana desde a saúde reprodutiva, pré-natal, parto, puerpério, até o acompanhamento da criança com segurança e qualidade, em março de 1999 foi lançado, no município de Curitiba, o Programa Mãe Curitibana. Em suas diretrizes consta o atendimento integral às gestantes com estratégias para a prevenção da Transmissão Vertical (TV) não apenas do HIV, como também da sífilis, toxoplasmose e hepatites virais.

Considerando que grande parte dos diagnósticos da infecção pelo HIV em mulheres ocorre durante a gestação e que a Transmissão Vertical (TV) é a principal forma de infecção em crianças quando a gestante não realiza o tratamento de forma adequada e oportuna, a assistência ao pré-natal representa excelente oportunidade para as ações profiláticas.

Atualmente, com o avanço das tecnologias e novos procedimentos realizados durante o acompanhamento das gestantes, o bebê tem a possibilidade de nascer livre da contaminação. Além disso, a inclusão de medidas como a testes rápidos do HIV, realizados de maneira descentralizada na rede de atenção à saúde municipal, possibilita ampliar a testagem em gestantes, parturientes e parceiras sexuais; o referenciamento para acompanhamento especializado; o uso da terapia antirretroviral (TARV) na gestação, no parto e para o recém-nascido (RN); a inibição da lactação; o acompanhamento de puerpério e puericultura têm se mostrado estratégias eficazes para a redução da TV do HIV em Curitiba.

Para alcançar as metas estabelecidas e ao mesmo tempo impactar no cuidado das gestantes HIV e das crianças expostas, o município de Curitiba pactuou indicadores de saúde prioritários com as equipes de atenção básica e especializada e elaborou diversas estratégias que foram implementadas ao longo dos anos. Dentre essas estratégias, destacamos a implantação, em 2001, do prontuário eletrônico em todos os serviços de saúde, que permite o registro dos atendimentos das gestantes e facilita o acompanhamento integral da mulher pelas equipes de saúde. Esse acompanhamento, inclui a vinculação da gestante vivendo com HIV à maternidade de referência, a realização do pré-natal em parceria com a unidade de saúde municipal (UMS), a coleta de exames e o início célere da TARV.

Outra estratégia, diz respeito ao diagnóstico precoce. Nesse quesito, Curitiba se destaca por ter sido a primeira capital brasileira a implantar a testagem sorológica do HIV descentralizada para todas as gestantes e parceiros acompanhados na atenção primária à saúde (APS). Na sequência, implantou a testagem rápida do HIV na consulta de vinculação de pré-natal em todas as UMS, tanto para a gestante quanto para o parceiro, além da realização da testagem rápida no momento do parto nas maternidades conveniadas ou contratualizadas do SUS curitibano.

Como medida complementar, em 2023, a solicitação de exames de quantificação de RNA (carga viral) e de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ passou a ser realizada também pelo profissional enfermeiro facilitando, assim, o acesso aos exames de controle.

As ações de vigilância sempre tiveram o objetivo de nortear o cuidado dispensado às gestantes vivendo com HIV e às crianças expostas. Dessa forma, o monitoramento se inicia tão logo o profissional assistente registra no atendimento o CID Z21 - gestante HIV. Essa ação é possível pois o prontuário eletrônico sinaliza a necessidade da notificação obrigatória desse agravo, conforme exigido em legislação, e a partir disso, amplia a possibilidade de intervenções oportunas pelas equipes de assistência e de vigilância epidemiológica.

Somado a isso, os Serviços de Vigilância Epidemiológica dos Distritos Sanitários recebem semanalmente relatório do Laboratório Municipal de Curitiba com os resultados da sorologia reagente para o HIV. Esses relatórios são enviados para as UMS para que as equipes realizem o acompanhamento destas gestantes, com a solicitação de exames complementares, realização da prescrição e/ou verificação da adesão ao uso da TARV e o encaminhamento ao serviço especializado de alto risco.

Ainda, com o conhecimento dos resultados de exames laboratoriais e com o monitoramento dos casos notificados, as equipes do Centro de Epidemiologia (CE) e do Departamento de Atenção Primária (DAPS), monitoram a adesão ao pré-natal no serviço especializado, aos exames necessários bem como ao uso da TARV.

Do nascimento da criança até os 24 meses de idade, é realizado o monitoramento às consultas especializadas, os resultados de exames de quantificação de cargas virais e da sorologia até a exclusão da TV.

## **Certificação de eliminação da transmissão vertical**

Como reconhecimento das ações implantadas no cuidado das gestantes HIV e das crianças expostas, em dezembro de 2017, Curitiba foi a primeira cidade do país a receber do Ministério da Saúde, a Certificação de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV. A Certificação reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento da criança exposta, fortalecendo as intervenções preventivas, além de reconhecer o processo de trabalho de gestores, profissionais de saúde e demais atores envolvidos no cuidado PVHA.

Nos anos de 2019, 2021 e 2023 o município foi reavaliado, sendo mantida a Certificação. Entendemos que essas recertificações demonstram o sucesso das ações implantadas e que foram aprimoradas ao longo dos anos. Devido à relevância, neste Boletim destacamos as que seguem: a implantação de tutorias em todos os distritos sanitários que tem a finalidade de discutir, a partir dos casos clínicos, com as equipes assistenciais e de vigilância sobre os cuidados ofertados durante o pré-natal das gestantes vivendo com HIV; treinamentos para as equipes das UMS contemplando temas como a prevenção combinada, a testagem rápida, solicitação de exames e o monitoramento das crianças expostas; a implantação de tratamento diretamente observado da TARV pelas equipes de saúde para as gestantes em vulnerabilidade; e sobre as ações intersetoriais envolvidas no cuidado da gestante vivendo com HIV e sua família.

## **Inserção de contraceptivos reversíveis de longa duração**

Em fevereiro de 2018, o município de Curitiba passou a ofertar para as mulheres vivendo com HIV e aids, mulheres em situação de rua, com transtorno mental de difícil manejo, mulheres com uso abusivo de drogas e doenças crônicas de difícil manejo, multíparas ( $> 5$  gestações) e adolescentes com alta vulnerabilidade social, o dispositivo contraceptivo subdérmico de etonogestrel 68 mg.

Nos seis anos de oferta, foram inseridos 3.760 implantes, sendo: 11% (n=407) em mulheres em situação de rua; 25% (n=936) em mulheres em uso abusivo de álcool e drogas; 13% (n=500) com transtornos mentais de difícil manejo; 9% (n=348) em mulheres vivendo com

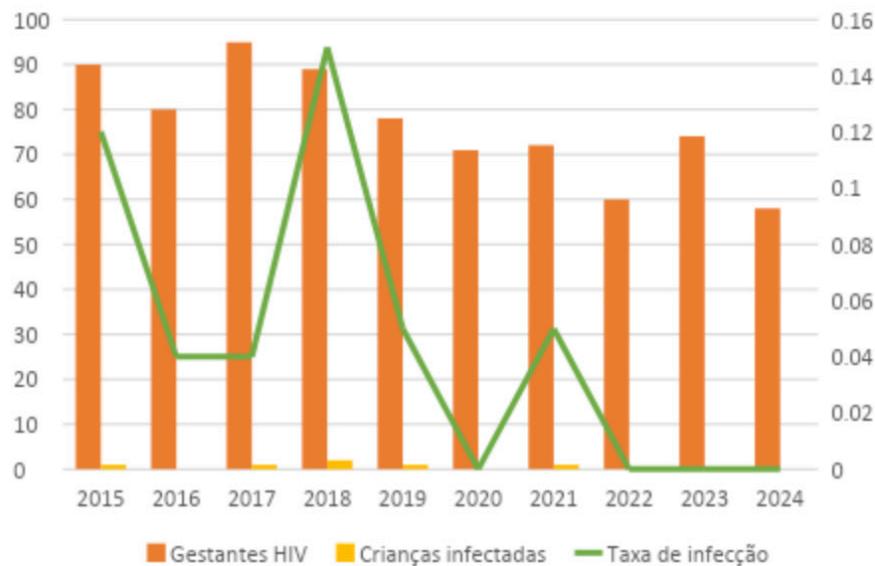
HIV; 7% (n=252) com doença crônica grave; 3% (n=119) com hepatites virais e/ou sífilis; 7% (n=459) grandes multíparas e 9% (n=357) com outras indicações (cada mulher pode preencher mais de um critério).

Ressalta-se que a inserção do implante só é realizada mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido e após serem sanadas eventuais dúvidas, expostos os benefícios do método, suas contraindicações e possíveis efeitos colaterais. Ainda, a mulher tem a ciência de que a retirada do implante, antes do tempo previsto, podendo ser realizada a qualquer momento mediante solicitação da mulher.

## Análise epidemiológica

Em 2024 foram notificadas 58 gestantes vivendo com HIV no município de Curitiba, o menor número da série histórica dos últimos dez anos. Nenhuma criança foi infectada pelo vírus HIV, sendo assim, a taxa de infecção foi zero (**Gráfico 7**). A taxa de infecção é calculada dividindo-se o número de crianças infectadas pelo número de gestantes vivendo com HIV.

**Gráfico 7 – Gestantes vivendo com HIV, crianças infectadas e taxa de infecção, segundo ano de diagnóstico. Curitiba, 2015 - 2024.**



Fonte: SINAN NET 2015-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Dentre essas mulheres, duas (3,4%) estavam com idade menor ou igual a 18 anos, no entanto, a faixa etária com a maior frequência foi a de 30 a 39 anos com 48,3% (n=28), seguida da faixa etária de 19 a 29 anos com 41,4% (n=24) (**Tabela 12**). Quanto a escolaridade, a proporção maior foi a do ensino médio completo, com 27,6% casos (n=16), seguida do ensino fundamental completo com 19,0% (n=11). Nesse ano, 8,6% dos casos (n=5) tiveram a informação de escolaridade não preenchida na notificação demonstrando melhora na completude dos dados, visto que em 2023 houve mais de 10% dos casos com o campo escolaridade ignorado (**Tabela 13**).

Para a variável raça/cor, houve o predomínio foi da raça branca, com 84,5% dos casos (n=49), seguida da parda com 12,1% dos casos (n=7) (**Tabela 14**). Corroborando com a melhoria do preenchimento das fichas de notificação, no ano de 2024 não houve nenhum registro em que o campo raça/cor não foi preenchido. Com relação à residência das gestantes no dez Distritos Sanitários de Curitiba, observou-se que o Distrito Sanitário Boqueirão com 15,5% dos casos (n=9) concentrou o maior número, seguido pelo Distrito Sanitário Tatuquara com 13,8% (n=8) (**Tabela 15**).

A adesão das gestantes às consultas de pré-natal é um indicador relevante para a avaliar se as ações de cuidado implementadas pelas equipes de saúde estão contribuindo para a prevenir a transmissão vertical do HIV às crianças. Desta forma, esse indicador é constantemente monitorado e, em Curitiba, desde o ano de 2020, mais 97% das gestantes vivendo com HIV tiveram quatro ou mais consultas de pré-natal (**Tabela 17**).

Considerando que o diagnóstico precoce é uma estratégia para minimizar o risco de TV, uma vez que ações de intervenção podem ser adotadas o mais rapidamente possível, o monitoramento da cobertura de testagem para HIV nas gestantes é um importante indicador a ser constantemente observado. Nos anos de 2020 a 2024, 100% das gestantes realizaram ao menos um teste para HIV e o percentual das que fizeram o uso da TARV para a prevenção da TV, ficou acima da meta preconizada pelo MS que é de 95%, demonstrando a boa adesão ao tratamento por essas mulheres e o monitoramento constante das equipes de saúde (**Tabela 16**).

# Hanseníase em Curitiba

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo intracelular de relevância epidemiológica para a saúde pública. Afeta principalmente os nervos periféricos e a pele, podendo atingir olhos e mucosas (Brasil, 2022). É uma enfermidade com maior potencial de causar incapacidades, resultando em limitações funcionais, sociais e psicológicas, agravadas pelo estigma e pela discriminação, que dificultam o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento (Santos et al., 2020). Apesar dos avanços terapêuticos, permanece como problema de saúde pública devido às incapacidades residuais e complicações pós-alta (Brasil, 2025).

No Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento é gratuito e quando seguido corretamente promove a cura e interrompe a transmissão. O Brasil ocupa a segunda posição mundial em número de casos novos, reforçando a necessidade de fortalecer a vigilância e as ações de enfrentamento (WHO, 2023; Brasil, 2021).

A partir de julho de 2021, a clofazimina foi incluída no tratamento dos casos paucibacilares (PB), compondo a poliquimioterapia única (PQT-U) junto com rifampicina e dapsona, de acordo com a Nota Técnica nº 16/2021-CGDE/DCCI/SVS/MS (Brasil, 2021). Para as versões adulto e infantil, o tratamento tem duração de seis meses para os casos PB e doze meses para multibacilares (MB).

O controle da hanseníase exige estratégias integradas, como detecção precoce, tratamento supervisionado com PQT-U, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e ações intersetoriais para reduzir o estigma (Brasil, 2025).

Entre 2014 e 2024, Curitiba registrou 271 casos novos, com redução da taxa de detecção de 1,75 para 0,98 por 100 mil habitantes, evidenciando tendência de queda na detecção de casos (**Gráfico 8**).

**Gráfico 8 - Casos novos e taxa de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes. Curitiba, 2014-2024.**

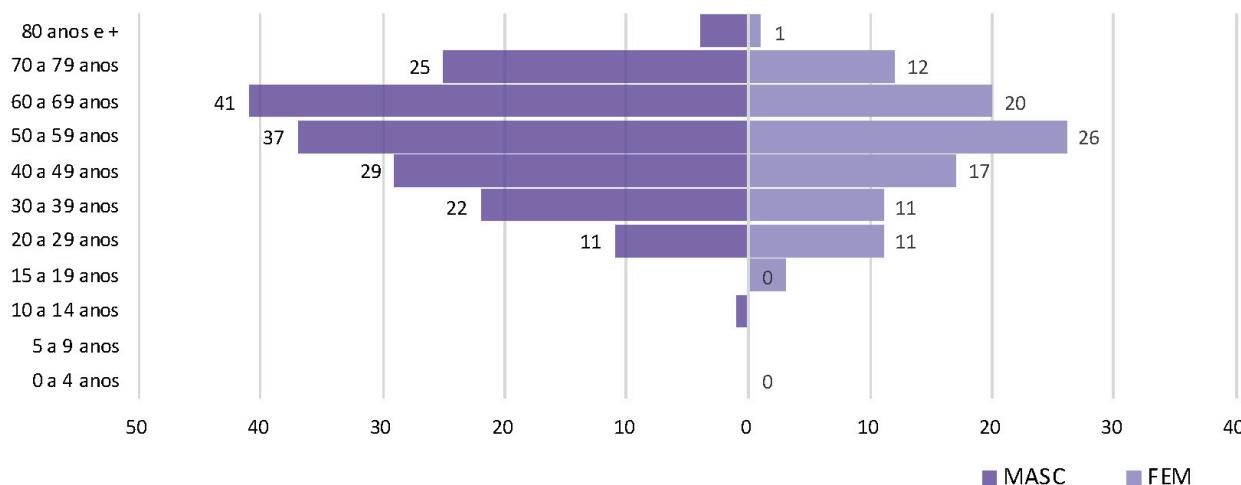


FONTE: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN NET 2014-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão até 01/10/2025.

Osdadosdemonstramqueadoençaacometepessoasdeambosossexos,sendoquede63%(170casos)foramdosexomasculinoe37%(101casos)dosexofeminino.Apredominâncianosexomasculinofoiobservadatodasasfaixasetàrias,sendoquesedestacouafaixaetàriade60a69anos.Noano de2023foidiagnosticadounasemenorde15anosdeidade(**Gráfico 9**).Referênciasbrasileiras corroboramafirmaçãodequeosexomasculinoapresentamaiorriscodhanseníase,especialmente naformamultibacilarmaiorprobabilidadededesenvolverincapacidadesfísicas(Nobre; Illarramendi; Dupnik et al., 2017).

**Gráfico 9 - Casos novos de hanseníase segundo sexo e faixa etária. Curitiba, 2014 - 2024.**



FONTE: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN NET 2014-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão até 01/10/2025.

A **Tabela 17** apresenta situação de encerramento dos casos de hanseníase no período avaliado. O percentual de cura entre 2014 e 2024 variou entre 88% e 100% para os casos multibacilares (MB), com destaque para os anos de 2016, 2017 e 2018, nos quais 100% dos casos MB evoluíram para cura. O maior percentual de abandono de tratamento foi observado em 2015, com 10,8% (4 casos) entre os MB, e 25% (3 casos) entre os paucibacilares (PB).

O desempenho dos indicadores de encerramento dos casos novos diagnosticados ao longo do período analisado oscilou entre os parâmetros considerados “bom” ( $\geq 90,0\%$ ) e “regular” (75,0% a 89,9%) (Brasil, 2018).

Ressalta-se que, entre 2014 e 2024, 92,2% (n=271 casos) dos casos novos de hanseníase evoluíram para cura, 3,3% (n=9 casos) apresentaram abandono de tratamento e 2,2% (n=6 casos) foram a óbito por outras causas durante o tratamento, não relacionadas diretamente à hanseníase.

Entre 2014 e 2024, o percentual de cura dos casos de hanseníase variou de 88% a 100% nos casos multibacilares (MB), com destaque para 2016, 2017 e 2018, quando todos os casos evoluíram para cura. O maior abandono ocorreu em 2015, com 10,8% entre os MB e 25% entre os paucibacilares (PB).

No período analisado, os indicadores de encerramento mantiveram-se entre os parâmetros “bom” ( $\geq 90\%$ ) e “regular” (75% a 89,9%) (Brasil, 2018). No total, 92,2% dos casos novos (n=271) evoluíram para cura, 3,3% (n=9) abandonaram o tratamento e 2,2% (n=6) foram a óbito por outras causas.

**Tabela 17 - Número e percentual de casos novos de hanseníase segundo situação de encerramento. Curitiba, 2014 – 2024.**

Ano	Multibacilar						Paucibacilar					
	Cura		Abandono		Óbito		Cura		Abandono		Óbito	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2014	22	96	0	0	1	4	9	100	0	0	0	0
2015	24	96	1	4	0	0	9	75	3	25	0	0
2016	25	100	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0
2017	22	100	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0
2018	22	100	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0
2019	14	88	1	6	1	6	5	100	0	0	0	0
2020	14	93	0	0	1	7	2	100	0	0	0	0
2021	18	90	1	5	1	5	0	0	0	0	0	0
2022	21	95	1	5	0	0	1	50	1	0	0	0
2023	14	88	2	13	0	0	3	100	0	0	0	0
2024	9	90	0	0	1	10	3	100	0	0	0	0

Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN NET 2014-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão até 01/10/2025.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) categoriza a hanseníase em quatro formas clínicas, de acordo com a classificação de Madri (1953), quais sejam: indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB). No período 2014 a 2024, a distribuição dos casos novos se deu da seguinte forma: 49% (n=132 casos) foram classificados com a forma dimorfa; 32% (n=87 casos) como virchowiana; 12,6% (n=34 casos) como tuberculóide e 6% (n=16 casos) como indeterminada. Ressaltamos que nos anos de 2021 e 2024, foram registrados 0,7% (n=2 casos) de forma Neural Pura (FNP), em conformidade com os critérios de Jardim et al. (2003) (**Tabela 18**).

**Tabela 18 - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo forma clínica. Curitiba 2014-2024\*.**

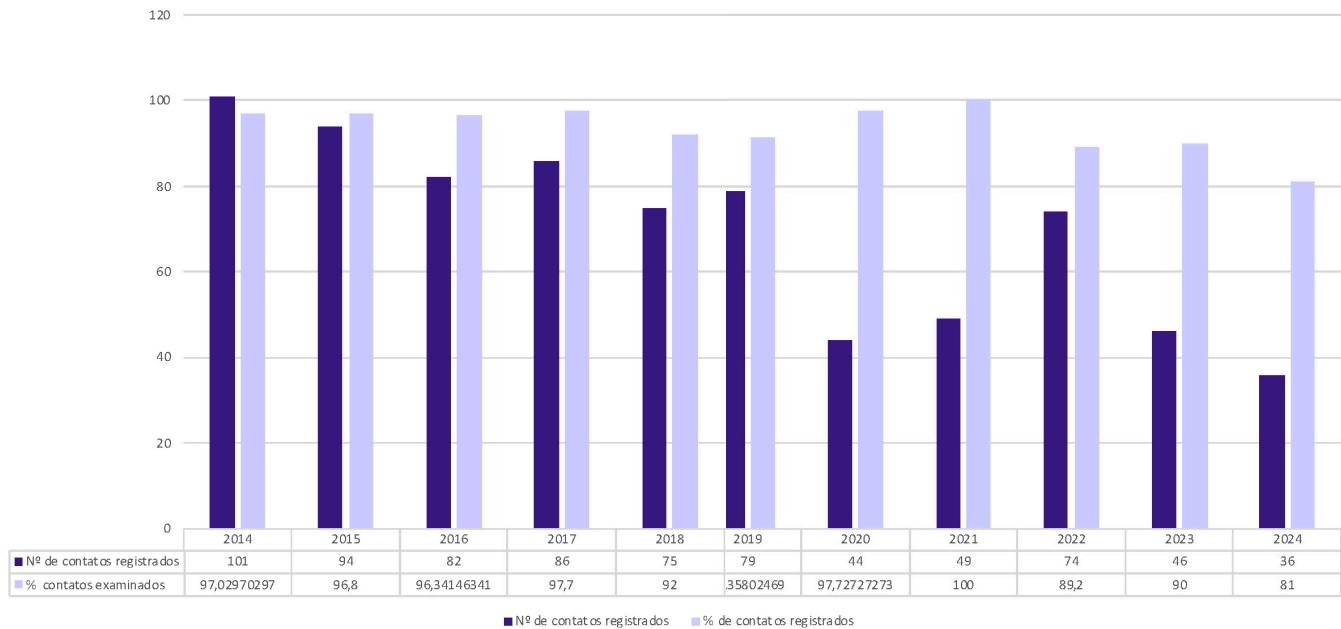
Ano	PAUCIBACILAR			MULTIBACILAR		
	Indeterminada	Tuberculóide	Dimorfa	Virchowiana	Neural pura	
2014	3	5	17	7	0	
2015	3	9	13	12	0	
2016	0	5	17	8	0	
2017	1	5	13	9	0	
2018	1	2	13	9	0	
2019	2	3	12	4	0	
2020	1	1	7	8	0	
2021	0	0	12	7	1	
2022	0	2	12	10	0	
2023	4	0	7	8	0	
2024	1	2	9	5	1	
Total	16 (5,9%)	34 (12,6%)	132 (48,7%)	87 (32,1%)	2 (0,7%)	

Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN NET 2014-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão até 01/10/2025.

Considerando que a principal via de transmissão da hanseníase ocorre por meio do contato intradomiciliar, a vigilância e o acompanhamento dos contatos constituem indicadores prioritários para o controle da doença. No período de 2014 a 2024, observou-se que mais de 90% dos contatos registrados foram examinados, com destaque para o ano de 2021, quando foi alcançada cobertura de 100% (n=49). De modo geral, o indicador manteve-se dentro do parâmetro classificado como “bom” ( $\geq 90\%$ ), excetuando-se os anos de 2022 e 2024, que apresentaram desempenho “regular” (89,2% e 81%, respectivamente) (Brasil, 2018) (**Gráfico 10**).

**Gráfico 10 - Contatos registrados e contatos examinados dos casos novos de hanseníase diagnosticados no período. Curitiba, 2014 – 2024.**



FONTE: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN NET 2014-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão até 01/10/2025.

O conjunto dos resultados evidencia o bom desempenho das ações de vigilância epidemiológica e controle da hanseníase no município, indicando regularidade nas ações de investigação e monitoramento, contribuindo, portanto, para a interrupção da cadeia de transmissão.

# Hepatites virais

As hepatites virais compreendem um grupo de doenças infecciosas que acometem o fígado e são causadas por diferentes vírus, sendo os principais o da hepatite A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) e E (HEV). Cada tipo apresenta características epidemiológicas específicas, distintas vias de transmissão, estratégias de prevenção e potenciais de evolução clínica variados.

As hepatites A e E são transmitidas predominantemente pela via fecal-oral, associadas a condições precárias de saneamento e contaminação de alimentos ou água e mais recentemente a hepatite A vem sendo vinculada a práticas sexuais de risco, onde há contato fecal-oral. Em contrapartida, as hepatites B, C e D têm transmissão principalmente por exposição a fluidos corporais contaminados, como sangue e secreções, podendo evoluir para formas crônicas. Essas formas crônicas estão relacionadas a complicações graves, como cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.

Do ponto de vista da saúde pública, as hepatites B e C representam um importante problema global devido à alta carga de morbidade e mortalidade associadas. O controle efetivo dessas infecções requer ações integradas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e vigilância epidemiológica contínua.

A notificação compulsória das hepatites virais, conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, é uma ferramenta essencial para o monitoramento e o planejamento de intervenções em saúde. Essa medida possibilita o acompanhamento dos casos, a identificação de surtos e a formulação de políticas públicas voltadas à redução da transmissão e das complicações decorrentes dessas infecções.

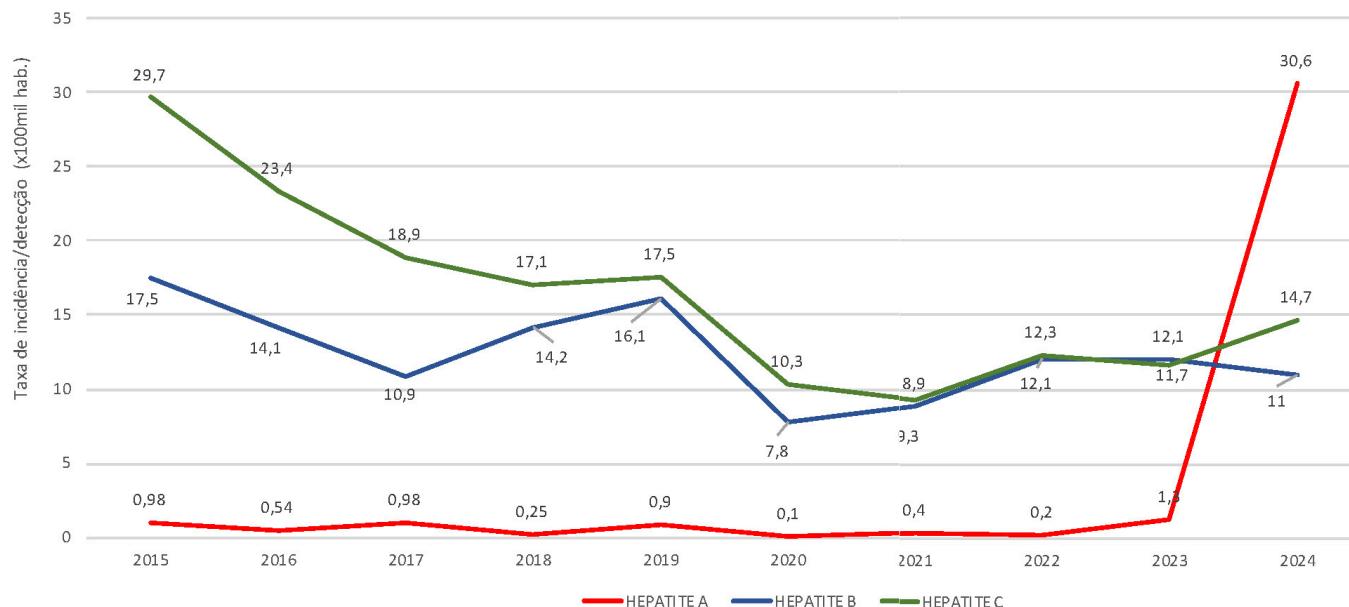
Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na identificação e notificação dos casos, contribuindo para a prevenção de surtos e a promoção de ações educativas para a população sobre os modos de transmissão e as medidas de prevenção, como vacinação, uso de preservativos e práticas de higiene adequadas. A conscientização contínua e o engajamento na luta contra as hepatites virais são essenciais para reduzir a incidência e a carga dessas doenças na sociedade.

As hepatites virais permanecem como um importante desafio para a saúde pública, devido ao seu potencial de evolução para formas crônicas e às complicações associadas, como cirrose e câncer hepático. A análise dos dados do último ano evidencia a manutenção da ocorrência de casos no município, com variações entre os diferentes tipos virais e entre as regiões de abrangência. Observa-se que as hepatites B e C continuam representando 89,1% das notificações, especialmente entre adultos em idade economicamente ativa, enquanto os casos de hepatite A apresentaram uma frequência elevada caracterizada por um surto ocorrido no ano de 2024, com predomínio em homens jovens.

Referente à notificação dos casos de hepatites virais ao longo do último ano, este Boletim destaca os principais padrões de incidência, os grupos etários mais afetados e as regiões do município com maior prevalência. A análise foi elaborada com base nos dados do SINAN, que reúne informações provenientes de unidades de saúde públicas e privadas. O intuito é subsidiar gestores e profissionais de saúde na identificação de áreas prioritárias para ações de prevenção, vigilância e controle.

No município de Curitiba, no período de 2015 a 2024, foram notificados 5.990 casos confirmados de hepatites virais. Destes, 10,9% (n=654 casos) referem-se à hepatite A, sendo que 560 ocorreram no ano de 2024, período em que o município registrou e acompanhou um surto deste agravo. Foram notificados, ainda, 38,4% (n=2.299) casos de hepatite B e 50,7% casos (n=3.037) de hepatite C (**Gráfico 11**).

**Gráfico 11 - Taxa de incidência/detecção de hepatites virais por (100.000 habitantes) segundo o agende etiológico e ano de diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2015-2024.

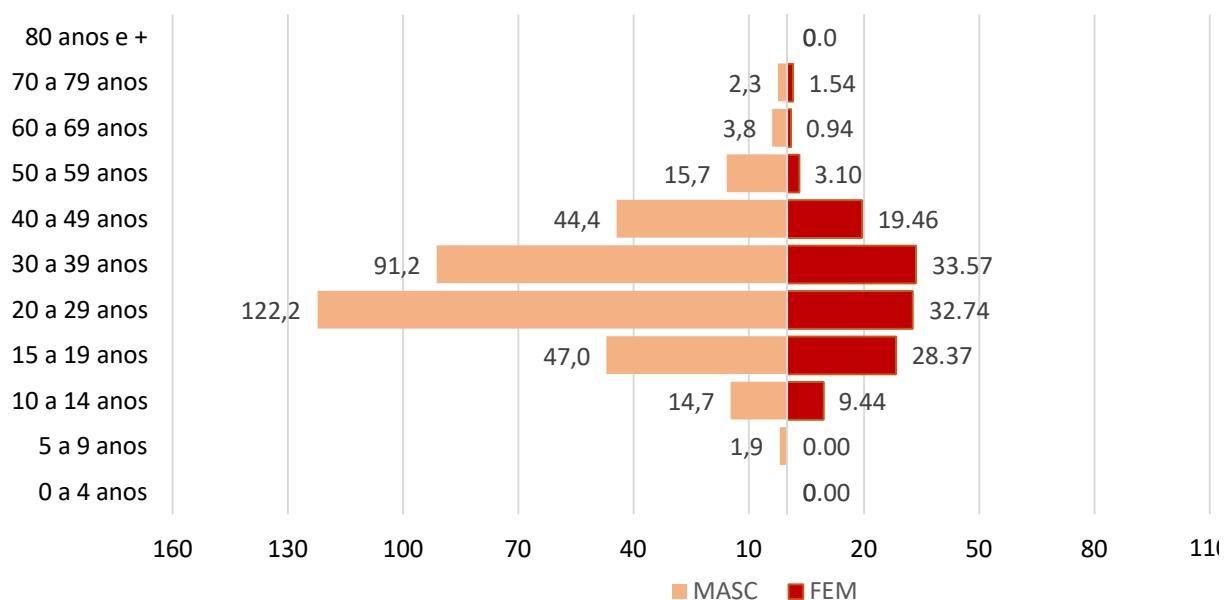
\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025.

## Hepatite A

Causada pelo vírus da hepatite A (VHA), esta é uma infecção de caráter agudo que, ao contrário de outros tipos de hepatite viral, não evolui para formas crônicas. A transmissão ocorre principalmente pela via fecal-oral e está associada a condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos. Pode ocorrer também por práticas sexuais que favoreçam o contato fecal-oral.

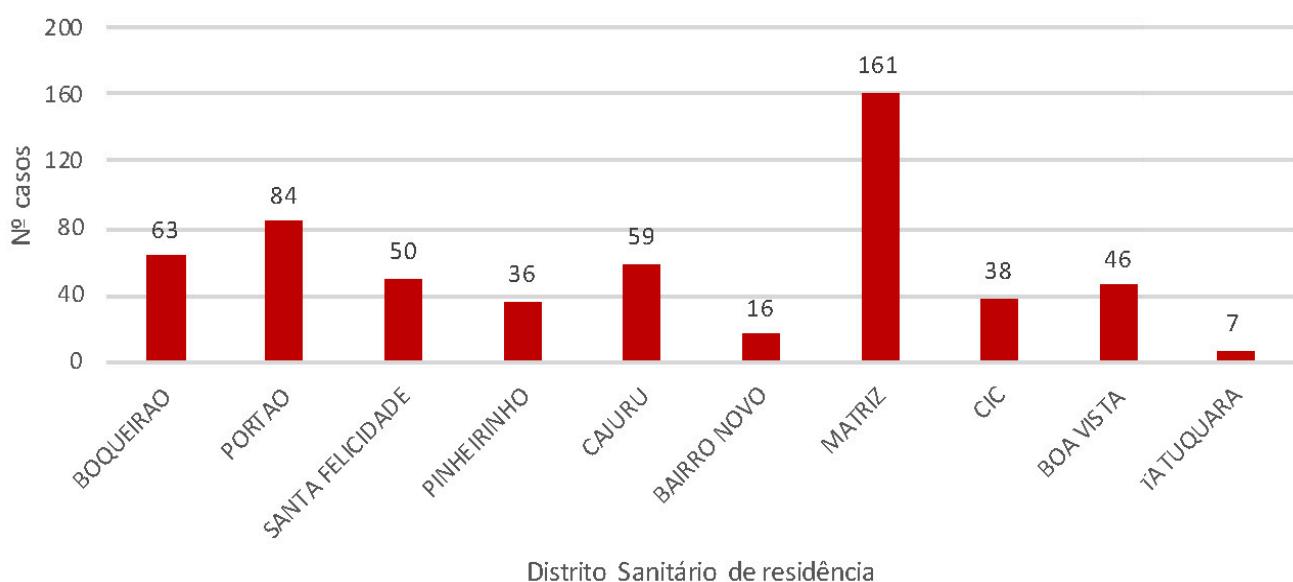
Avaliando a série histórica da taxa de incidência observa-se que a tendência se manteve estável de 2015 até o ano de 2022 e em 2024 houve um surto desta patologia cujo início pode ser observado no final de 2023 totalizando 560 casos notificados (**Gráfico 11**). A maioria dos casos ocorreu em indivíduos do sexo masculino (73,3%), com predominância na faixa etária de 20 a 29 anos (**Gráfico 12**).

**Gráfico 12 - Taxa de incidência e casos de hepatite A segundo sexo, razão de sexos (M: F) e ano de diagnóstico. Curitiba, 2024\*.**



Em relação à distribuição espacial dos casos durante o surto de hepatite A, a região central, correspondente ao Distrito Sanitário Matriz, apresentou o maior número de notificações. A hipótese levantada é que o público mais afetado, homens jovens e economicamente ativos, concentra-se predominantemente nessa região (**Gráfico 13**).

**Gráfico 13 - Distribuição dos casos de Hepatite A, segundo Distrito Sanitário de residência. Curitiba, 2024\*.**



# Hepatite B

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que cerca de 0,52% da população viva com infecção crônica pelo HBV, o que corresponde a aproximadamente 1,1 milhão de pessoas. A hepatite B é transmitida principalmente pela via sexual e pelo contato com sangue contaminado, incluindo transmissão parenteral, percutânea e vertical.

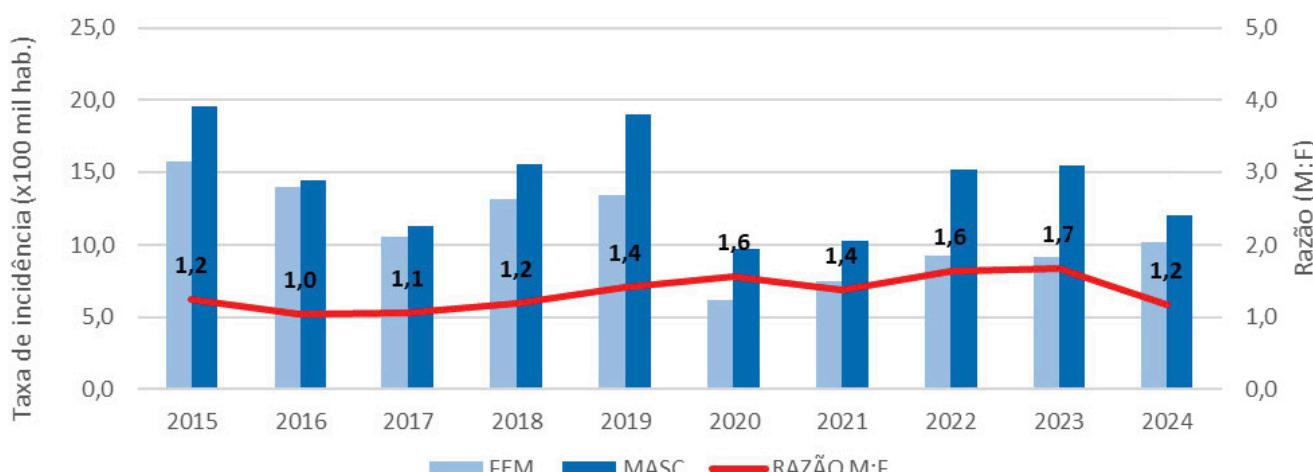
Em 2016, a OMS lançou uma estratégia global para eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030. A meta inclui alcançar 90% de cobertura vacinal em crianças menores de um ano, incluindo a dose ao nascimento (preferencialmente aplicada até 12 horas após o nascimento); diagnosticar 90% das pessoas vivendo com HBV; e manter sob tratamento 80% das pessoas diagnosticadas que possuam indicação de tratamento.

No período de 2015 a 2024, foram notificados 2.296 casos de hepatite B, cuja confirmação se deu pela detecção de pelo menos um dos marcadores sorológicos específicos reagentes - o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), o anticorpo contra o antígeno do core da classe IgM (anti-HBc IgM) ou o exame de biologia molecular com DNA do HBV detectável.

Nesse intervalo, observou-se uma redução de 6,5% na taxa de detecção de hepatite B, que passou de 17,5 casos por 100 mil habitantes em 2015 para 11,1 casos em 2024. Em 2020, a taxa de detecção atingiu 7,8 casos por 100 mil habitantes, representando o menor valor da série histórica (**Gráfico 11**). Excetuando-se o ano de 2020, acredita-se que essa redução pode estar relacionada à ampliação da cobertura vacinal contra a hepatite B e às ações de prevenção voltadas à redução da transmissão. Já em 2020, pode refletir o impacto da pandemia de covid-19 sobre os serviços de saúde, especialmente quanto ao acesso à testagem e ao diagnóstico oportuno.

Do total de casos de notificados no período de 2015 a 2024, 53%(n=1360) ocorreram entre homens com uma razão de sexos (M:F) que variou de 1,0 a 1,7 homens para cada mulher (**Gráfico 14**).

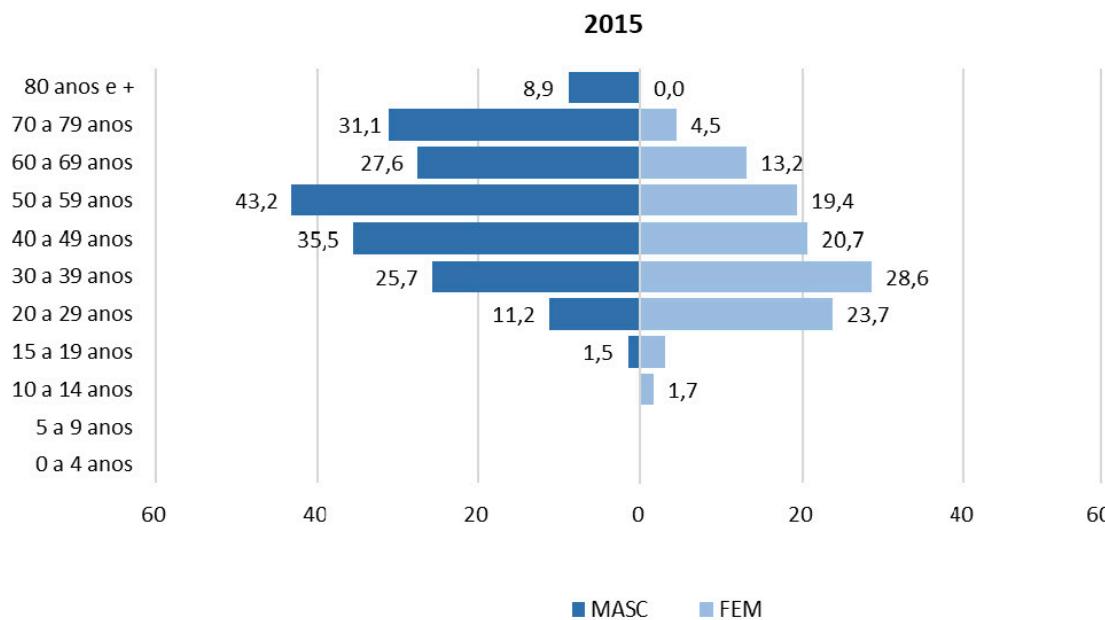
**Gráfico 14 - Taxa de incidência e casos de hepatite B segundo sexo, razão de sexos (M:F) e ano de diagnóstico. Curitiba, 2015 – 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2015-2024.  
\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025.

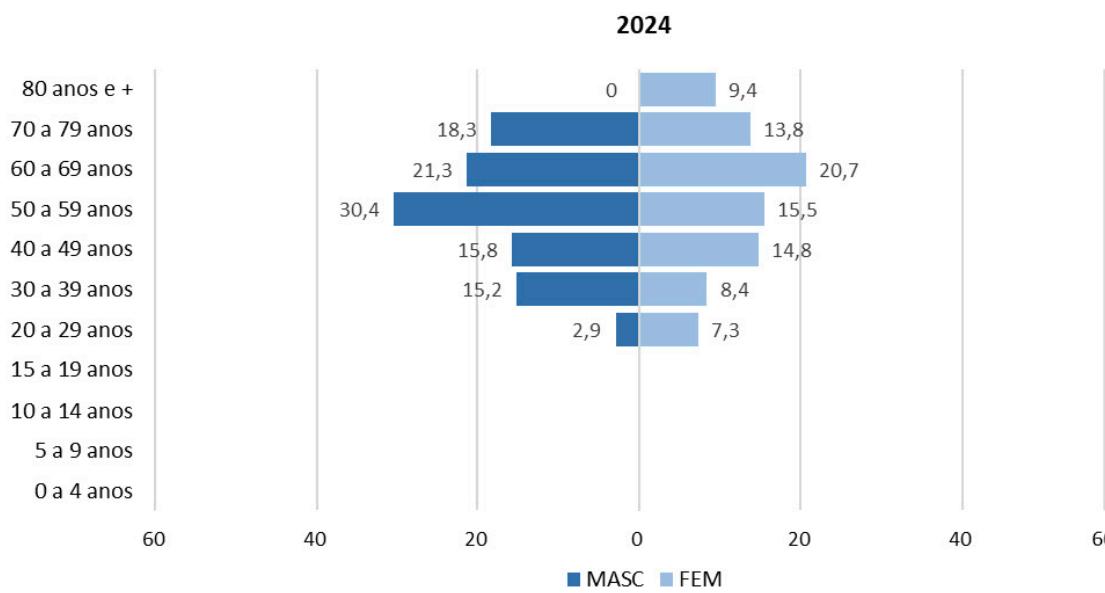
No que se refere ao número de casos segundo sexo e faixa etária, em 2015 destacam-se as faixas etárias de 40 a 49 anos e de 70 a 79 anos no sexo masculino com 43,2 e 31,1 casos a cada 100 mil habitantes, respectivamente (**Gráfico 15**). Em 2024, a faixa etária mais acometida de pacientes do sexo feminino foi de 30 a 39 anos (28,6 casos/ 100 mil habitantes), com destaque para a faixa etária de 50 a 59 anos, 43,2 casos a cada 100 mil habitantes, para o sexo masculino (**Gráfico 16**). Quando analisadas as faixas etárias abaixo de 30 anos, observa-se um declínio nas taxas de detecção, o que pode ser atribuído, em parte, à introdução da vacinação para crianças a partir da década de 1990. Esta informação fica evidente no Gráfico 16 onde não há registro de casos no ano de 2024 em faixas etárias abaixo de 14 anos de idade.

**Gráfico 15 - Taxa de incidência de casos de hepatite B segundo faixa etária e sexo. Curitiba, 2015.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2015.

**Gráfico 16 - Taxa de incidência de casos de hepatite B segundo faixa etária e sexo. Curitiba, 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025.

## Hepatite C

A principal via de transmissão da hepatite C, é o contato com sangue contaminado, predominantemente por via parenteral. A infecção também pode ocorrer por exposição percutânea a instrumentos contaminados. As transmissões vertical e sexual são incomuns; entretanto, a coexistência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e/ou a prática de relações sexuais desprotegidas atuam como fatores que aumentam o risco de transmissão.

Projeta-se que cerca de 170 milhões de indivíduos em todo o mundo estejam infectados pelo vírus da hepatite C (HCV). No Brasil, a hepatite C é a principal causa de mortalidade entre as hepatites virais e representa a terceira maior indicação para transplante hepático. A infecção evolui para a forma crônica em aproximadamente 70% a 85% dos casos, podendo progredir para cirrose ou para lesões hepáticas graves, como o carcinoma hepatocelular, na ausência de intervenção terapêutica. O curso clínico caracteriza-se geralmente por ser assintomático ou apresentar manifestações inespecíficas ao longo de anos, reforçando seu caráter silencioso e a necessidade de diagnóstico precoce.

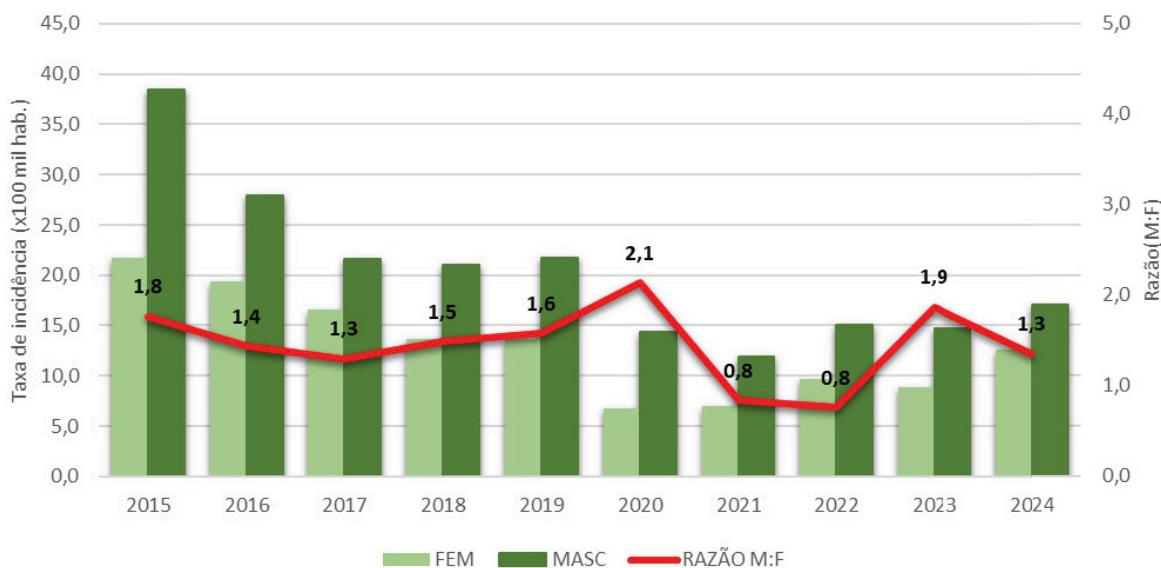
A maior prevalência de infecção é observada em indivíduos com idade superior a 40 anos, refletindo a exposição histórica a fatores de risco, como o uso de seringas de vidro e agulhas reutilizáveis. Até 1993, a transfusão de sangue e hemoderivados constituía um dos principais mecanismos de transmissão do HCV, devido à inexistência de testes laboratoriais capazes de detectar o vírus naquela época.

A meta do Brasil para eliminar a hepatite C está alinhada com os objetivos da OMS, que visam transformar as hepatites virais em um problema de saúde pública eliminado até 2030. O Brasil implementou medidas nacionais para atingir esses objetivos, incluindo, em 2015, a introdução dos antivirais de ação direta (DAA) para o tratamento da hepatite C, disponibilizados pelo SUS, com taxas de cura superiores a 90%, significativamente mais elevadas que as obtidas com tratamentos anteriores.

No município de Curitiba, a sorologia para detecção de anti-HCV é oferecida em toda a rede de atenção primária e a testagem vem sendo ampliada continuamente em populações mais vulneráveis, visando identificar e tratar casos ainda não diagnosticados. O tratamento está disponível em seis unidades dispensadoras de medicamentos estrategicamente distribuídas pelo município, garantindo maior acesso à população.

No período de 2015 a 2024 foram notificados 3032 casos de hepatite C, com um dos marcadores anti-HCV e/ou HCV-RNA reagente, sendo excluídos os casos com HCV-RNA não detectável (cicatriz sorológica). Analisando os dados, ao longo da série histórica, verifica-se que as maiores taxas de incidência foram observadas em 2015 e 2016 (29,7 e 23,4 por 100 mil habitantes, respectivamente) (**Gráfico 17**).

## Gráfico 17 - Taxa de incidência e casos de hepatite C segundo sexo, razão de sexos (M:F) e ano de diagnóstico. Curitiba, 2015 – 2024\*.

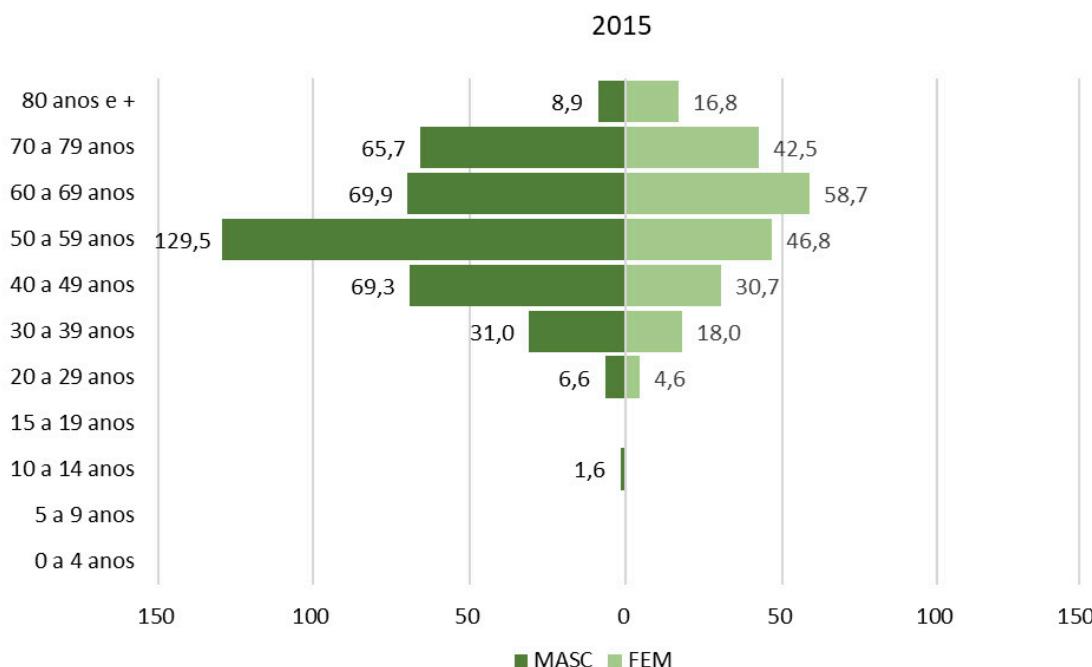


Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2015-2024.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025.

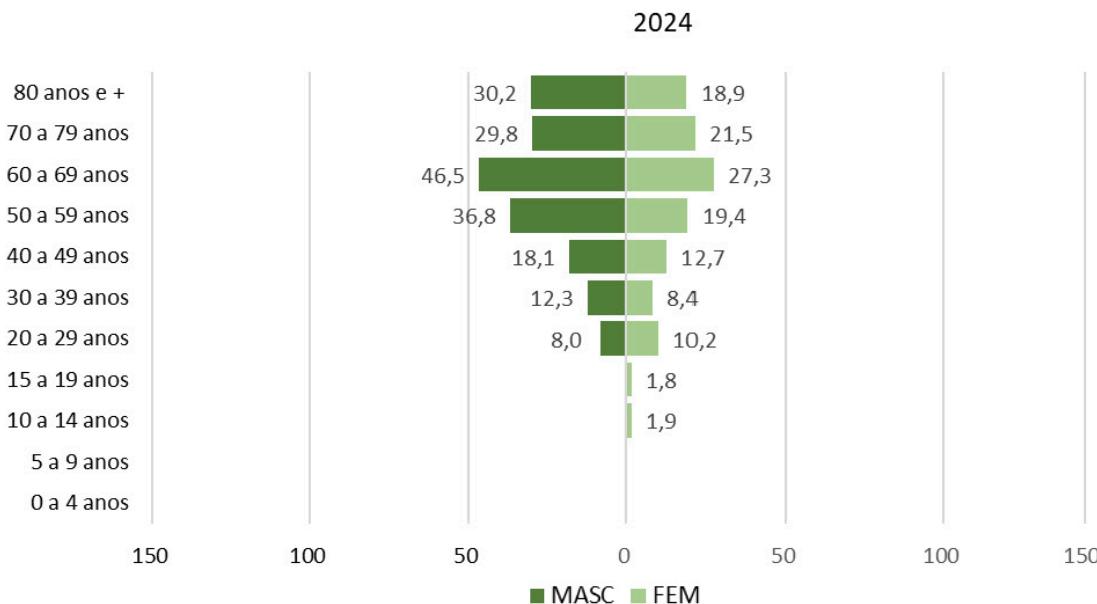
Na análise dos dados segundo faixa etária e sexo observa-se que as maiores taxas de incidência em 2015 foram na faixa etária de 50 a 59 anos em indivíduos do sexo masculino, com 129,5 casos por 100 mil habitantes, e na faixa etária de 60 a 69 anos em indivíduos do sexo feminino, com 58,7 casos para 100 mil habitantes (**Gráfico 18**). Em 2024, a taxa de incidência mais elevada no sexo masculino foi em indivíduos de 60 a 69 anos, com 46,5 casos por 100 mil habitantes, e no sexo feminino também foi na faixa etária 60 a 69 anos, com 27,3 casos por 100 mil habitantes (**Gráfico 19**).

## Gráfico 18 - Taxa de incidência de casos de hepatite C segundo faixa etária e sexo. Curitiba, 2015.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2015.

**Gráfico 19 - Taxa de incidência de casos de hepatite C segundo faixa etária e sexo.  
Curitiba, 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, Sinan Net 2024.

\*Dados preliminares em 01/10/2025.

No período analisado (2015 a 2024), observou-se um aumento nos casos de hepatite C, predominando entre indivíduos com mais de 40 anos. Esse incremento nas notificações pode ser explicado, em parte, pela ampliação da testagem nessa faixa etária, incentivada pelos programas de hepatites virais implementados nas três esferas de governo.

# Sífilis

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns, afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo, e têm impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, podendo acarretar infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de ser causa de morte fetal e agravos à saúde da criança, e impacto indireto na facilitação da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Brasil, 2019).

A sífilis é um agravo de notificação obrigatória, em todo território nacional, segundo as portarias vigentes do Ministério da Saúde. A notificação de sífilis congênita foi instituída pela Portaria nº 542, em dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, em julho de 2005; e a de sífilis adquirida, pela Portaria nº 2.472, em agosto de 2010.

A SMS vem executando diversas estratégias no combate à sífilis objetivando a melhoria dos indicadores e da assistência prestada à população, com várias frentes de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção.

Em Curitiba, o diagnóstico da sífilis é oferecido em toda rede da Atenção Primária à Saúde (APS), através de metodologia convencional e/ou por testagem rápida (TR), sendo este oferecido de maneira oportuna já na consulta de vinculação ao pré-natal, tanto para as gestantes quanto às suas parcerias sexuais (Curitiba, 2019). A implantação da testagem rápida e a implementação da sua cobertura ao longo dos anos, nas unidades de saúde municipal (UMS), permite a identificação precoce dos casos de sífilis e a instituição oportuna do tratamento penicilínico.

Uma das ferramentas utilizadas pelas equipes da assistência, para o monitoramento e a vigilância epidemiológica, são os relatórios das sorologias alteradas, gerados periodicamente pelo Laboratório Municipal de Curitiba, com intuito de contribuir na identificação dos casos que necessitam de tratamento, bem como auxiliam no monitoramento dos exames de seguimento, após a conclusão terapêutica.

Além disso, em 2019, Curitiba iniciou a Tutoria da Sífilis, mais uma ação no fortalecimento no combate a este agravo. A tutoria pode ser realizada de maneira coletiva ou individual, conforme a necessidade de cada situação clínica, cujos encontros coletivos acontecem periodicamente em cada distrito sanitário, na qual o planejamento das ações e intervenções ocorrem de forma integrada entre os diferentes pontos de atenção da rede assistencial do município. Cada distrito sanitário indica um profissional de saúde para assumir o papel de Tutor que, previamente capacitado, atua como referência para o agravo no distrito com a retaguarda da referência da SMS.

Nestes encontros, cada UMS apresenta os casos clínicos de sífilis gestacional e congênita, cujas análises individualizadas permitem os esclarecimentos de dúvidas que podem surgir referente ao tratamento e seguimento laboratorial, bem como das dificuldades encontradas. Estas discussões proporcionam trocas de conhecimento e representam uma forma de aprendizado coletivo, além de contribuir para um melhor cuidado assistencial da mulher e da criança exposta à sífilis. Os momentos de Tutoria se constituem num processo de educação permanente às equipes envolvidas.

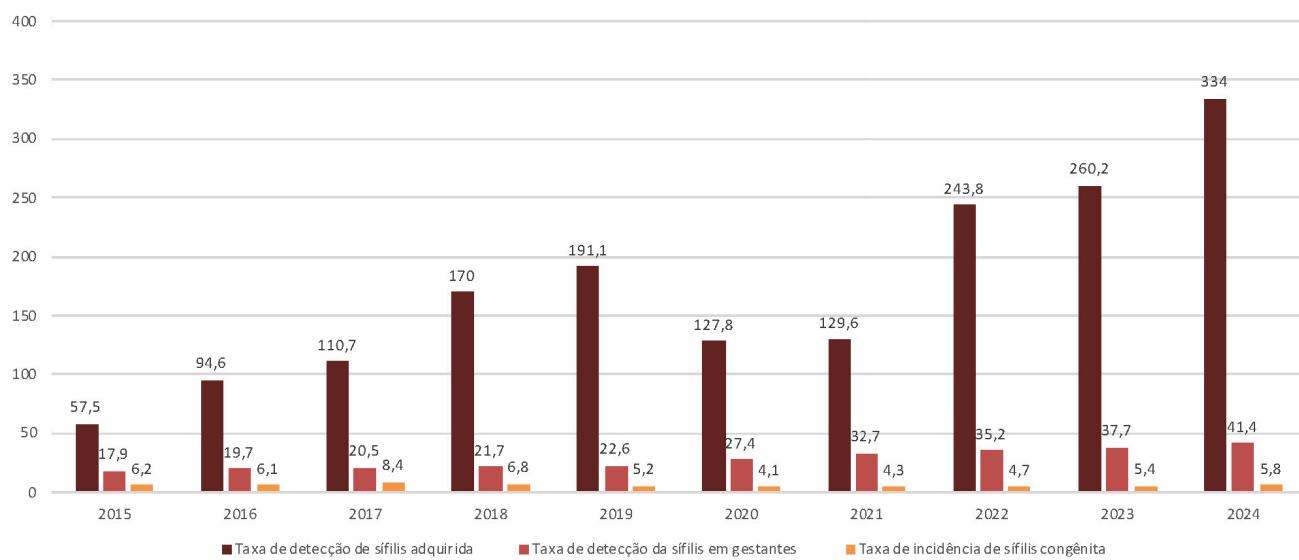
Adicionalmente, as ações do planejamento reprodutivo também têm contribuído no enfrentamento à sífilis congênita, especialmente na oferta dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, dentre eles o implante subdérmico, oferecido às mulheres de alta vulnerabilidade, conforme critérios definidos em protocolo institucional da SMS de Curitiba.

O presente boletim traz dados dos casos notificados no Sinan de sífilis adquirida, gestacional e congênita do município de Curitiba. Sua ampla divulgação, além do conhecimento dos indicadores, traz subsídios à gestão que, apoiada em evidências epidemiológicas, norteia decisões e ações em saúde.

Analizando a evolução das taxas de sífilis nos anos de 2015 a 2024, no município de Curitiba, verifica-se que a taxa de detecção da sífilis adquirida nos anos da pandemia da Covid-19 apresentou diminuição significativa nos casos notificados (2020: 127,8 casos/100.000 habitantes e 2021: 129,6 casos/100.000 habitantes), seguida de crescimento nos anos subsequentes: em 2022 (243,8 casos/100.000 habitantes), em 2023 (260,2 casos/100.000 habitantes) e em 2024 (334 casos/100.000 habitantes).

Na sífilis gestacional, a taxa de detecção tem apresentado elevação dos indicadores, observada inclusive no período pandêmico. Na premissa de ofertar às nossas gestantes uma assistência adequada, citamos algumas ações: captação precoce para a vinculação ao pré-natal; oferta da testagem rápida para sífilis e HIV já na 1ª consulta; agilidade nos agendamentos e avaliações dos exames de rotina de cada trimestre gestacional; sorologia para sífilis implantada na rotina dos 3 trimestres da gestação; início precoce, oportuno e adequado do tratamento às gestantes e às suas parcerias sexuais; seguimento laboratorial de controle pós tratamento com VDRL mensal; busca ativa às gestantes faltosas; além disso, enfatiza-se a importância dos registros, tanto no sistema eletrônico da saúde quanto na carteira de pré-natal; monitoramento rigoroso das crianças expostas e das crianças nascidas com sífilis congênita; notificações dos casos de sífilis na gestação e notificação e análise de cada caso de sífilis congênita. O **Gráfico 20** apresenta as taxas de detecção de sífilis no anos de 2015 a 2024.

**Gráfico 20 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 hab.), taxa de detecção da sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico. Curitiba, 2015 - 2024\***



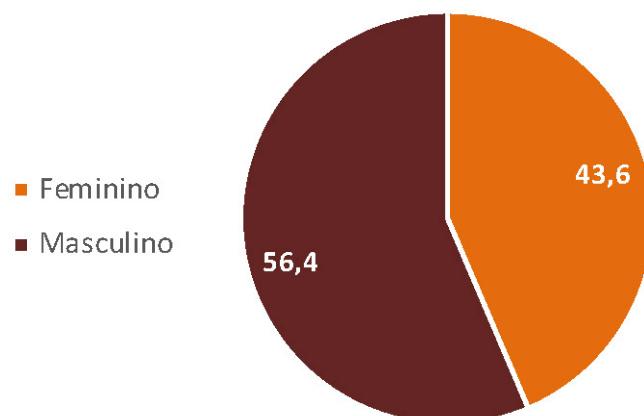
Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2015-2024\*

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

## Sífilis adquirida

No ano de 2024, segundo o Sinan, a taxa de detecção da sífilis adquirida foi de 334 casos/100.000 habitantes, com registro de 5.479 casos, em Curitiba. O maior percentual da sífilis adquirida foi no sexo masculino, com 3.091 casos (56,4%) e no sexo feminino com 2.388 casos (43,5%) (**Gráfico 21**).

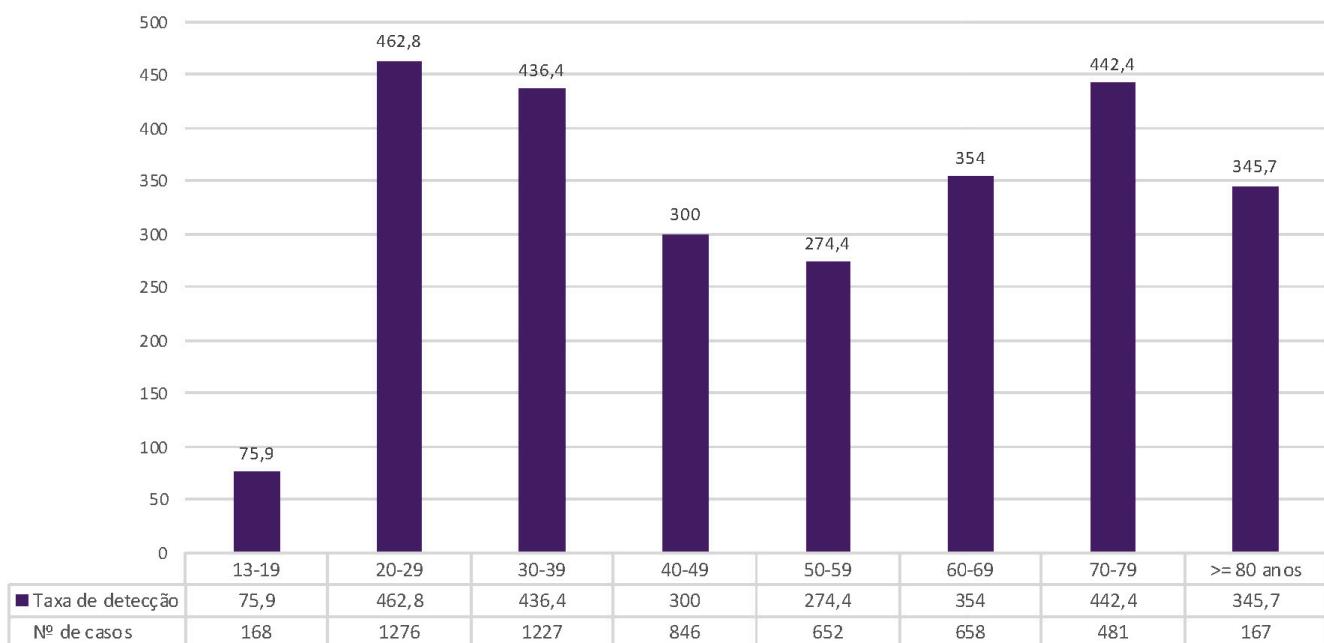
**Gráfico 21 - Percentual da sífilis adquirida, segundo o sexo. Curitiba, 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2024\*.  
\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

A taxa de detecção da sífilis adquirida, na população em geral, encontra-se detalhada no Gráfico 22. Para o cálculo dessa taxa são considerados o número de casos de cada faixa etária dividido pelo número populacional de cada grupo, multiplicado por 100.000 habitantes. Observa-se que a maior taxa de detecção se encontra na faixa etária dos 20 aos 29 anos e dos 70 a 79 anos.

**Gráfico 22 - Taxa de detecção da sífilis adquirida, segundo a faixa etária. Curitiba, 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2024\*.  
\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

A taxa de detecção da sífilis adquirida na população feminina, encontra-se detalhada no Gráfico 23. Para o cálculo dessa taxa são considerados o número de casos notificados como sexo feminino, no SINAN, segundo a faixa etária, dividido pela população de cada grupo, multiplicado por 100.000 habitantes (**Gráfico 23**).

**Gráfico 23 - Taxa de detecção da sífilis adquirida, no sexo feminino, segundo a faixa etária. Curitiba, 2024\*.**



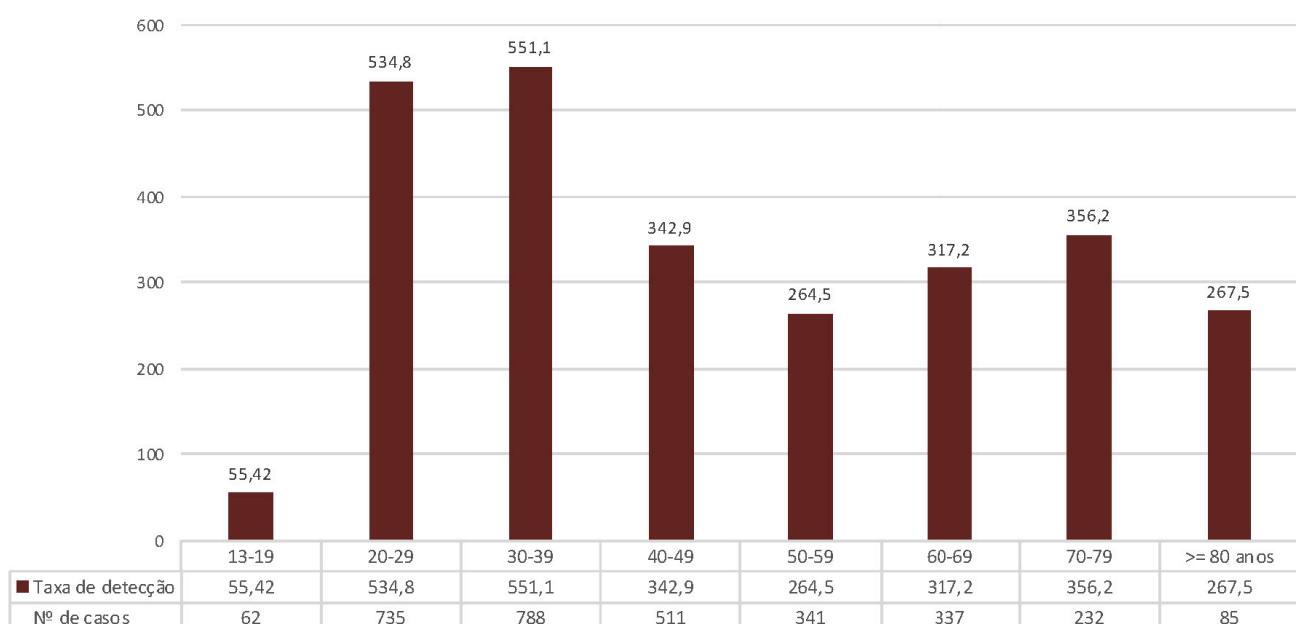
Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

A taxa de detecção da sífilis adquirida, na população masculina, encontra-se detalhada no Gráfico 24. Para o cálculo dessa taxa são considerados o número de casos notificados, como sexo masculino, no SINAN, segundo a faixa etária, dividido pelo n populacional de cada grupo, multiplicado por 100.000 habitantes.

Observa-se que a maior taxa de detecção e o maior número de casos encontra-se dos 30-39 anos (**Gráfico 24**).

**Gráfico 24 - Taxa de detecção da sífilis adquirida, no sexo masculino, segundo a faixa etária. Curitiba, 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

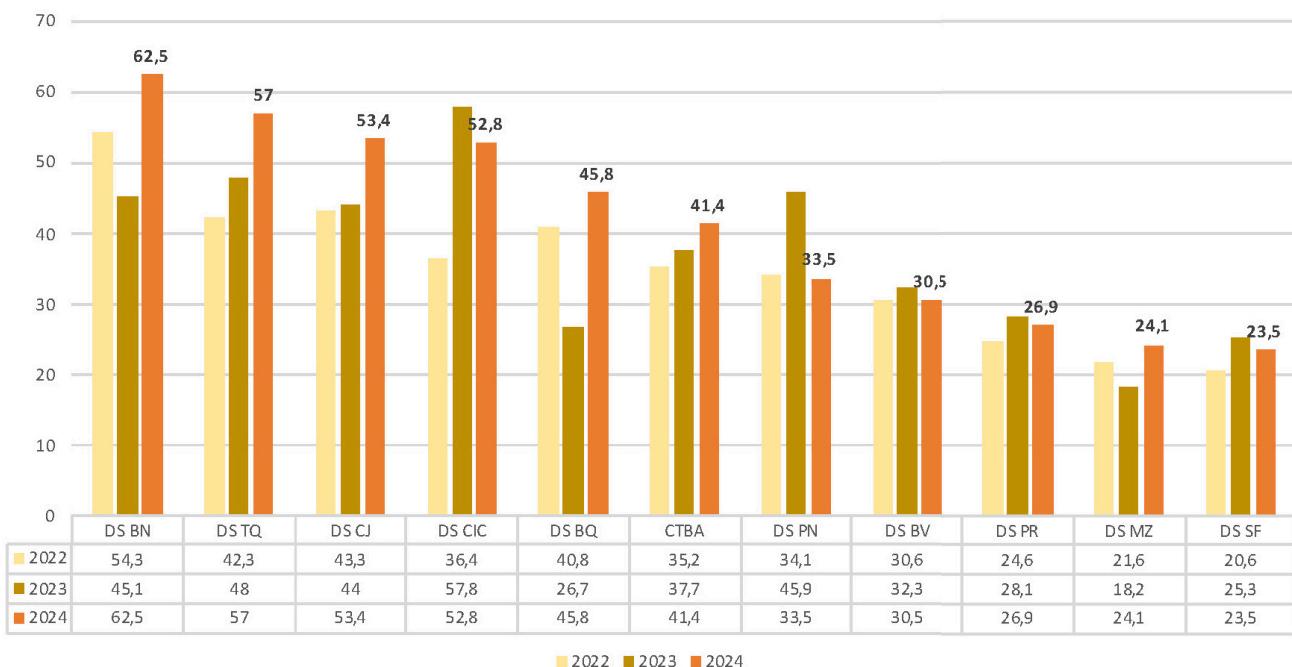
## Sífilis gestacional

Em Curitiba, a taxa de detecção da sífilis gestacional (SG) tem apresentado elevação ao longo dos anos. Segundo os casos notificados, no SINAN, em 2022, foram registrados 648 casos; em 2023, 678 casos e em 2024, 698 casos.

Para o cálculo da taxa de detecção de sífilis em gestantes são considerados: o número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência pelo número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano multiplicado por 1.000.

Neste último, as maiores taxas foram registradas no DS do Bairro Novo (BN), seguido do DS Tatuquara (TQ), DS Cajuru (CJ), DS Cidade Industrial de Curitiba (CIC) e DS Boqueirão (BQ). Os demais DS ficaram com os indicadores abaixo do índice municipal, que no ano de 2024 foi de 41,4/1.000 nv (**Gráfico 25**).

**Gráfico 25 - Taxa de detecção da sífilis gestacional, por DS de residência. Curitiba 2022-2024\*.**



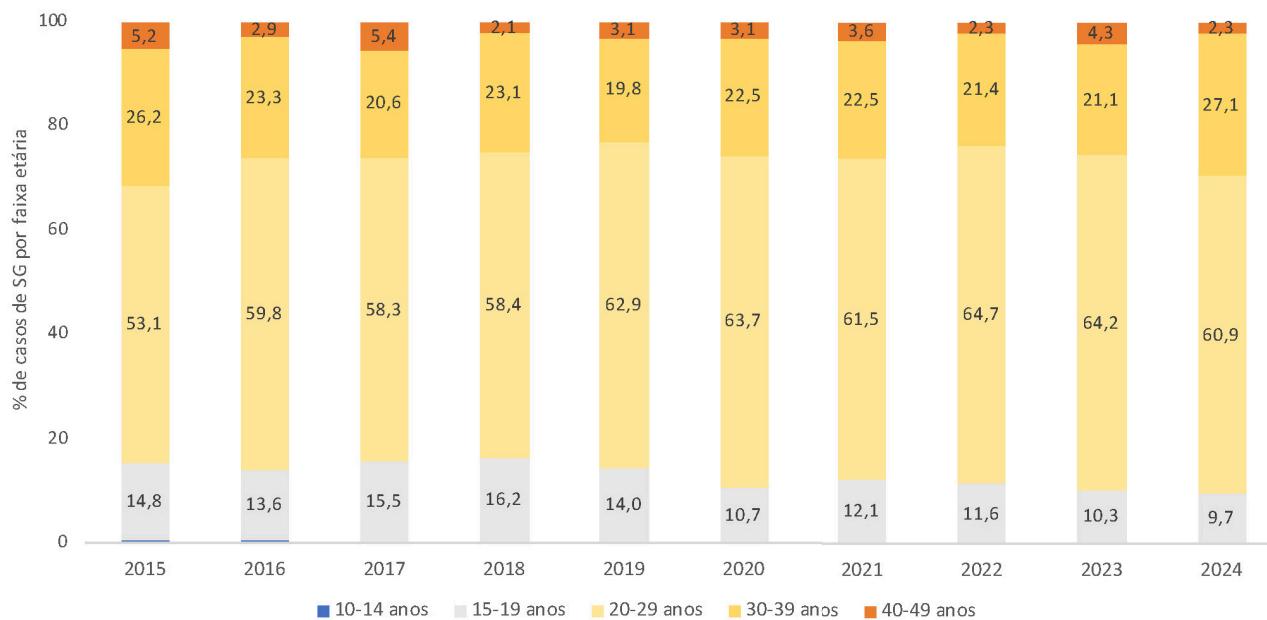
Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2022-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025

Em 2024, o maior percentual de casos de sífilis gestacional concentrou-se na faixa etária dos 20-29 anos com 60,9%, seguida dos anos 30-39 anos com 27,1%.

Ao longo dos últimos 10 anos, o percentual de detecção na adolescência tem diminuído e em 2024, entre as pessoas de 15 a 19 anos, o indicador foi de 9,7% enquanto que em 2015 foi de 14,8% (**Gráfico 26**).

## Gráfico 26 - Percentual do número de casos notificados de sífilis gestacional, por ano de diagnóstico, segundo a faixa etária. Curitiba, 2015 – 2024\*.

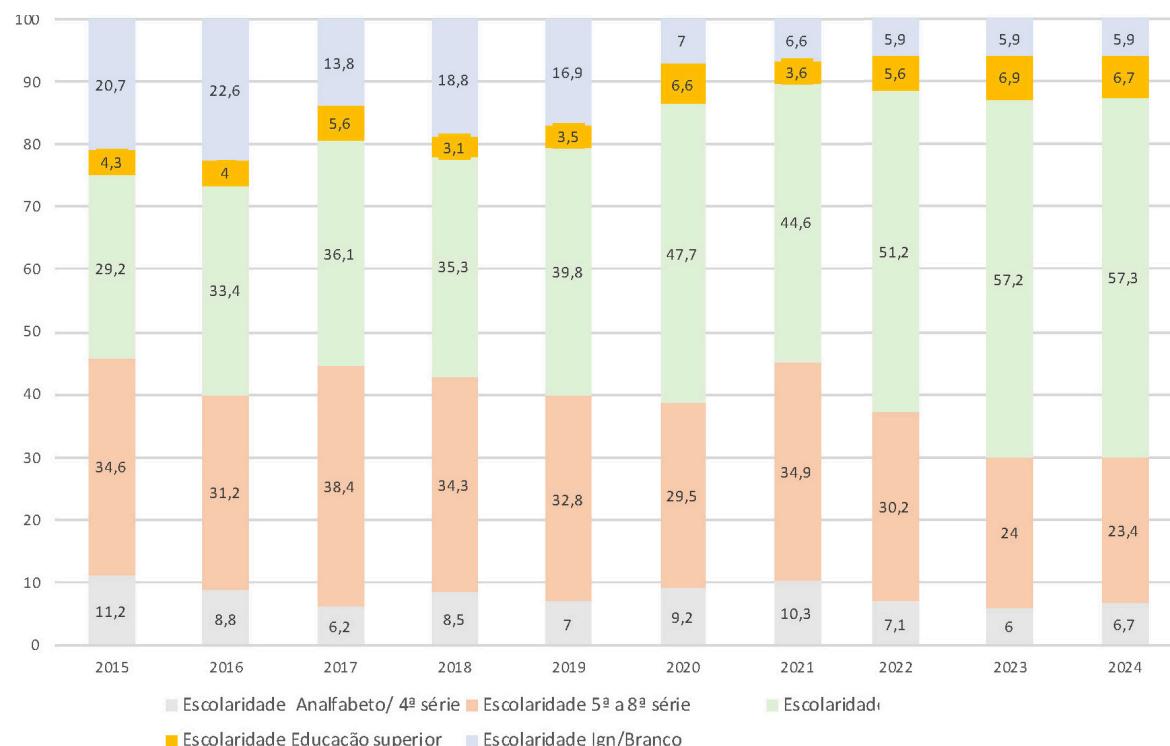


Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2022-2024\*

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025

Em relação a escolaridade das gestantes notificadas com sífilis, em 2024, observa-se que o maior percentual se encontra no ensino médio (57,3%), que inclusive é a escolaridade que mais apresenta crescimento nos últimos anos, seguido do ensino fundamental (23,4%) e da educação superior (6,7%) (**Gráfico 27**).

## Gráfico 27 - Percentual do número de casos notificados de sífilis gestacional, por ano de diagnóstico, segundo a escolaridade. Curitiba, 2015 – 2024\*.



Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Em relação ao trimestre gestacional, percebe-se nos anos de 2015 a 2024, houve um incremento do percentual de detecção no 1º trimestre e uma diminuição no 3º trimestre. No ano de 2024, o diagnóstico da sífilis gestacional no 1º trimestre foi de 68,2%, seguido do 2º trimestre com 20,3% e do 3º trimestre com 11,5%.

A importância do diagnóstico precoce e da instituição oportuna do tratamento, corrobora para o menor tempo de exposição fetal à infecção, menos complicações durante a gestação e diminuição do número de casos de sífilis congênita. Preconizam-se as ações que estimulam o início precoce do pré-natal; as realizações das testagens rápidas associado ao início da terapêutica, para os casos necessários; o monitoramento das realizações das consultas e dos exames laboratoriais de rotina de pré-natal, que são fundamentais para esses resultados (**Gráfico 28**).

**Gráfico 28 - Percentual de gestantes com sífilis, segundo o período gestacional, no momento do diagnóstico da infecção. Curitiba, 2015 – 2024\***



Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Segundo informações registradas no Sinan, em 2024, foram prescritos tratamentos penicilínicos em 94,8% dos casos de sífilis gestacional. O percentual de casos sem registros de tratamento foi de 5,2% e, nestes, em sua maioria, houve a associação de fatores como drogadição, gestantes vivendo em situação de rua e de mulheres que não haviam iniciado o pré-natal (particularmente os casos que evoluíram para abortamento).

## Sífilis congênita

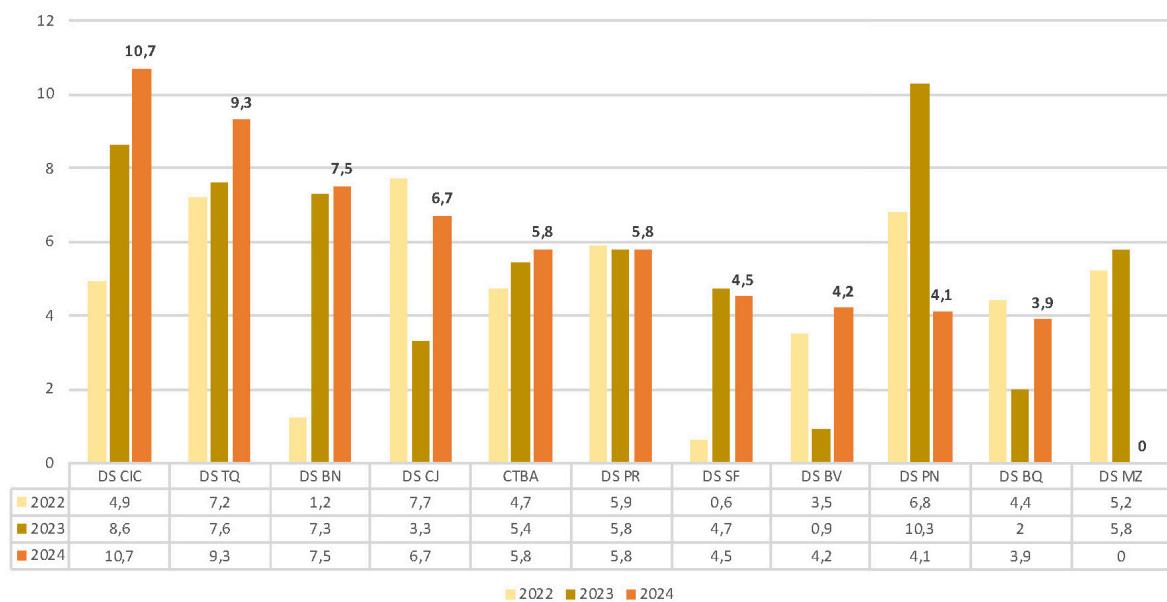
Curitiba tem somado esforços, através do trabalho conjunto das equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção, ao enfrentamento à sífilis. No ano de 2024, a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 5,8/1.000 nv. No mesmo período, a taxa nacional foi de 9,6/1.000 nv (Brasil, 2025).

Para o cálculo da taxa de incidência de sífilis congênita são considerados: o número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência pelo número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano multiplicado por 1.000.

Segundo o número de casos notificados de sífilis congênita no Sinan, em Curitiba, no ano de 2022, foram registrados 87 casos; em 2023, 97 casos e em 2024, 98 casos.

Em relação ao cálculo da taxa de incidência da sífilis congênita, conforme o DS de residência, em 2024, as maiores taxas foram registradas no DS da Cidade Industrial de Curitiba (CIC), seguido do DS Tatuquara (TQ), DS Bairro Novo (BN) e DS Cajuru (CJ). Os demais DS ficaram com os indicadores abaixo do índice municipal (**Gráfico 29**).

**Gráfico 29 - Taxa de incidência da sífilis congênita, por DS de residência. Curitiba 2022-2024\***

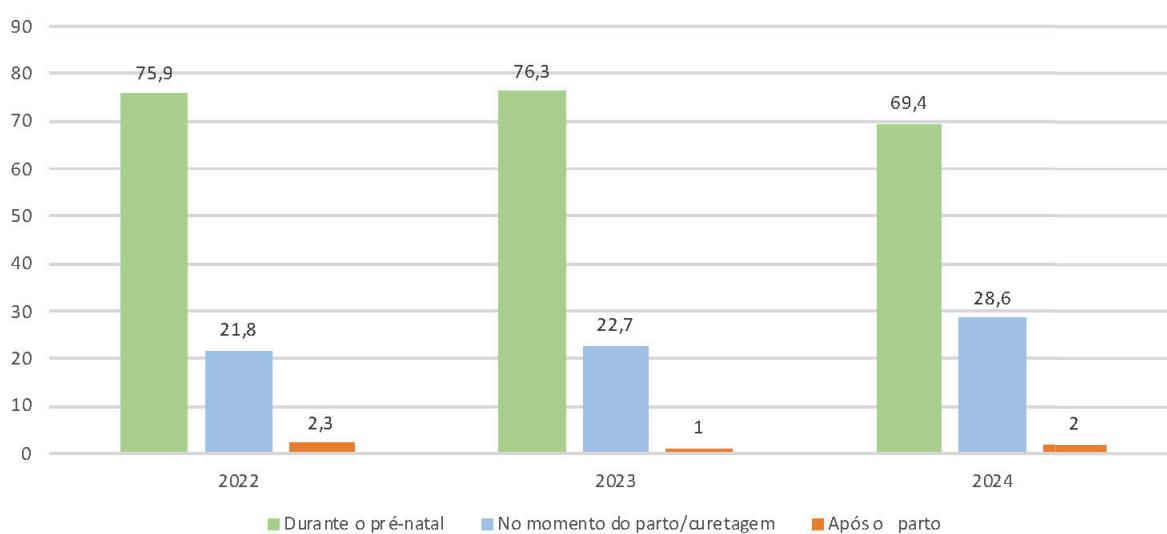


Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Em relação ao momento de diagnóstico da sífilis materna, nos casos que evoluíram para sífilis congênita, em 2024, a grande maioria deu-se durante o pré-natal (69,4%), aqueles cujo diagnóstico foi no momento do parto ou aborto corresponderam a 28,6% e após o parto foi de 2% (**Gráfico 30**).

**Gráfico 30 - Percentual de casos, segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna, nos casos que evoluíram para sífilis congênita. Curitiba, 2022 – 2024\***



Fonte: SMS Curitiba CE/SVE, Sinan Net 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão - 01/10/2025.

Algumas problemáticas encontradas associadas aos casos que evoluíram para sífilis congênita são: não realização ou a falta de adesão ao pré-natal, gestações que evoluíram para aborto (sem terem iniciado o pré-natal ou em vigência do tratamento para sífilis), realização de tratamento inadequado, reinfecção, drogadição, mulheres vivendo em situação de rua e sorocversão no final da gestação.

# Tuberculose

A tuberculose (TB) continua sendo, na atualidade, uma das principais causas de morbimortalidade em nível global. Apesar dos avanços obtidos na última década, o Brasil permanece incluído entre os países com elevada carga da doença (Brasil, 2025).

De acordo com a OMS, os países com alta carga de tuberculose são categorizados em três grupos: aqueles com alta carga de TB, TB associada ao HIV e TB resistente a múltiplas drogas. Nesse contexto, o Brasil integra dois desses grupos — o de alta carga de tuberculose e o de coinfecção TB/HIV (Brasil, 2022).

No município de Curitiba, assim como em diversas outras localidades, os serviços de saúde sofreram impactos negativos durante o período da pandemia da covid-19, o que repercutiu diretamente no cuidado às pessoas acometidas pela tuberculose.

Nesta edição de 2025, serão apresentados os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da TB no âmbito municipal, e também, o panorama sociodemográfico e clínico dos casos de TB com e sem coinfecção TB/HIV (**Tabela 19**).

Em 2021, observou-se no município uma redução de 21% nas notificações de casos de tuberculose em comparação ao ano anterior. No entanto, em 2023 verificou-se uma elevação de 31,9% no número de pessoas diagnosticadas com a doença, correspondendo a um aumento de 14,1 para 18,6 casos por 100 mil habitantes no período. Já em 2024, a taxa registrada foi de 18 casos por 100 mil habitantes.

**Gráfico 31 - Número de casos novos de tuberculose e taxa de incidência de tuberculose por ano de diagnóstico - Curitiba, 2015-2024\*.**



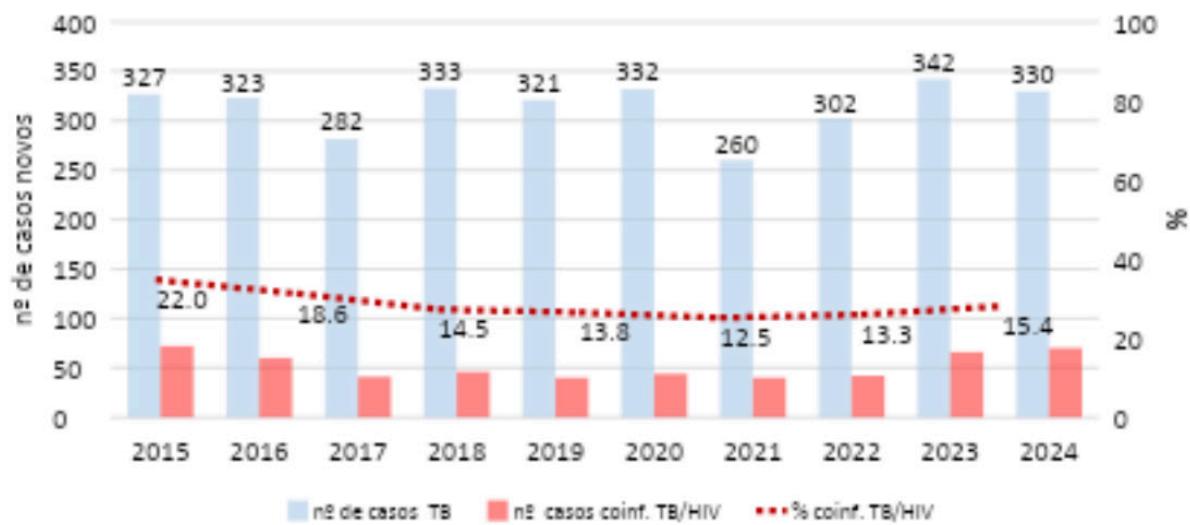
Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.  
\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

A TB apresenta elevada prevalência entre pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), sendo fundamental que sua investigação seja realizada em todas as oportunidades de atendimento a essa população. Estima-se que, entre indivíduos não infectados pelo HIV, a probabilidade de progressão da infecção latente para a forma ativa da doença seja de aproximadamente 10% ao longo da vida. Em contrapartida, entre pessoas vivendo com HIV, esse risco é significativamente maior, variando entre 8% e 10% a cada ano de vida (Brasil, 2024).

No que se refere à taxa de coinfecção TB/HIV no município, observou-se em 2022 uma redução de 9,7% em comparação ao ano de 2021. Contudo, em 2023 verificou-se um aumento expressivo de 38%, com elevação de 13,9% para 19,3%. Já em 2024, embora ainda tenha sido registrado crescimento na proporção de coinfecção em relação a 2023, o incremento foi mais discreto, correspondendo a 9,8% (**Gráfico 32**).

Ao comparar Curitiba no ano de 2024, com as demais capitais do país, observa-se que o município passou de terceira para quarta maior proporção de casos novos com a coinfecção TB/HIV (21,0%) (Brasil, 2025).

#### **Gráfico 32 - Proporção de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Curitiba, 2015 a 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

O diagnóstico precoce da TB em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) requer a investigação sistemática de atividade da doença nessa população, ao mesmo tempo em que é imprescindível a oferta rotineira do teste para HIV a todos os indivíduos diagnosticados com tuberculose, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

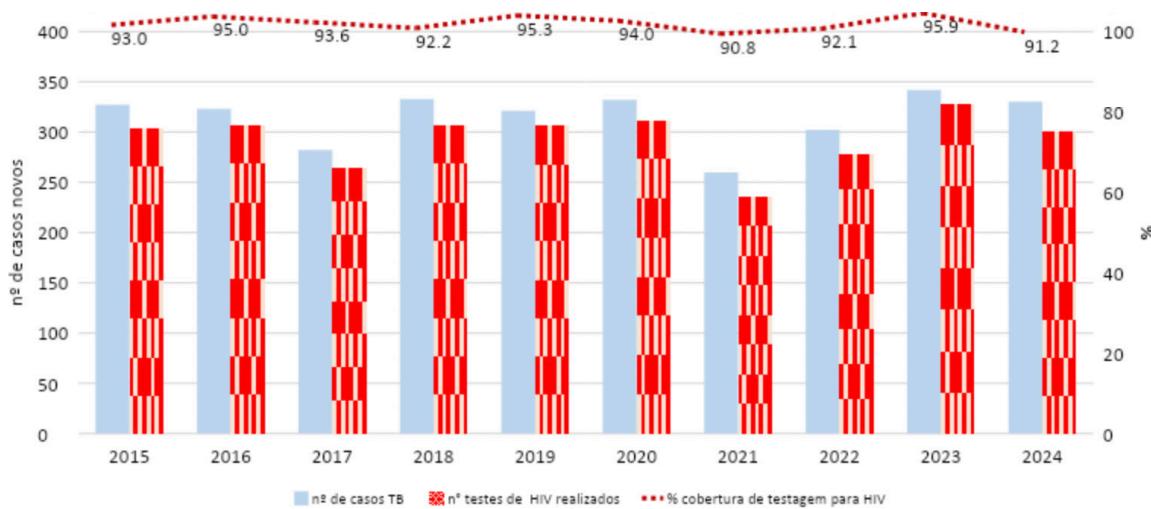
No município de Curitiba, entre os anos de 2015 e 2019, observou-se um aumento progressivo na proporção de casos novos de tuberculose submetidos à testagem para HIV, alcançando um acréscimo acumulado de 4,7% no período. Entretanto, entre 2020 e 2021 verificou-se uma redução de 3,4% nessa proporção, possivelmente associada aos impactos da pandemia sobre os serviços de saúde (**Gráfico 33**).

Posteriormente, registrou-se nova tendência de crescimento, com aumento de 5,61% em 2023 em relação a 2021. Contudo, em 2024, observou-se novamente uma redução de 4,9% quando comparado a 2023. Apesar dessa oscilação, a taxa de testagem em 2024 manteve-se levemente superior à de 2021, apresentando um acréscimo de 0,44% em relação a esse ano (**Gráfico 33**).

A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) preconiza a manutenção da testagem para HIV em, no mínimo, 85% dos casos novos diagnosticados com tuberculose (Brasil, 2019). O município vem apresentando desempenho satisfatório nesse indicador, mantendo percentuais superiores à meta nacional há mais de uma década. Mais recentemente,

a ampliação da oferta de testagem rápida para HIV nas Unidades Municipais de Saúde (UMS) contribuiu de forma significativa para a melhoria desse indicador. Essa estratégia tem impacto direto e positivo no manejo clínico e nos desfechos terapêuticos de ambas as doenças, ao possibilitar diagnóstico precoce, início oportuno do tratamento e melhor monitoramento dos casos coinfetados.

**Gráfico 33 - Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de TB. Curitiba, 2015 a 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

Iniciar o tratamento do HIV em pessoas com coinfecção TB-HIV de forma oportuna e manter a vinculação das pessoas à rede de atenção e a adesão à TARV, são recomendações fundamentais para diminuir a morbimortalidade nesta população. O início de terapia antirretroviral (TARV) durante o tratamento da tuberculose aumenta a sobrevida das PVHA, e a sua ausência pode ter impacto direto na mortalidade (Brasil, 2024a).

Observa-se uma redução progressiva na proporção de pessoas com coinfecção TB-HIV em uso de terapia antirretroviral (TARV) no período de 2019 a 2022. No entanto, em 2023 verificou-se uma reversão dessa tendência, com incremento de 22,4% em relação ao ano anterior, alcançando 75,8% de indivíduos coinfetados em uso de TARV durante o tratamento da tuberculose. Em 2024, o indicador manteve trajetória ascendente, registrando novo aumento de 33,9% em comparação a 2023, o que representa um avanço significativo na adesão ao tratamento combinado e na integração das ações de controle da tuberculose e do HIV (**Gráfico 34**).

**Gráfico 34- Uso de TARV entre os casos novos de tuberculose com coinfecção HIV. Curitiba, 2015-2024\*.**

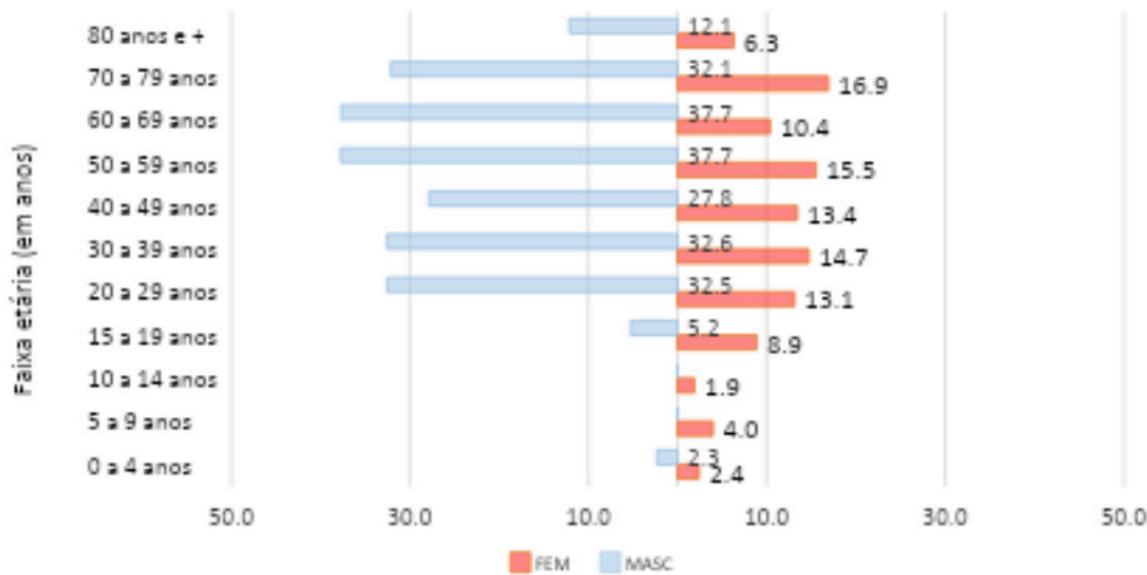


Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

Em 2024, foram notificados 330 casos novos de tuberculose (TB) no município, com predomínio no sexo masculino. A maioria dos casos ocorreu em indivíduos com idade entre 20 e 79 anos ( $n = 212$ ), destacando-se a faixa etária de 50 a 69 anos, que apresentou o maior coeficiente de incidência, estimado em 37,7 casos por 100 mil habitantes. Entre as mulheres, a faixa etária de 70 a 79 anos concentrou o maior número de casos, com coeficiente de incidência de 16,9 casos por 100 mil habitantes (**Gráfico 35**).

**Gráfico 35 - Coeficiente de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.) segundo sexo e faixa etária. Curitiba, 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

A razão por sexo na coinfecção TB-HIV, em 2024, foi de 1,6 casos no sexo masculino para um caso sexo feminino, acompanhando a razão por sexo observada no HIV e na TB, onde a epidemia é concentrada em homens (**Gráfico 36**).

**Gráfico 36 - Número de casos novos de tuberculose com coinfecção TB-HIV, segundo sexo, razão de sexos (M:F) e ano de diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

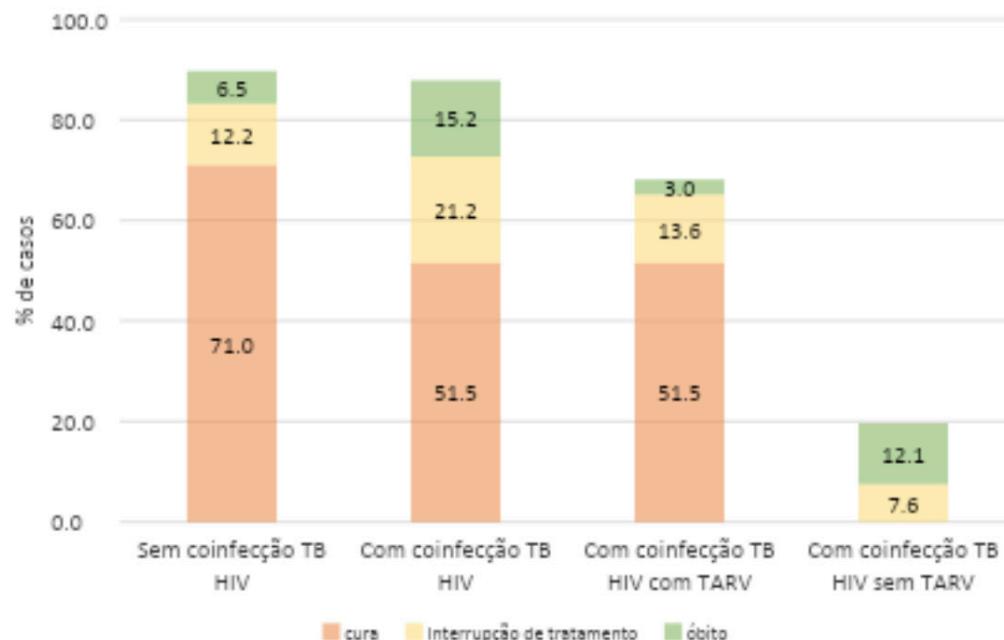
No que se refere ao tipo de encerramento do tratamento da tuberculose, foram considerados os desfechos de cura, interrupção de tratamento e óbito. Em 2023, a taxa de cura entre os casos com sorologia negativa para o HIV foi de 71,0%, enquanto entre os pacientes com sorologia positiva observou-se 51,5%, evidenciando piores desfechos entre os indivíduos coinfetados por TB-HIV. A proporção de interrupção de tratamento entre pessoas com sorologia negativa foi de 12,2%, ao passo que, entre aquelas com sorologia positiva, atingiu 21,2%. Esses achados reforçam a importância do acompanhamento sistemático e da observação direta da administração medicamentosa por profissionais de saúde em ambos os grupos, a fim de promover adesão e reduzir falhas terapêuticas (**Gráfico 37**).

Ainda no mesmo período, a taxa de encerramento por óbito foi de 6,5% entre os pacientes sem coinfecção e de 15,2% entre os coinfetados. Considerando especificamente as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), a taxa de cura entre aquelas em uso de terapia antirretroviral (TARV) foi de 51,5%, enquanto não foram observados casos de cura entre os que não faziam uso da TARV. Em relação ao óbito, observou-se 3,0% entre os pacientes em tratamento com TARV e 12,1% entre os que não utilizavam a terapia, o que demonstra o papel protetor do uso da TARV na redução da mortalidade por TB entre PVHA (**Gráfico 37**).

O início oportuno da TARV nas PVHA é considerado uma estratégia de prevenção da TB, uma vez que a terapia diminui a incidência de TB nessa população (WHO, 2024).

Embora a tuberculose seja uma doença curável, com diagnóstico e tratamento disponíveis na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município, observou-se um agravamento nos indicadores de interrupção do tratamento e um elevado percentual de óbitos entre os indivíduos acometidos. Esse cenário representa um alerta epidemiológico, evidenciando os impactos negativos da não adesão terapêutica, sobretudo quando o Tratamento Diretamente Observado (TDO) não é implementado de forma sistemática e quando há atraso no início precoce tanto do tratamento da TB quanto da terapia antirretroviral (TARV). Tais fatores comprometem a efetividade das estratégias de controle da tuberculose e aumentam o risco de desfechos desfavoráveis, especialmente entre pessoas vivendo com HIV/aids.

**Gráfico 37 - Proporção de encerramentos do tratamento da tuberculose, comparando os casos com e sem coinfecção, e dentre as pessoas com coinfecção, com e sem TARV. Curitiba, 2023\*.**



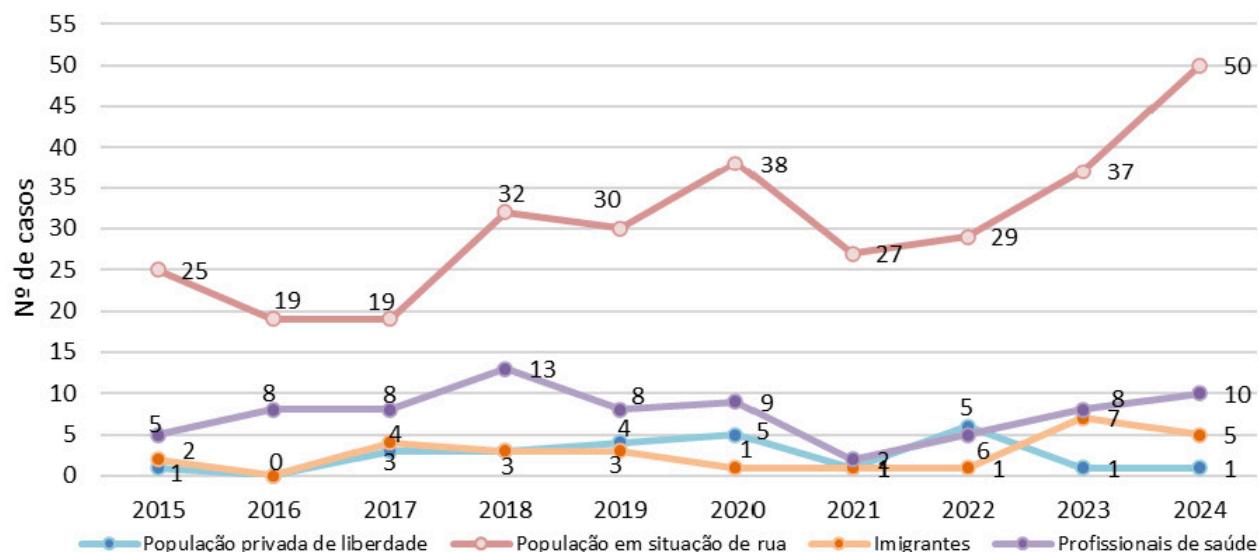
Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2023\*.  
\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

Além dos fatores relacionados ao sistema imunológico de cada pessoa e à exposição ao bacilo, o adoecimento por tuberculose, muitas vezes, está ligado às condições de vida. Assim, alguns grupos populacionais podem apresentar situações de maior vulnerabilidade como: as PVHA, População em Situação de Rua (PSR), População Privada de Liberdade (PPL), Imigrantes (I) e Profissionais de Saúde (PS) (Brasil, 2025).

Quando comparadas à população geral, as pessoas em situação de rua (PSR) apresentam um risco de adoecimento por tuberculose 54 vezes maior, enquanto as pessoas privadas de liberdade (PPL) têm risco 26 vezes maior e as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) apresentam risco 23 vezes maior (Brasil, 2025).

Ao estratificar a ocorrência de casos de tuberculose em populações vulneráveis no ano de 2024, foram notificados 50 casos entre PSR, 1 caso entre PPL, 10 casos entre profissionais de saúde (PS) e 5 casos entre imigrantes, conforme apresentado no **Gráfico 38**.

**Gráfico 38 – Casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. Curitiba, 2015 a 2024\*(n=489).**

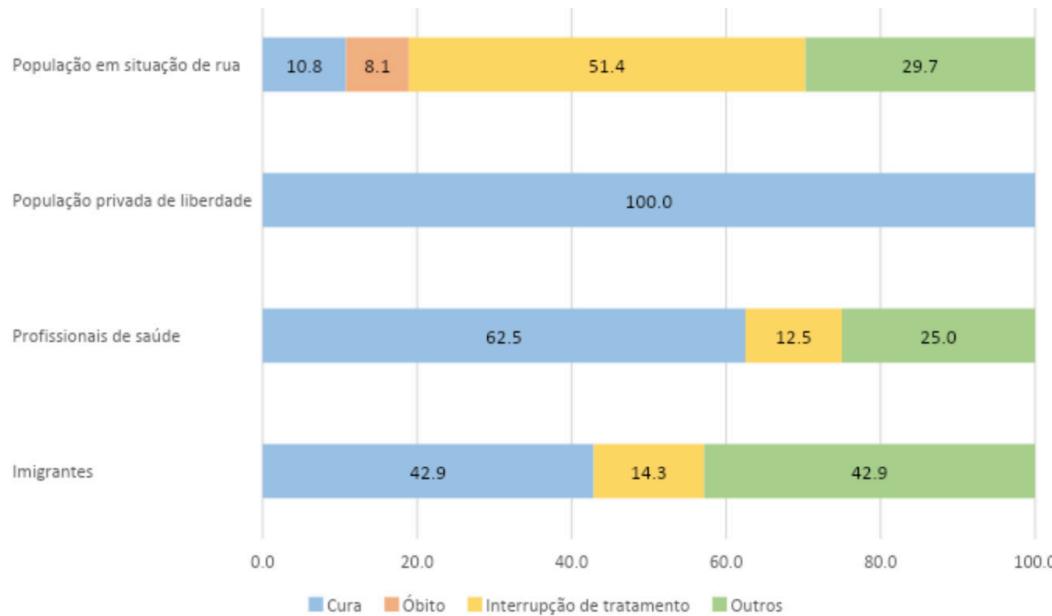


Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

Em relação aos desfechos de tratamento da tuberculose nas populações vulneráveis no ano de diagnóstico de 2023, observou-se que, entre as pessoas em situação de rua (PSR; n = 37), apenas 10,8% dos casos evoluíram para cura, 8,1% resultaram em óbito, enquanto um alto percentual de 51,4% apresentou interrupção do tratamento e 29,7% foram classificados como desfechos outros (Gráfico 39). Na população privada de liberdade (PPL; n = 1), o percentual de cura foi de 100%. Entre os profissionais de saúde (n = 8), a maioria dos casos (62,5%) evoluiu para cura (**Gráfico 39**). Quanto aos imigrantes, foram registrados 7 casos no município em 2023, com 42,9% de cura e 14,3% de abandono de tratamento (**Gráfico 39**).

**Gráfico 39 - Proporção de desfechos de tratamento entre casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. Curitiba, 2023\* (n=69).**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2023\*.

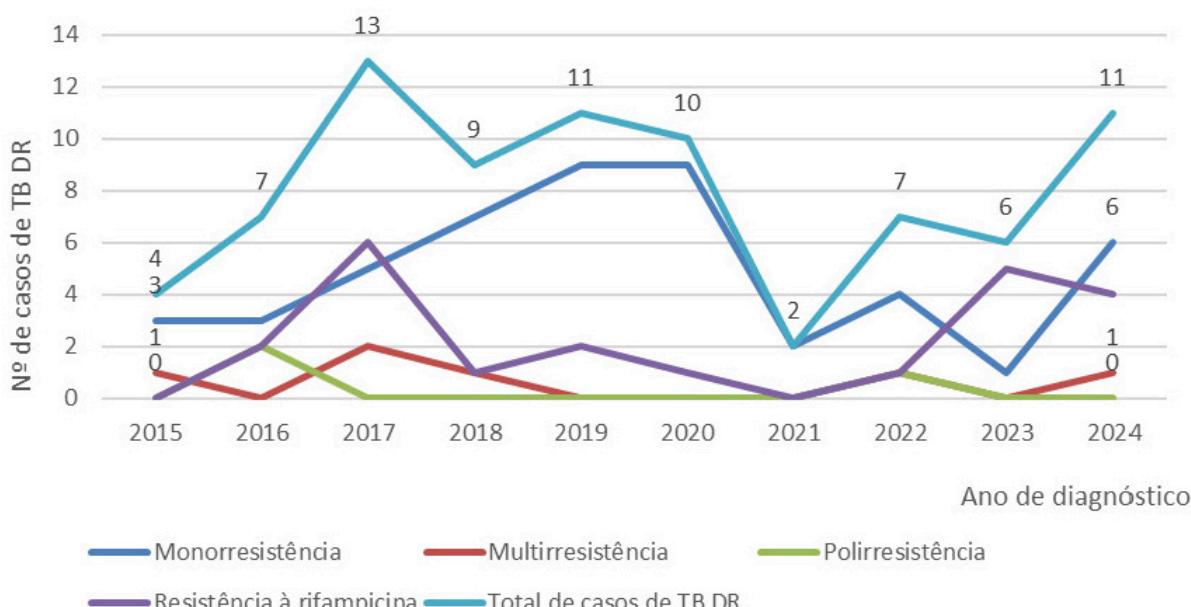
\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

A tuberculose drogarresistente (TB DR) é caracterizada pela resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a pelo menos um dos principais fármacos utilizados no tratamento da doença, configurando-se como um dos maiores desafios para o controle da tuberculose em nível mundial (WHO, 2024). A complexidade do diagnóstico, os elevados custos para o sistema de saúde e os impactos econômicos enfrentados pelos indivíduos em tratamento, associados ao prognóstico desfavorável em comparação com a tuberculose sensível, tornam a TB DR um problema de significativa relevância em saúde pública. Além disso, o manejo clínico desses casos é mais complexo.

No contexto brasileiro, a detecção precoce e o manejo adequado da TB DR demandam estratégias reforçadas, incluindo o acesso ampliado a esquemas terapêuticos especializados e o suporte contínuo aos pacientes, com o objetivo de conter a propagação da resistência e reduzir a mortalidade associada.

Entre 2015 e 2024, foram notificados 80 casos novos de TB DR no município. A série histórica revela oscilações ao longo do período, porém com queda em 2021, mas com uma recuperação gradual no número de notificações, chegando a 11 notificações em 2024 (**Gráfico 40**). A implementação da Rede de Teste Rápido Molecular para a TB (RTR-TB), em 2014, desempenhou papel crucial nesse cenário, contribuindo para o aumento da detecção de casos de tuberculose resistente à rifampicina (TB RR).

**Gráfico 40 - Número de casos novos de tuberculose drogarresistente, segundo padrão de resistência inicial, por ano de diagnóstico. Curitiba, 2015-2024\*.**

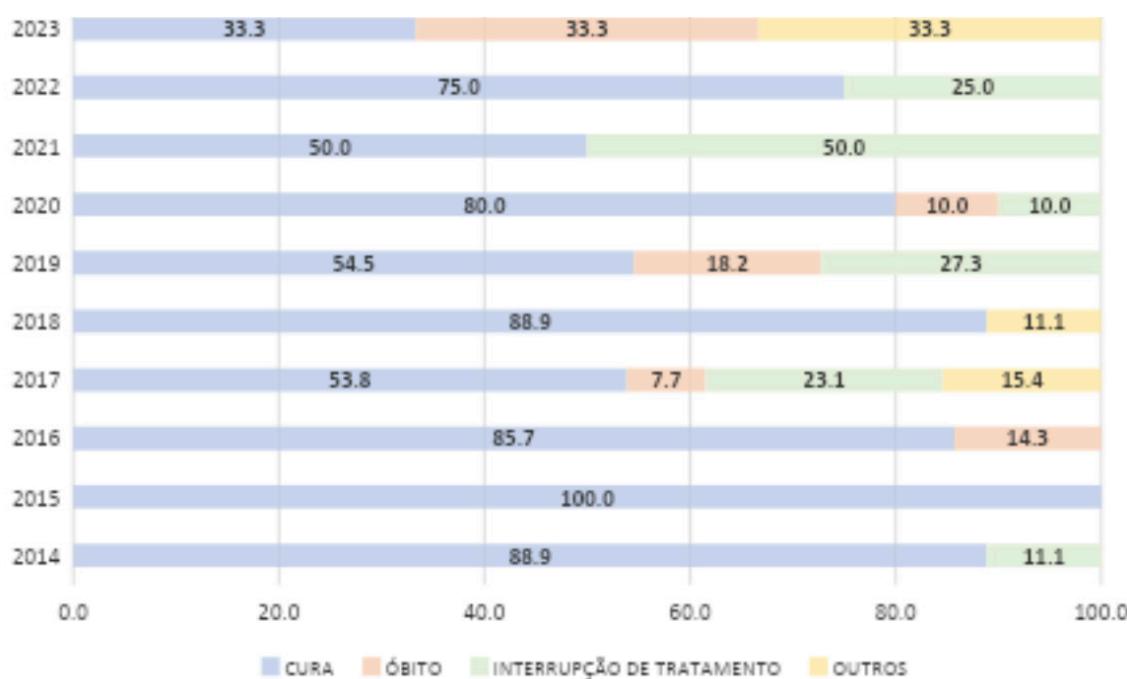


Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

Os desfechos terapêuticos da tuberculose drogarresistente (TB DR) registraram uma melhora significativa em 2022, com aumento de 50% na proporção de casos curados em relação a 2021. Entretanto, em 2023, observou-se uma redução de 56% na proporção de cura em comparação ao ano anterior. No mesmo período, foram registrados dois óbitos por outras causas e duas transferências de pacientes, refletindo a complexidade do manejo clínico e a necessidade de monitoramento contínuo dos desfechos terapêuticos (**Gráfico 41**).

**Gráfico 41 – Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de tuberculose drogarresistente. Curitiba, 2014-2023\*.**



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2014-2023\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

## Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB)

Estima-se que aproximadamente um quarto da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, destes de 5% a 10% eventualmente desenvolverão a tuberculose ativa (WHO, 2024). O risco de progressão da infecção latente para a forma ativa é maior nos primeiros dois anos após a primoinfecção, podendo, entretanto, permanecer em estado de latência por toda a vida. A probabilidade de evolução para tuberculose ativa é significativamente maior em pessoas vivendo com HIV/aids, indivíduos recentemente infectados por contato com casos ativos, pessoas desnutridas, portadores de diabetes, usuários de imunobiológicos, tabagistas e consumidores de álcool (Brasil, 2022b).

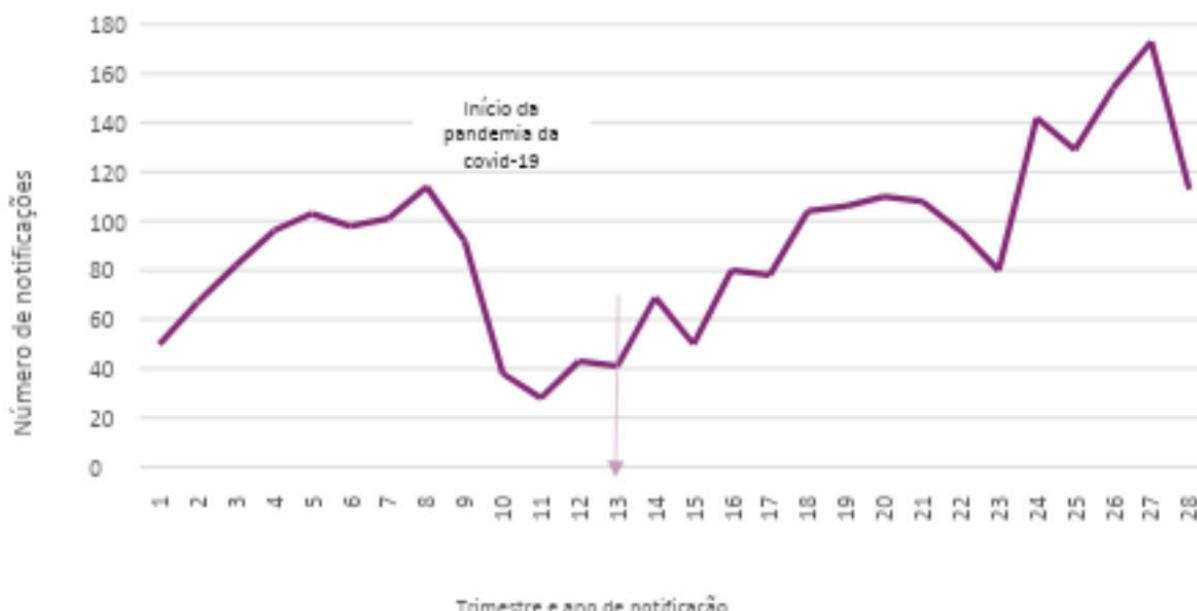
A prevenção da progressão da infecção latente para a tuberculose ativa nesses grupos vulneráveis constitui uma estratégia central para reduzir a incidência global da doença (WHO, 2024).

Para este boletim, foram utilizados dados do Sistema de Informação para Notificação de Pessoas em Tratamento da Infecção Latente por *M. tuberculosis* (IL-TB), a fim de descrever os casos de Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) iniciados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2024 e apresentar os respectivos indicadores epidemiológicos nesse período.

No levantamento dos casos de TPT em Curitiba, observou-se que, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2024, foram iniciados 2.545 tratamentos preventivos. Desses, 2.449 (96,2%) corresponderam a casos novos, 36 (1,4%) a reentradas após mudança de esquema, 17 (0,7%) a reentradas devido a suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento, 5 (0,2%) a reexposição e 38 (1,5%) a reingresso após interrupção do tratamento (**Tabela 20**).

Observou-se uma redução no número de inícios de tratamento em março de 2020, coincidente com os primeiros meses da pandemia de COVID-19, seguida por retomada gradual nos anos subsequentes. O ano com maior número de tratamentos registrados foi 2024 (n = 569; 22,3%), totalizando 2.545 notificações no período de 2018 a 2024 (**Gráfico 42 e Tabela 21**).

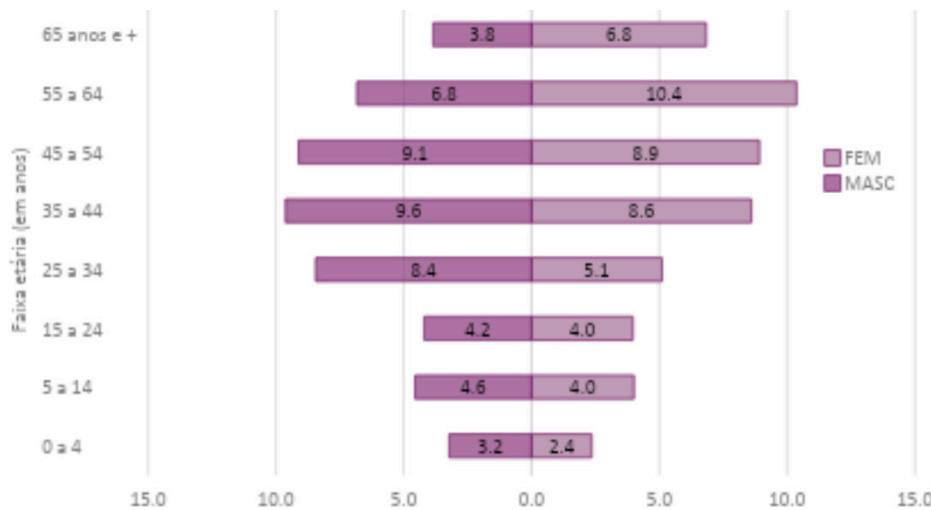
**Gráfico 42 – Início do tratamento preventivo da tuberculose em Curitiba, conforme trimestre e ano do início de tratamento, 2018 – 2024\* (n= 2.545).**



Fonte: Sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB) 2018 – 2024\*.  
 \*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

No que se refere ao perfil sociodemográfico, a maior parte dos indivíduos em tratamento preventivo da tuberculose é do sexo feminino, correspondendo a 50,4% ( $n = 1.277$ ), com maior concentração na faixa etária de 35 a 64 anos. Já o sexo masculino, representando 49,6% ( $n = 1.268$ ) dos casos, predomina na faixa etária de 25 a 54 anos (**Gráfico 43**).

**Gráfico 43 - Proporção de início do tratamento preventivo da tuberculose conforme faixa etária e sexo. Curitiba, 2018 – 2024\* (n= 2.545).**



Fonte: Sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB) 2018 – 2024\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

Entre os principais desafios para o alcance das metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública até 2035, endossadas pelo Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil, destaca-se a intensificação das ações integradas TB-HIV, incluindo a indicação do Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) (Brasil, 2021).

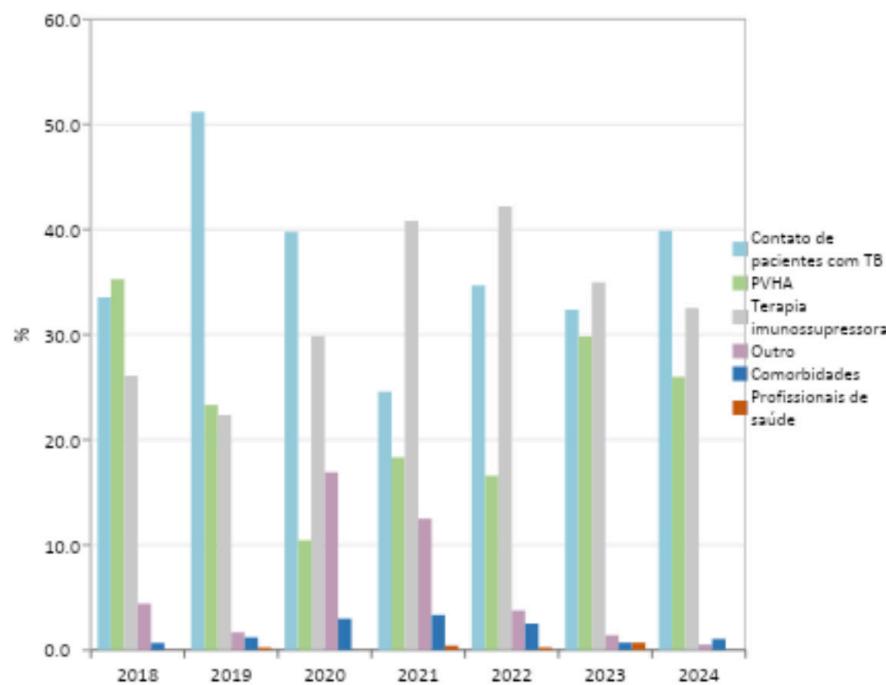
No período de 2018 a 2024, entre as indicações de TPT em Curitiba, 37,5% ( $n = 954$ ) corresponderam a contatos de casos de TB, 32,6% ( $n = 830$ ) a indivíduos em uso de terapia imunossupressora e 23,9% ( $n = 607$ ) a pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) (**Gráfico 44**).

Embora, em nível global, a maior parte das notificações de TPT ocorra entre pessoas vivendo com HIV (OMS, 2023), o cenário brasileiro e municipal apresenta diferenças. Esses dados reforçam a necessidade de ampliar a oferta de TPT para PVHA, dado o elevado risco de progressão para tuberculose ativa e a alta mortalidade associada à coinfecção TB-HIV nesse grupo (Brasil, 2024a).

A avaliação de contatos constitui uma estratégia central na prevenção de novos casos de tuberculose, sendo a principal indicação para a instituição do Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT). Nesse contexto, torna-se fundamental ampliar a investigação de contatos domiciliares, com especial atenção às crianças menores de 5 anos, que apresentam maior risco de progressão para a doença após a infecção (Brasil, 2019).

Em 2023, 68,6% dos contatos foram avaliados em nível nacional, enquanto no Paraná essa proporção atingiu 81,0% e em Curitiba, 82,7%. Esses dados indicam que as ações de rastreamento e acompanhamento de contatos desenvolvidas no município apresentam avanços consistentes, embora seja necessário manter e fortalecer as estratégias de monitoramento, a fim de garantir a detecção precoce e a redução da transmissão da tuberculose.

## Gráfico 44 - Proporção das notificações por início do tratamento preventivo da tuberculose conforme grupo de indicação de tratamento. Curitiba, 2018 – 2024\* (n= 2.545).



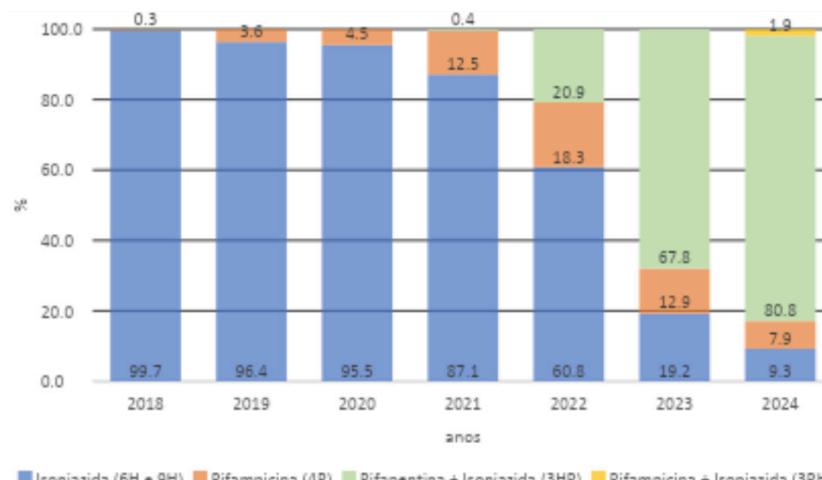
Fonte: Sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB) 2018 – 2024\*. \*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2024

Nota: Contatos de pessoas com TB - soma de contatos adultos e adolescentes com idade igual ou maior que 10 anos + contatos adultos e crianças independentemente da vacinação prévia com BCG + contatos crianças menores de 10 anos, vacinadas com BCG há mais de 2 anos + contatos de pessoas com TB confirmada por critério laboratorial + recém nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial. HIV: soma de pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cél./mm<sup>3</sup> + pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cél./mm<sup>3</sup> + pessoas vivendo com HIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior de TB + pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido prova tuberculínica maior ou igual a 5mm ou IGRA positivo, não submetidas a tratamento da ILTB na ocasião + pessoas vivendo com HIV/aids. Terapia imunossupressora: soma de indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora + indivíduos em uso de inibidores do TNF-alfa ou corticosteroides (> 15 mg de prednisona por mais de um mês) + neoplasias em terapia imunossupressora. Comorbidades: soma de alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB + diabetes mellitus + indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) + indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia + indivíduos tabagistas (> 1 maço/dia) + insuficiência renal em diálise + neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas + silicose. Profissionais de saúde: soma de profissionais de saúde + trabalhadores de instituições de longa permanência.

Atualmente, estão disponíveis no SUS quatro esquemas de TPT, sendo o esquema preferencial, a Rifapentina associada à Isoniazida (3HP), que consiste em doses semanais, durante 12 semanas de tratamento (12 doses). Os demais esquemas são: Isoniazida (6H) ou (9H), com o tempo de tratamento entre 6 a 9 meses, com doses diárias (180 e 270 doses, respectivamente), Rifampicina (4R), com 4 meses de tratamento, com doses diárias (120 doses) e a Rifampicina + Isoniazida - dose fixa combinada pediátrica – (90 doses).

O perfil de indicação do esquema terapêutico variou ao longo de 2024, com predominância da escolha do TPT no esquema preferencial 3 HP, que foi indicado em 460 dos casos (80,8%) (**Gráfico 45**).

## Gráfico 45 - Notificações de início do tratamento preventivo da tuberculose, conforme esquema terapêutico. Curitiba, 2018 - 2024\* (n = 2.545).

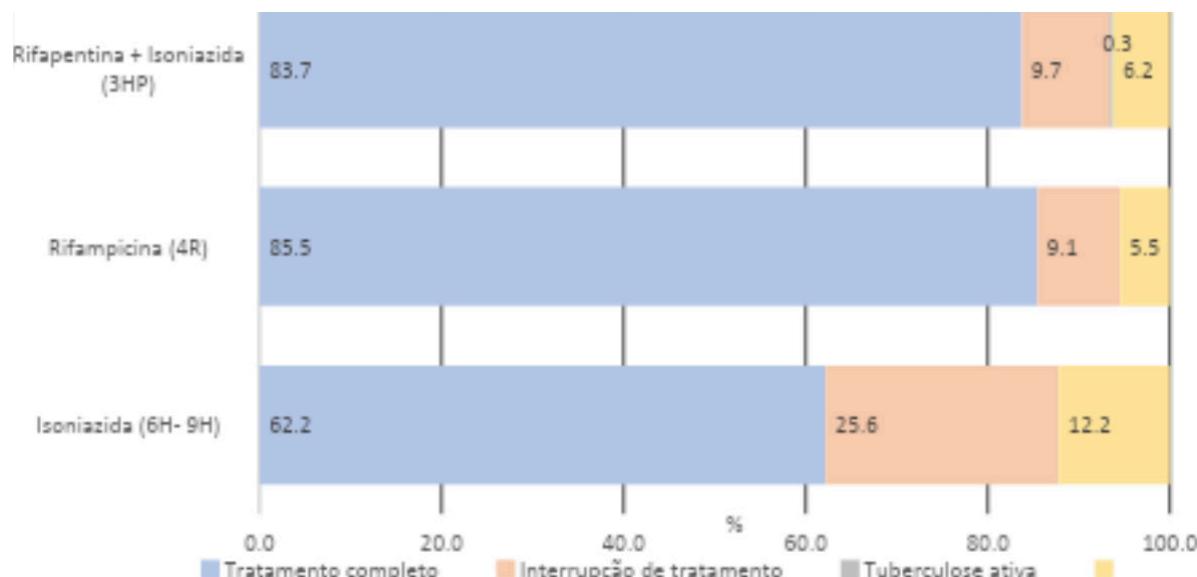


■ Isoniazida (6H e 9H) ■ Rifampicina (4R) ■ Rifapentina + Isoniazida (3HP) ■ Rifampicina + Isoniazida (3RH)

Fonte: Sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB) 2023\*. \*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2024

A completude dos tratamentos que usaram o esquema 3HP e 4R, foi superior àquela observada nos tratamentos realizados unicamente com isoniazida. Adicionalmente, a proporção de tratamentos interrompidos foi superior entre as pessoas que realizaram tratamento com somente com a isoniazida, indo ao encontro do que está acontecendo em âmbito nacional (Brasil, 2024a) (**Gráfico 46**).

**Gráfico 46 – Situação de encerramento do tratamento preventivo da tuberculose conforme esquema terapêutico. Curitiba, 2023\* (n= 426).**



Fonte: Sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (IL-TB) 2023\*.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

No período de 2018 a 2023, foram iniciados 1.975 tratamentos preventivos da tuberculose, destes 78,2% (n=1.544) foram encerrados por tratamento completo; 15,4% (n=305) interromperam o tratamento; 0,5% (n=10) foram a óbito por outras causas e 1,0 % (n=19) foram transferidos para outros municípios (**Tabela 22**).

Finalmente, considerando que o TPT reduz o risco de adoecimento por TB ativa, a sua realização é considerada uma das principais estratégias para a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil. Reforçamos que sua eficácia está diretamente relacionada à adesão ao tratamento, com a tomada do número recomendado de doses de acordo com o esquema preconizado.

Como considerações finais, o tratamento da tuberculose, aliado ao Tratamento Preventivo da tuberculose (TPT), representa a estratégia central para a redução da morbimortalidade e interrupção da cadeia de transmissão da doença. A adesão eficaz tanto ao tratamento terapêutico quanto ao preventivo proporciona não apenas a cura dos indivíduos afetados, mas a proteção da população em especial em vulnerabilidade. O fortalecimento das ações de rastreamento de contatos, diagnóstico precoce e ampliação do acesso ao TPT constitui, portanto, uma medida epidemiológica indispensável para o alcance das metas municipais, nacionais e internacionais de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, reafirmando seu papel estratégico na promoção da saúde.

# Considerações finais

As informações disponíveis neste Boletim Epidemiológico - 2025 apresentam o perfil epidemiológico das doenças de notificação e agravos como o HIV/aids, de gestante HIV, crianças expostas, hanseníase, hepatites virais, sífilis, tuberculose e infecção latente por tuberculose (ILTB).

A política pública para o HIV/aids apresenta diferentes estratégias. Em Curitiba, tais políticas inicialmente foram reforçadas pela incorporação de um importante papel da testagem e diagnóstico do HIV na Atenção Primária à Saúde (APS), seguida da descentralização do cuidado da PVHA para a APS e de forma sincronizada, a implementação de novas estratégias para ampliar o acesso às tecnologias da prevenção combinada, dentre elas o uso de preservativos que continua sendo o método de prevenção do HIV mais eficaz e de menor custo.

Outra importante iniciativa implantada foi a possibilidade das pessoas interessadas em PrEP ter acesso a esse método de prevenção a partir da realização de uma teleconsulta e retirá-los em unidades dispensadoras de medicamentos. O serviço de telePrEP foi desenvolvido com base na alta incidência de HIV entre jovens de 15 a 19 anos, homens que fazem sexo com homens e é uma medida que está em consonância com as recomendações da OMS e que também visa diagnosticar os casos estimados, vincular e reter os casos nos serviços de saúde com tratamento para todos com a finalidade de evitar novas transmissões e por fim eliminar a aids como problema de saúde pública.

Em 2023, o município de Curitiba recebeu a manutenção da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, fruto de um trabalho árduo de todos os técnicos da Secretaria Municipal da Saúde e de Programas estruturantes de reconhecida qualidade.

Os velhos e novos desafios necessitam de um olhar atento na formulação e implementação de políticas públicas para o enfrentamento dos agravos transmissíveis crônicos na cidade de Curitiba. Isto perpassa pelo fortalecimento das ações integrais e transversais na população em geral, no fortalecimento da APS, na manutenção de boas coberturas vacinais para a prevenção das formas graves da tuberculose - por meio da vacina BCG, contra a infecção pelo HPV e das hepatites virais A e B. Os avanços na tecnologia, em particular no desenvolvimento de opções de tratamento e prevenção de longa duração, podem proteger a saúde de todas PVHA se forem compartilhadas e que venham garantir que os serviços e sistemas estejam no lugar certo para atender às necessidades desse público.

Em 2024, o Centro de Epidemiologia da SMS/Curitiba identificou um surto de Hepatite A na cidade de Curitiba. O foco principal de contaminação são os jovens adultos, principalmente homens entre 19 e 39 anos que não foram imunizados contra a doença durante a infância. As análises moleculares estavam intimamente relacionadas a sequências de surtos ocorridos em anos anteriores em diferentes países do mundo, associados inicialmente à transmissão entre homens que fazem sexo com homens.

Entendemos que é primordial promover de forma permanente para os profissionais da saúde a informação, educação e comunicação, bem como qualificar a abordagem de aspectos da saúde sexual para toda a população no combate ao estigma e discriminação. Ainda, garantir a participação das lideranças, membros da comunidade e responsáveis por programas para em conjunto fechar as lacunas de acesso aos serviços, acolhimento e qualidade de vida das PVHA.

# Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Roteiro para uso do SINAN Net Hanseníase e Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase.** Brasília: 2018. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/roteiro\\_uso\\_sinan\\_net\\_hansenise-563.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/roteiro_uso_sinan_net_hansenise-563.pdf). Acesso em 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso em: 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Hanseníase.** Brasília: 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 16/2021-CGDE/DCCI/SVS/MS. Implementação da Poliquimioterapia Única (PQT-U) no tratamento da hanseníase.** Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hansenise>. Acesso em: 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025.** Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase.** Brasília: 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hansenise>. Acesso em: 27 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 171, de 6 de dezembro de 2022. Torna pública a decisão de ampliar o uso, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, do Teste de Liberação de Interferon-gama (IGRA) para detecção de infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis em pacientes com doenças inflamatórias imunomedidas ou receptores de transplante de órgãos sólidos.** Brasília: 2022a. Acesso em 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis.** Brasília: 2022b. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/af\\_protocolo\\_vigilancia\\_iltb\\_2ed\\_9jun22\\_ok\\_web.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/af_protocolo_vigilancia_iltb_2ed_9jun22_ok_web.pdf/view). Acesso em 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hepatite B e Cinfecções.** Brasília, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico. Cinfecção TB – HIV/2022.** Brasília: 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/cinfeccao-tb-hiv/boletim\\_cinfeccao\\_tb\\_hiv\\_2022.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/cinfeccao-tb-hiv/boletim_cinfeccao_tb_hiv_2022.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 2: Cinfecções e Infecções Oportunistas.** Brasília: 2024a. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT\\_HIV\\_Modulo\\_2\\_2024\\_eletrnicoISBN.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Modulo_2_2024_eletrnicoISBN.pdf). Acesso em 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Tuberculose.** Brasília: 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas.** Brasília: 2024a. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT\\_HIV\\_Modulo\\_2\\_2024\\_eletrnicoISBN.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Modulo_2_2024_eletrnicoISBN.pdf). Acesso em 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Tuberculose.** Brasília: 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Tuberculose.** Brasília: 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view>. Acesso em 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise das incapacidades provocadas pela hanseníase no Brasil: um inquérito nacional (2022 a 2024)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. Brasília: 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Hanseníase.** Brasília: 2025.

JARDIM, M. R. et al. **Criteria for diagnosis of pure neural leprosy.** Journal of Neurology, v. 250, n. 7, p. 806–809, 2003.

MADRID INTERNATIONAL CONGRESS OF LEPROSY. **Report of the International Congress of Leprosy, Madrid, 1953.** Geneva: 1953.

NOBRE, M. L.; ILLARRAMENDI, X.; DUPNIK, K. M. et al. **Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: Lessons from an observational study.** PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 11, n. 2, e0005364, 13 fev. 2017.

RIDLEY, D. S.; JOPLING, W. H. **Classification of leprosy according to immunity.** A five-group system. International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases, v. 34, n. 3, p. 255–273, 1966.

SANTOS, D. F. S. et al. **Stigma and social consequences of Hansen's disease in patients in Brazil.** PLoS Neglected Tropical Diseases, San Francisco, v. 14, n. 7, e0008412, 2020. DOI: 10.1371/journal.pntd.0008412.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Leprosy Update - 2023.** Geneva: WHO, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, servisse delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.** Geneva: Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031593>. Acesso em 15 out. 2025.

# Tabelas

**Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) por sexo e razão de sexo, segundo ano de diagnóstico.**

Curitiba, 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão M:F	Taxa de detecção		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1984	1	0	1	-	0,2	0,0	0,1
1985	1	0	1	-	0,2	0,0	0,1
1986	10	1	11	10	1,8	0,2	0,9
1987	14	4	18	4	2,4	0,6	1,5
1988	35	5	40	7	5,9	0,8	3,2
1989	45	10	55	5	7,4	1,5	4,4
1990	59	18	77	3	9,6	2,7	6,0
1991	118	20	138	6	18,7	2,9	10,5
1992	164	41	205	4	25,5	5,9	15,3
1993	212	46	258	5	32,5	6,5	18,9
1994	225	49	274	5	34,2	6,8	19,9
1995	313	119	432	3	47,2	16,5	31,2
1996	414	141	555	3	58,4	18,4	37,6
1997	489	186	675	3	67,1	23,6	44,5
1998	454	189	643	2	60,9	23,5	41,5
1999	397	253	650	2	52,1	30,7	41,0
2000	444	237	681	2	57,1	28,1	42,0
2001	378	219	597	2	48,0	25,6	36,3
2002	366	229	595	2	46,0	26,4	35,8
2003	384	222	606	2	47,8	25,4	36,1
2004	318	155	473	2	39,2	17,5	27,9
2005	309	166	475	2	37,7	18,6	27,7
2006	325	178	503	2	39,3	19,7	29,1
2007	276	144	420	2	33,1	15,8	24,1
2008	325	165	490	2	38,7	18,0	27,9
2009	309	144	453	2	36,5	15,6	25,6
2010	318	145	463	2	36,8	15,4	25,6
2011	317	109	426	3	36,6	11,5	23,5
2012	289	120	409	2	33,3	12,6	22,5
2013	356	142	498	3	40,9	14,9	27,3
2014	367	113	480	3	42,1	11,8	26,2
2015	382	142	524	3	43,7	14,8	28,6
2016	268	92	360	3	30,6	9,5	19,6
2017	294	93	387	3	33,5	9,6	21,0
2018	276	71	347	4	31,5	7,3	18,8
2019	307	101	408	3	35,0	10,4	22,1
2020	201	58	259	3	22,9	6,0	14,0
2021	247	73	320	3	28,3	7,5	17,4
2022	186	68	254	3	21,4	7,0	13,8
2023	193	68	261	3	22,2	7,0	14,2
2024	204	51	255	4	23,6	5,3	13,9
<b>Total</b>	<b>10590</b>	<b>4387</b>	<b>14977</b>				

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINANW 1984-2006 SINAN NET 2007-2024

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**Tabela 2 - Casos de infecção pelo HIV notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) por sexo e razão de sexo, segundo ano de diagnóstico.**

Curitiba, 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão M:F	Taxa de detecção		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1984	1	0	1	-	0,2	0,0	0,1
1985	0	0	0	-	0,0	0,0	0,0
1986	0	0	0	-	0,0	0,0	0,0
1987	3	0	3	-	0,5	0,0	0,2
1988	1	0	1	-	0,2	0,0	0,1
1989	3	0	3	-	0,5	0,0	0,2
1990	0	0	0	-	0,0	0,0	0,0
1991	5	0	5	-	0,8	0,0	0,4
1992	4	5	9	1	0,6	0,7	0,7
1993	6	1	7	6	0,9	0,1	0,5
1994	5	8	13	1	0,8	1,1	0,9
1995	9	6	15	2	1,4	0,8	1,1
1996	8	2	10	4	1,1	0,3	0,7
1997	15	9	24	2	2,1	1,1	1,6
1998	32	16	48	2	4,3	2,0	3,1
1999	14	7	21	2	1,8	0,9	1,3
2000	31	14	45	2	4,0	1,7	2,8
2001	33	29	62	1	4,2	3,4	3,8
2002	61	55	116	1	7,7	6,4	7,0
2003	100	80	180	1	12,4	9,1	10,7
2004	94	85	179	1	11,6	9,6	10,6
2005	79	54	133	1	9,6	6,0	7,8
2006	96	70	166	1	11,6	7,8	9,6
2007	143	85	228	2	17,2	9,3	13,1
2008	170	104	274	2	20,2	11,3	15,6
2009	184	77	261	2	21,7	8,3	14,7
2010	222	91	313	2	25,7	9,6	17,3
2011	239	91	330	3	27,6	9,6	18,2
2012	287	95	382	3	33,1	10,0	21,0
2013	381	119	500	3	43,8	12,5	27,4
2014	501	108	609	5	57,4	11,3	33,3
2015	638	138	776	5	73,0	14,4	42,3
2016	525	120	645	4	59,9	12,5	35,1
2017	549	123	672	4	62,6	12,7	36,5
2018	579	133	712	4	66,0	13,8	38,6
2019	491	143	634	3	56,0	14,8	34,4
2020	308	63	371	5	35,1	6,5	20,1
2021	385	94	479	4	44,1	9,7	26,0
2022	425	124	549	3	48,8	12,8	29,9
2023	496	172	668	3	57,0	17,8	36,4
2024	445	151	596	3	51,4	15,7	32,6
<b>Total</b>	<b>7568</b>	<b>2472</b>	<b>10040</b>				

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINANW 1984-2006 SINAN NET 2007-2024

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**Tabela 3A - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) por sexo e razão de sexo, segundo ano de diagnóstico.**

Curitiba 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão M:F	Taxa de detecção		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1984	2	0	2	-	0,4	0,0	0,2
1985	1	0	1	-	0,2	0,0	0,1
1986	10	1	11	10	1,8	0,2	0,9
1987	17	4	21	4	2,9	0,6	1,7
1988	36	5	41	7	6,1	0,8	3,3
1989	48	10	58	5	7,9	1,5	4,6
1990	59	18	77	3	9,6	2,7	6,0
1991	123	20	143	6	19,5	2,9	10,9
1992	168	46	214	4	26,1	6,6	15,9
1993	218	47	265	5	33,4	6,6	19,4
1994	230	57	287	4	35,0	8,0	20,9
1995	322	125	447	3	48,6	17,3	32,3
1996	422	143	565	3	59,5	18,7	38,3
1997	504	195	699	3	69,2	24,8	46,1
1998	486	205	691	2	65,2	25,5	44,6
1999	411	260	671	2	54,0	31,6	42,4
2000	475	251	726	2	61,1	29,7	44,8
2001	411	248	659	2	52,2	29,0	40,1
2002	427	284	711	2	53,6	32,8	42,8
2003	484	302	786	2	60,2	34,5	46,8
2004	412	240	652	2	50,8	27,1	38,5
2005	388	220	608	2	47,4	24,6	35,5
2006	421	248	669	2	51,0	27,5	38,7
2007	419	229	648	2	50,3	25,2	37,2
2008	495	269	764	2	59,0	29,3	43,5
2009	493	221	714	2	58,3	23,9	40,3
2010	540	236	776	2	62,6	25,0	42,9
2011	556	200	756	3	64,2	21,1	41,7
2012	576	215	791	3	66,4	22,6	43,5
2013	737	261	998	3	84,7	27,3	54,7
2014	868	221	1089	4	99,5	23,1	59,5
2015	1020	280	1300	4	116,7	29,1	70,8
2016	793	212	1005	4	90,5	22,0	54,6
2017	843	216	1059	4	96,1	22,4	57,5
2018	855	204	1059	4	97,5	21,1	57,4
2019	798	244	1042	3	91,0	25,2	56,5
2020	509	121	630	4	58,1	12,5	34,2
2021	632	167	799	4	72,3	17,3	43,4
2022	611	192	803	3	70,2	19,9	43,7
2023	689	240	929	3	79,2	24,8	50,6
2024	649	202	851	3	74,9	21,0	46,5
<b>Total</b>	<b>18158</b>	<b>6859</b>	<b>25017</b>				

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINANW 1984-2006 SINAN NET 2007-2024

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**Tabela 3B - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) e razão HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico.**

Curitiba 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão AIDS/HIV	Taxa de incidência		
	AIDS	HIV	Total		AIDS	HIV	Total
1984	1	1	2	1	0,1	0,1	0,2
1985	1	0	1	-	0,1	0,0	0,1
1986	11	0	11	-	0,9	0,0	0,9
1987	18	3	21	6	1,5	0,2	1,7
1988	40	1	41	40	3,2	0,1	3,3
1989	55	3	58	18	4,4	0,2	4,6
1990	77	0	77	77	6,0	0,0	6,0
1991	138	5	143	23	10,5	0,4	10,9
1992	205	9	214	23	15,3	0,7	15,9
1993	258	7	265	37	18,9	0,5	19,4
1994	274	13	287	21	19,9	0,9	20,9
1995	432	15	447	27	31,2	1,1	32,3
1996	555	10	565	56	37,6	0,7	38,3
1997	675	24	699	28	44,5	1,6	46,1
1998	643	48	691	13	41,5	3,1	44,6
1999	650	21	671	30	41,0	1,3	42,4
2000	681	45	726	14	42,0	2,8	44,8
2001	597	62	659	9	36,3	3,8	40,1
2002	595	116	711	5	35,8	7,0	42,8
2003	606	180	786	3	36,1	10,7	46,8
2004	473	179	652	3	27,9	10,6	38,5
2005	475	133	608	4	27,7	7,8	35,5
2006	503	166	669	3	29,1	9,6	38,7
2007	420	228	648	2	24,1	13,1	37,2
2008	490	274	764	2	27,9	15,6	43,5
2009	453	261	714	2	25,6	14,7	40,3
2010	463	313	776	1	25,6	17,3	42,9
2011	426	330	756	1	23,5	18,2	41,7
2012	409	382	791	1	22,5	21,0	43,5
2013	498	500	998	1	**	27,4	54,7
2014	480	609	1089	1	**	26,2	59,5
2015	524	776	1300	1	**	28,6	70,8
2016	360	645	1005	2	**	19,6	54,6
2017	387	672	1059	2	**	21,0	57,5
2018	347	712	1059	2	**	18,8	57,4
2019	408	634	1042	2	**	22,1	56,5
2020	259	371	630	1	**	14,0	34,2
2021	320	479	799	2	**	17,4	43,4
2022	254	549	803	2	**	13,8	43,7
2023	261	668	929	3	**	14,2	50,6
2024	255	596	851	2	**	13,9	46,5
<b>Total</b>	<b>14977</b>	<b>10040</b>	<b>25017</b>				

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINANW 1984-2006 SINAN NET 2007-2024

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

\*\* INVERSÃO DA RAZÃO

**Tabela 3C - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) SEXO MASCULINO e razão HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico.**  
Curitiba 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão AIDS/HIV	Taxa de incidência			
	AIDS	HIV	Total		AIDS	HIV	Total	
<b>1984</b>	1	1	2	1	0,2	0,2	0,4	
<b>1985</b>	1	0	1	-	0,2	0,0	0,2	
<b>1986</b>	10	0	10	-	1,8	0,0	1,8	
<b>1987</b>	14	3	17	5	2,4	0,5	2,9	
<b>1988</b>	35	1	36	35	5,9	0,2	6,1	
<b>1989</b>	45	3	48	15	7,4	0,5	7,9	
<b>1990</b>	59	0	59	-	9,6	0,0	9,6	
<b>1991</b>	118	5	123	20	18,7	0,8	19,5	
<b>1992</b>	164	4	168	41	25,5	0,6	26,1	
<b>1993</b>	212	6	218	35	32,5	0,9	33,4	
<b>1994</b>	225	5	230	45	34,2	0,8	35,0	
<b>1995</b>	313	9	322	35	47,2	1,4	48,6	
<b>1996</b>	414	8	422	52	58,4	1,1	59,5	
<b>1997</b>	489	15	504	33	67,1	2,1	69,2	
<b>1998</b>	454	32	486	13	60,9	4,3	65,2	
<b>1999</b>	397	14	411	26	52,1	1,8	54,0	
<b>2000</b>	444	31	475	13	57,1	4,0	61,1	
<b>2001</b>	378	33	411	11	48,0	4,2	52,2	
<b>2002</b>	366	61	427	6	46,0	7,7	53,6	
<b>2003</b>	384	100	484	4	47,8	12,4	60,2	
<b>2004</b>	318	94	412	3	39,2	11,6	50,8	
<b>2005</b>	309	79	388	4	37,7	9,6	47,4	
<b>2006</b>	325	96	421	3	39,3	11,6	51,0	
<b>2007</b>	276	143	419	2	33,1	17,2	50,3	
<b>2008</b>	325	170	495	2	38,7	20,2	59,0	
<b>2009</b>	309	184	493	2	36,5	21,7	58,3	
<b>2010</b>	318	222	540	1	36,8	25,7	62,6	
<b>2011</b>	317	239	556	1	36,6	27,6	64,2	
<b>2012</b>	289	287	576	1	33,3	33,1	66,4	
<b>2013</b>	356	381	737	1	**	40,9	43,8	84,7
<b>2014</b>	367	501	868	1	**	42,1	57,4	99,5
<b>2015</b>	382	638	1020	2	**	43,7	73,0	116,7
<b>2016</b>	268	525	793	2	**	30,6	59,9	90,5
<b>2017</b>	294	549	843	2	**	33,5	62,6	96,1
<b>2018</b>	276	579	855	2	**	31,5	66,0	97,5
<b>2019</b>	307	491	798	2	**	35,0	56,0	91,0
<b>2020</b>	201	308	509	2	**	22,9	35,1	58,1
<b>2021</b>	247	385	632	2	**	28,3	44,1	72,3
<b>2022</b>	186	425	611	2	**	21,4	48,8	70,2
<b>2023</b>	193	496	689	3	**	22,2	57,0	79,2
<b>2024</b>	204	445	649	2	**	23,6	51,4	74,9
<b>Total</b>	<b>10590</b>	<b>7568</b>	<b>18158</b>					

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINANW 1984-2006 SINAN NET 2007-2024

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

\*\* INVERSÃO DA RAZÃO

**Tabela 3D - Casos de infecção pelo HIV e AIDS notificados no SINAN, número e taxa de detecção (por 100.000 hab) SEXO FEMININO e razão HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico.**  
Curitiba 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão AIDS/HIV	Taxa de incidência		
	AIDS	HIV	Total		AIDS	HIV	Total
1984	0	0	0	-	0,0	0,0	0,0
1985	0	0	0	-	0,0	0,0	0,0
1986	1	0	1	-	0,2	0,0	0,2
1987	4	0	4	-	0,6	0,0	0,6
1988	5	0	5	-	0,8	0,0	0,8
1989	10	0	10	-	1,5	0,0	1,5
1990	18	0	18	18	2,7	0,0	2,7
1991	20	0	20	-	2,9	0,0	2,9
1992	41	5	46	9	5,9	0,7	6,6
1993	46	1	47	46	6,5	0,1	6,6
1994	49	8	57	6	6,8	1,1	8,0
1995	119	6	125	17	16,5	0,8	17,3
1996	141	2	143	71	18,4	0,3	18,7
1997	186	9	195	21	23,6	1,1	24,8
1998	189	16	205	11	23,5	2,0	25,5
1999	253	7	260	36	30,7	0,9	31,6
2000	237	14	251	16	28,1	1,7	29,7
2001	219	29	248	8	25,6	3,4	29,0
2002	229	55	284	4	26,4	6,4	32,8
2003	222	80	302	3	25,4	9,1	34,5
2004	155	85	240	2	17,5	9,6	27,1
2005	166	54	220	3	18,6	6,0	24,6
2006	178	70	248	3	19,7	7,8	27,5
2007	144	85	229	2	15,8	9,3	25,2
2008	165	104	269	2	18,0	11,3	29,3
2009	144	77	221	2	15,6	8,3	23,9
2010	145	91	236	2	15,4	9,6	25,0
2011	109	91	200	1	11,5	9,6	21,1
2012	120	95	215	1	12,6	10,0	22,6
2013	142	119	261	1	14,9	12,5	27,3
2014	113	108	221	1	11,8	11,3	23,1
2015	142	138	280	1	14,8	14,4	29,1
2016	92	120	212	1	**	9,5	12,5
2017	93	123	216	1	**	9,6	12,7
2018	71	133	204	2	**	7,3	13,8
2019	101	143	244	1	**	10,4	14,8
2020	58	63	121	1	**	6,0	6,5
2021	73	94	167	1	**	7,5	9,7
2022	68	124	192	2	**	7,0	12,8
2023	68	172	240	3	**	7,0	17,8
2024	51	151	202	3	**	5,3	15,7
<b>Total</b>	<b>4387</b>	<b>2472</b>	<b>6859</b>				<b>21,0</b>

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINANW 1984-2006      SINAN NET 2007-2024

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

\*\* INVERSÃO DA RAZÃO

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025**

**Tabela 4A - Casos de HIV/AIDS notificados no SINAN segundo sexo e faixa etária por ano diagnóstico.**

Curitiba 1984-2024	Ano diagnóstico	Taxa etária												Total													
		1984-1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
< 5 anos	147	23	21	13	11	9	9	8	10	8	5	6	4	5	0	2	0	1	1	2	0	1	0	3	0	291	
5 a 12	23	10	13	11	13	10	3	4	1	4	1	1	4	2	3	2	5	0	1	2	1	0	0	1	0	115	
13 a 19	112	23	23	24	21	15	9	22	18	20	14	30	27	34	38	50	50	47	32	39	33	22	19	25	26	24	797
20 a 29	1315	216	186	201	152	146	148	169	220	232	220	260	265	327	419	509	369	408	412	320	320	303	310	299	310	2860	
30 a 39	1639	273	256	301	241	203	232	211	236	199	264	223	227	323	317	347	301	302	284	165	207	190	265	234	234	8907	
40 a 49	626	133	108	133	165	149	154	159	167	171	155	144	170	190	215	161	185	157	159	107	127	139	164	163	163	4526	
50 e mais	227	36	42	49	57	69	74	72	64	66	81	95	123	88	87	91	93	108	84	87	91	93	108	94	87	88	235
Total	4192	726	659	711	786	652	608	669	648	764	714	776	756	791	998	1089	1300	1005	1059	1042	799	893	930	930	851	25017	

卷之三

CONTENTS

# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

Tabela 4B - Taxa de detecção (por 100.000 hab) de casos de HIV/AIDS notificados no SINAN segundo sexo e faixa etária por ano diagnóstico.

	Curitiba																								
Ano Diagnóstico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Faixa Etária</b>																									
< 5 anos	17,9	16,0	9,8	8,1	6,6	5,5	8,2	6,9	4,5	5,2	3,5	4,4	0,0	1,8	0,0	0,9	0,9	1,9	0,0	1,0	0,0	3,4	0,0	0,0	
5 a 12	4,7	6,0	5,0	5,8	4,4	1,3	1,7	0,4	1,8	0,4	1,6	0,8	1,2	0,8	2,1	0,0	0,4	0,9	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
13 a 19	11,1	10,8	11,1	9,6	6,7	3,9	9,4	8,5	9,5	6,6	21,0	19,1	24,2	27,3	36,2	34,9	24,2	30,1	26,1	17,8	15,7	21,2	22,4	21,1	21,1
20 a 29	71,4	60,2	64,1	63,1	47,0	43,6	43,4	49,1	64,5	68,2	65,8	79,3	82,3	103,4	134,6	166,2	122,4	137,3	138,9	141,3	83,1	111,3	106,6	110,2	108,4
30 a 39	102,7	94,4	96,6	107,6	84,8	69,0	77,5	69,5	76,3	62,7	87,4	73,0	73,7	104,2	101,7	111,0	96,2	97,0	97,7	93,5	55,3	70,6	65,8	92,7	83,2
40 a 49	63,9	50,8	61,6	75,2	66,9	66,8	67,8	60,5	64,5	64,9	59,7	55,1	64,7	72,1	64,4	81,4	60,8	69,6	58,5	39,0	45,9	49,7	58,3	57,8	57,8
50 a 59	28,0	32,0	36,8	42,1	41,5	48,5	51,1	36,0	39,9	37,5	32,3	35,3	31,6	39,4	43,6	55,5	39,1	38,1	40,7	24,7	38,6	39,3	45,6	35,4	35,4
60 e mais	9,0	7,3	10,1	12,1	13,3	10,1	14,6	10,7	19,1	10,4	17,9	10,5	10,1	14,5	14,3	19,8	15,1	16,0	19,2	12,2	10,9	16,2	16,3	13,7	13,7
<b>Total</b>	<b>45,7</b>	<b>40,7</b>	<b>43,2</b>	<b>47,0</b>	<b>38,4</b>	<b>34,6</b>	<b>37,4</b>	<b>35,6</b>	<b>41,8</b>	<b>38,6</b>	<b>42,9</b>	<b>41,7</b>	<b>43,5</b>	<b>54,7</b>	<b>59,5</b>	<b>70,8</b>	<b>54,6</b>	<b>57,5</b>	<b>57,4</b>	<b>56,5</b>	<b>34,2</b>	<b>43,4</b>	<b>43,7</b>	<b>50,6</b>	<b>46,5</b>

	Curitiba																								
Ano Diagnóstico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Faixa Etária</b>																									
< 5 anos	21,4	16,4	7,4	4,3	5,7	4,1	4,1	9,7	10,1	5,3	3,4	3,5	7,0	0,0	3,5	0,0	0,0	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0
5 a 12	2,8	7,3	6,3	2,6	4,3	0,8	0,8	0,0	1,8	0,9	0,0	2,3	0,0	0,8	0,8	0,8	0,0	2,5	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
13 a 19	7,7	12,3	6,5	11,0	2,7	3,5	4,3	8,4	6,6	8,4	22,4	24,0	37,0	38,6	56,1	65,3	57,3	34,4	48,9	42,2	28,9	24,6	31,9	32,4	36,6
20 a 29	87,9	66,9	71,7	66,1	57,5	54,9	51,6	57,6	87,0	98,8	101,9	129,2	136,4	217,5	231,5	296,8	218,3	248,1	251,3	243,3	145,6	195,9	181,1	184,5	182,9
30 a 39	152,9	124,2	135,3	155,0	124,4	98,0	110,4	98,7	104,7	90,1	133,6	109,2	108,2	157,5	167,8	179,6	154,2	165,3	166,1	140,5	90,6	113,6	100,3	151,0	137,5
40 a 49	97,8	81,5	78,3	106,7	87,5	94,9	100,6	92,9	94,2	98,8	86,1	84,6	92,1	110,3	101,8	112,0	84,3	102,2	84,6	89,3	64,3	68,3	73,7	80,0	82,0
50 a 59	44,0	51,4	55,6	64,4	57,0	67,3	69,1	48,0	50,4	48,8	39,0	48,9	45,7	49,0	71,5	75,3	61,2	46,7	67,1	58,7	37,5	54,1	52,7	49,7	49,7
60 e mais	12,8	12,6	15,9	15,7	25,7	13,2	22,8	16,7	28,3	14,2	24,3	18,6	13,4	21,4	20,5	34,5	24,5	23,6	24,4	25,9	20,2	19,6	23,7	25,9	15,7
<b>Total</b>	<b>62,4</b>	<b>52,9</b>	<b>54,2</b>	<b>60,4</b>	<b>46,0</b>	<b>50,6</b>	<b>46,0</b>	<b>49,1</b>	<b>48,1</b>	<b>56,6</b>	<b>64,2</b>	<b>66,4</b>	<b>64,2</b>	<b>55,6</b>	<b>56,1</b>	<b>56,1</b>	<b>64,2</b>	<b>54,7</b>	<b>99,5</b>	<b>91,0</b>	<b>58,1</b>	<b>72,3</b>	<b>70,2</b>	<b>79,3</b>	<b>74,9</b>

	Curitiba																								
Ano Diagnóstico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Faixa Etária</b>																									
< 5 anos	14,3	15,6	12,3	12,1	7,4	8,6	7,1	6,7	3,5	3,7	7,1	3,6	1,8	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	2,1	0,0	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 12	6,7	4,7	3,7	9,1	4,5	1,7	2,6	0,9	1,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,7	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
13 a 19	14,3	9,4	15,7	8,2	10,7	4,3	14,4	8,6	12,5	4,8	19,6	14,1	11,4	15,8	16,0	7,4	12,0	13,8	10,9	9,6	6,6	6,7	10,3	12,2	5,3
20 a 29	55,6	53,8	60,2	36,9	32,7	35,6	40,8	42,5	38,0	30,7	29,5	35,7	39,5	37,6	27,7	27,7	27,5	39,7	20,7	26,5	31,7	35,6	33,5	33,5	30,8
30 a 39	57,3	67,4	61,5	64,7	48,9	42,7	47,7	42,1	49,6	36,7	44,2	39,2	41,4	54,3	39,8	46,5	41,6	32,5	32,9	48,8	21,6	29,4	32,6	36,4	30,8
40 a 49	34,8	24,5	47,3	48,3	49,2	42,7	39,6	32,7	38,9	35,5	36,7	40,7	38,4	31,4	54,2	39,9	40,5	35,3	31,4	35,3	28,4	39,0	36,2		
50 a 59	14,4	15,5	20,8	23,2	28,2	32,5	35,8	26,2	31,3	28,3	26,7	24,1	20,0	31,5	20,9	39,3	21,0	31,1	27,6	25,8	14,0	25,6	22,5	39,6	23,3
60 e mais	6,3	3,7	6,1	9,6	4,7	8,0	9,0	6,6	12,8	7,9	13,5	4,9	9,7	7,8	9,7	10,0	9,6	8,6	10,7	10,9	14,6	6,7	11,1	9,7	12,3
<b>Total</b>	<b>30,4</b>	<b>29,4</b>	<b>33,2</b>	<b>34,7</b>	<b>27,2</b>	<b>24,0</b>	<b>26,6</b>	<b>24,2</b>	<b>28,2</b>	<b>22,9</b>	<b>25,0</b>	<b>21,1</b>	<b>22,6</b>	<b>27,3</b>	<b>23,1</b>	<b>29,1</b>	<b>22,4</b>	<b>21,1</b>	<b>25,2</b>	<b>17,3</b>	<b>21,1</b>	<b>22,4</b>	<b>21,1</b>	<b>24,8</b>	<b>21,0</b>

FONTE: SMS/Centra CE/CE

NOTA: SINAN 194-2008

SINAN NET 2007-2024

Dados Preliminares sujeitos a revisão 01/02/2025

# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

Tabela 5A - Número de casos de infecção pelo HIV/AIDS notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico.

Curitiba 1984-2024

Categoria de exposição			1984-2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
			Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
<b>Sexual</b>																					
Homossexual	1486	108	146	177	216	229	272	347	401	511	395	446	399	432	264	356	280	298	299	7062	
Bisexual	719	30	44	31	46	44	48	53	50	50	50	48	50	50	23	38	32	36	36	1485	
Heterossexual	3845	334	385	334	339	343	317	414	404	481	376	389	409	407	213	241	298	346	346	1084	
<b>U DI</b>																					
Hemofílico	1305	52	44	35	49	34	31	40	32	44	38	21	22	21	20	28	11	15	10	1052	
Transfusão	23	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
Acidente mat. biológico	24	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
Acidente mat. biológico	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	
<b>Transmissão Vertical</b>																					
Ignorado	297	10	11	9	5	7	7	116	147	188	190	10	1	3	4	1	2	1	4	390	
Total	1304	114	132	128	120	99	756	791	998	1089	1300	1005	1059	1042	630	131	108	134	181	230	196
<b>Total</b>	<b>9004</b>	<b>648</b>	<b>764</b>	<b>714</b>	<b>709</b>	<b>791</b>	<b>998</b>	<b>1089</b>	<b>1300</b>	<b>1005</b>	<b>1059</b>	<b>1042</b>	<b>630</b>	<b>799</b>	<b>803</b>	<b>929</b>	<b>803</b>	<b>929</b>	<b>851</b>	<b>25017</b>	

Categoria de exposição			1984-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
			Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
<b>Masculino</b>																					
Homossexual	1486	108	146	177	216	229	272	347	401	511	395	446	399	432	264	356	280	298	299	7062	
Bisexual	707	28	42	30	42	44	42	51	59	49	42	48	46	46	22	35	27	25	34	1415	
Heterossexual	1725	144	155	151	147	170	138	192	216	246	189	203	224	190	117	100	141	151	144	4143	
<b>U DI</b>																					
Hemofílico	982	38	36	27	32	24	24	26	24	32	30	14	17	12	12	17	7	13	8	1375	
Transfusão	23	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
Acidente mat. biológico	17	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	
Acidente mat. biológico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Transmissão Vertical	141	7	8	3	2	4	5	2	8	9	1	2	3	1	1	2	0	0	4	0	
Ignorado	994	94	106	105	100	87	93	127	167	163	129	135	164	117	93	122	156	198	164	3314	
Total	6075	419	495	493	540	556	576	737	868	1020	793	843	855	798	599	632	611	689	649	18558	
<b>Feminino</b>																					
Categoria de exposição			1984-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
			Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
<b>Sexual</b>																					
Bisexual	12	2	2	1	4	2	4	1	2	5	1	6	2	4	1	3	5	11	2	70	
Heterossexual	2120	190	230	183	192	173	179	222	188	235	187	186	185	217	96	141	157	195	165	541	
<b>U DI</b>																					
Transfusão	323	14	8	8	17	10	7	14	8	12	8	7	5	9	8	11	4	2	2	477	
Acidente mat. biológico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
Transmissão Vertical	156	3	3	6	3	2	3	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	187	
Ignorado	310	20	26	23	20	12	23	20	21	27	16	11	14	15	12	25	32	32	675	659	
Total	2929	229	269	221	236	200	215	261	221	280	212	204	244	121	167	192	240	202	202	659	

Fonte: SINAN  
Nº: ATRIBUÍDOS SINAN  
\*USO

Percentual de casos de infecção pelo HIV/AIDS notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico.

MOJA SINAN SINAN NEI 2011-2021

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025**

**Tabela 6 - Casos de infecção HIV/AIDS notificados no SINAN (número e percentual), segundo escolaridade por ano de diagnóstico.**

Tabela 6 - Casos de

Ano Diagnóstico	Masculino		Feminino																	
	Nº	%	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ano			Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
Brancos			393.6	204	411.2	181	366.7	203	376.6	197	354.4	173	300.0	225	271.1	274	221	279	246	244
Alfabeteado / 4ª série			28	6,7	21	4,2	23	4,7	25	4,6	25	4,5	27	4,7	34	4,6	31	3,6	47	3,9
8ª série completa			78	18,6	78	15,8	77	15,6	83	15,4	81	14,6	86	14,9	116	15,7	135	15,6	163	15,3
mínimo médio			89	21,2	95	19,2	113	22,9	112	20,7	116	20,9	132	22,9	183	24,8	217	25,0	280	24,3
educação superior			52	12,4	91	18,4	96	19,5	115	21,3	135	24,3	154	26,7	178	24,2	248	25,6	251	24,6
educação se aplica			6	1,4	6	1,2	3	0,6	2	0,4	4	0,2	1	0,1	2	0,4	1	0,1	0	0,0
total			419	100,0	495	100,0	540	100,0	556	100,0	576	100,0	737	100,0	843	100,0	945	100,0	1000	100,0

WELL-DEFINED TESTS

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025**

**Abelha 7- Casos de infecção HIV/AIDS notificados no SINAN (número e percentual), segundo raça por ano de diagnóstico.**

卷之三

Últimos 10 Anos - Diagnóstico																		
2024		2023		2022		2021		2020		2019		2018		2017		2016		
Ano Diagnóstico		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		
País	Nº	%	Nº	%	Nº	%												
Brasil	55	8,5	83	10,9	79	11,1	96	12,4	77	10,2	69	8,7	86	8,6	86	7,9	98	7,5
Brasília	504	78,0	581	76,0	558	75,4	573	74,4	577	75,8	605	76,5	774	73,6	835	76,7	922	76,3
Preta	19	2,9	30	3,9	28	3,9	27	3,5	31	4,1	44	5,6	31	3,1	53	4,9	61	4,7
Amarela	1	0,2	5	0,7	7	1,0	5	0,6	6	0,8	11	1,4	11	1,1	16	1,5	17	1,3
Ásia	66	10,2	64	8,4	62	8,7	69	8,9	68	9,0	61	7,7	95	9,5	98	9,0	132	12,3
Indígena	1	0,2	1	0,1	0	0,0	2	0,3	1	0,1	1	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0
Total	646	100,0	764	100,0	714	100,0	776	100,0	756	100,0	791	100,0	998	100,0	1089	100,0	1300	100,0

卷之三

**Tabela 8A- Óbitos por HIV/AIDS, notificados no SIM (número e coeficiente de mortalidade por 100.000 hab) e razão de sexo, segundo ano de óbito.  
Curitiba, 1985-2024**

Ano do óbito	Número de óbitos			Razão M:F	Coeficiente de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1985	2		2	.	0,4	0,0	0,2
1986	2		2	.	0,4	0,0	0,2
1987	8	1	9	8	1,4	0,2	0,7
1988	11	5	16	2	1,9	0,8	1,3
1989	28	2	30	14	4,6	0,3	2,4
1990	41	2	43	21	6,7	0,3	3,3
1991	54	8	62	7	8,6	1,2	4,7
1992	81	11	92	7	12,6	1,6	6,8
1993	92	24	116	4	14,1	3,4	8,5
1994	129	35	164	4	19,6	4,9	11,9
1995	138	44	182	3	20,8	6,1	13,1
1996	161	50	211	3	22,7	6,5	14,3
1997	113	35	148	3	15,5	4,4	9,8
1998	84	25	109	3	11,3	3,1	7,0
1999	108	37	145	3	14,2	4,5	9,2
2000	99	36	135	3	12,7	4,3	8,3
2001	92	43	135	2	11,7	5,0	8,2
2002	118	45	163	3	14,8	5,2	9,8
2003	97	48	145	2	12,1	5,5	8,6
2004	89	41	130	2	11,0	4,6	7,7
2005	72	48	120	2	8,8	5,4	7,0
2006	102	51	153	2	12,3	5,7	8,9
2007	116	37	153	3	13,9	4,1	8,8
2008	99	40	139	2	11,8	4,4	7,9
2009	92	26	118	4	10,9	2,8	6,7
2010	103	40	143	3	11,9	4,2	7,9
2011	90	52	142	2	10,4	5,5	7,8
2012	91	53	144	2	10,5	5,6	7,9
2013	99	54	153	2	11,4	5,7	8,4
2014	106	39	145	3	12,2	4,1	7,9
2015	87	29	116	3	10,0	3,0	6,3
2016	84	44	128	2	9,6	4,6	7,0
2017	79	43	122	2	9,0	4,5	6,6
2018	69	32	101	2	7,9	3,3	5,5
2019	67	33	100	2	7,6	3,4	5,4
2020	65	28	93	2	7,4	2,9	5,0
2021	91	44	135	2	10,4	4,5	7,3
2022	84	41	125	2	9,6	4,2	6,8
2023	76	33	109	2	8,7	3,4	5,9
2024	61	25	86	2	7,0	2,6	4,7
<b>Total</b>	<b>3280</b>	<b>1284</b>	<b>4564</b>				

Fonte:SMS Curitiba CE/CVE

DATASUS-SIM 1996-2025

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025**

**Tabela 8B -Óbitos por HIV/AIDS notificados no SIM segundo sexo e faixa etária por ano de óbito.**

Curitiba 2000 - 2024		Ano Ofício												Ano Eletórico														
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
		Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%	
< 5 anos		3	1	1	1	1	4	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5		
5 a 12		0	0	2	1	0	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2		
13 a 19		1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5		
20 a 29		28	21	27	24	22	15	12	20	8	9	15	22	16	13	14	8	7	4	8	7	7	15	8	6	344	10,6	
30 a 39		55	45	72	49	48	37	46	43	49	29	42	47	37	51	44	25	34	32	25	21	18	22	16	23	927	27,9	
40 a 49		35	41	38	43	34	35	55	51	51	54	49	41	48	46	40	35	34	49	26	32	31	35	21	980	30,3		
50 a 59		10	23	16	21	16	20	29	19	15	22	21	24	29	25	29	31	26	26	18	20	35	33	27	24	588	18,2	
60 e mais		3	2	6	4	6	5	9	7	11	11	14	11	18	13	20	19	21	17	36	29	26	17	353	10,9			
ignorado		0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,1		
Total		135	135	163	145	130	120	153	153	139	118	143	142	144	153	145	116	128	122	101	100	93	135	125	109	86	3233	100,0

Ente SMS Curitiba CE/CYE

הנִזְקָנָה וְהַלְבָדָה

JOURNAL OF ASIAN STUDIES

# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

Tabela 8C - Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) de casos de HIV/AIDS notificados no SIM segundo sexo e faixa etária por ano de óbito.

Curitiba 2000-2024

Ano Óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Faixa Etária</b>																									
<b>&lt;5 anos</b>																									
<5 a 12	2,3	0,8	0,8	0,7	0,7	2,8	0,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 12	0,0	0,0	0,9	0,4	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13 a 19	0,5	0,9	0,5	0,4	0,4	0,9	0,4	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
20 a 29	9,3	6,8	8,6	7,5	6,8	4,5	3,5	5,8	2,3	2,6	4,6	6,7	4,9	4,1	4,4	2,6	2,6	2,3	2,7	2,4	2,4	5,3	2,8	2,2	2,2
30 a 39	20,7	16,6	26,1	17,5	16,9	12,6	15,4	14,2	15,8	9,1	14,3	15,9	12,4	16,1	13,6	7,6	10,7	10,0	7,9	6,6	6,0	7,5	5,5	8,0	6,0
40 a 49	16,8	19,3	17,6	19,6	15,3	15,2	23,4	19,9	19,7	20,5	19,4	16,1	18,7	17,6	15,4	13,5	12,6	17,8	9,3	11,3	12,6	11,1	8,9	7,4	10,1
50 a 59	7,8	17,5	12,0	15,5	11,6	14,0	20,0	16,1	10,2	7,8	11,4	10,8	12,2	13,7	11,5	13,0	13,7	11,3	11,1	7,5	8,5	14,8	14,0	11,4	10,1
60 e mais	2,2	1,5	4,3	2,8	4,2	3,4	6,0	3,9	6,0	5,7	7,1	5,5	9,0	5,8	8,5	7,7	7,9	2,5	6,9	5,6	11,5	9,0	7,8	5,0	5,0
<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>8,3</b>	<b>9,9</b>	<b>8,7</b>	<b>7,7</b>	<b>6,8</b>	<b>8,6</b>	<b>8,4</b>	<b>7,6</b>	<b>6,4</b>	<b>8,2</b>	<b>8,0</b>	<b>8,1</b>	<b>8,3</b>	<b>7,8</b>	<b>6,2</b>	<b>6,8</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>7,3</b>	<b>6,8</b>	<b>5,9</b>	<b>4,7</b>

Masculino

Ano Óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Faixa Etária</b>																									
<b>&lt;5 anos</b>																									
<5 a 12	1,5	1,5	1,4	0,0	1,4	0,0	1,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 12	0,0	0,0	1,8	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13 a 19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 29	10,8	5,3	15,7	8,3	9,5	5,5	5,4	8,2	3,0	4,1	4,4	6,8	4,9	5,0	5,7	3,8	4,0	4,0	1,3	3,3	4,1	2,8	5,6	5,7	2,9
30 a 39	34,9	24,1	37,5	26,3	21,5	19,3	18,3	21,8	21,3	14,3	21,9	23,2	16,0	22,5	20,8	12,3	16,2	14,3	10,4	9,8	7,5	11,8	7,1	12,8	10,1
40 a 49	26,0	32,6	27,1	26,7	24,3	17,8	35,1	32,9	33,3	35,1	28,9	21,9	28,5	23,5	24,3	17,3	23,1	15,7	23,1	15,2	16,5	18,6	17,6	12,1	12,0
50 a 59	16,9	31,5	16,3	25,7	20,6	22,9	30,1	27,9	15,6	10,4	20,7	17,1	17,0	19,8	23,9	22,7	15,5	18,0	13,1	13,1	24,3	24,2	17,6	14,7	
60 e mais	5,5	1,8	8,8	5,2	8,6	3,3	11,4	8,4	12,1	14,2	14,8	6,1	13,4	7,6	15,6	14,9	9,2	4,4	10,1	8,9	8,1	16,5	13,0	11,1	7,2
<b>Total</b>	<b>13,0</b>	<b>11,8</b>	<b>15,0</b>	<b>12,1</b>	<b>10,9</b>	<b>8,5</b>	<b>11,9</b>	<b>13,2</b>	<b>11,3</b>	<b>10,4</b>	<b>12,3</b>	<b>10,7</b>	<b>10,7</b>	<b>11,1</b>	<b>11,8</b>	<b>9,6</b>	<b>9,4</b>	<b>8,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,3</b>	<b>7,4</b>	<b>10,4</b>	<b>9,6</b>	<b>8,7</b>	<b>7,0</b>

Feminino

Ano Óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Faixa Etária</b>																									
<b>&lt;5 anos</b>																									
<5 a 12	3,2	0,0	0,0	0,0	1,5	5,7	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13 a 19	1,0	1,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 29	7,8	8,2	1,9	6,8	4,2	3,5	1,7	3,5	1,7	1,2	4,9	6,6	4,8	3,2	3,2	1,3	0,7	1,3	0,7	2,0	0,7	2,1	4,9	0,0	1,5
30 a 39	7,9	9,8	15,9	9,5	12,7	6,5	12,7	7,0	10,7	4,3	7,2	9,2	9,1	9,9	6,6	5,5	6,1	5,5	3,7	4,6	3,3	4,1	3,4	2,1	
40 a 49	8,9	7,9	13,6	7,5	12,9	13,5	8,7	7,9	7,8	11,1	11,0	10,2	12,4	7,3	9,6	9,8	13,1	4,1	6,7	4,8	8,2	6,1	3,4	6,1	
50 a 59	0,0	5,6	8,3	6,8	4,0	6,5	11,5	5,9	5,7	3,8	5,6	8,3	8,6	4,5	5,0	4,1	5,4	7,9	5,4	3,1	4,7	7,0	5,4	6,2	6,2
60 e mais	0,0	1,2	1,2	1,2	1,2	3,4	2,2	0,9	1,8	0,0	1,7	5,1	5,9	4,5	3,6	2,7	7,0	1,2	4,6	5,5	3,9	8,1	6,3	5,6	3,4
<b>Total</b>	<b>4,4</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>	<b>4,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,5</b>	<b>4,0</b>	<b>4,2</b>	<b>2,7</b>	<b>4,4</b>	<b>5,6</b>	<b>5,7</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>2,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>	<b>3,4</b>	<b>2,6</b>	

Fonte: SMS/CeC/CEC/CE

DATASUS-SIM 1996-2025

\*Dados preliminares sujeitos à revisão 01/10/2025

**Tabela 9 - Número de casos de infecção pelo HIV/AIDS, número de óbitos e número de pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo ano de diagnóstico e ano de óbito.**

Curitiba 1984-2024

Ano de diagnóstico	Número de casos HIV/aids			Número de óbitos			Pessoas vivendo com HIV/aids		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
1984	2	0	2				2	0	2
1985	1	0	1		2	2	1	0	1
1986	10	1	11		2	2	9	1	10
1987	17	4	21	8	1	9	18	4	22
1988	36	5	41	11	5	16	43	4	47
1989	48	10	58	28	2	30	63	12	75
1990	59	18	77	41	2	43	81	28	109
1991	123	20	143	54	8	62	150	40	190
1992	168	46	214	81	11	92	237	75	312
1993	218	47	265	92	24	116	363	98	461
1994	230	57	287	129	35	164	464	120	584
1995	322	125	447	138	44	182	648	201	849
1996	422	143	565	161	50	211	909	294	1203
1997	504	195	699	113	35	148	1300	454	1754
1998	486	205	691	84	25	109	1702	634	2336
1999	411	260	671	108	37	145	2005	857	2862
2000	475	251	726	99	36	135	2381	1072	3453
2001	411	248	659	92	43	135	2700	1277	3977
2002	427	284	711	118	45	163	3009	1516	4525
2003	484	302	786	97	48	145	3396	1770	5166
2004	412	240	652	89	41	130	3719	1969	5688
2005	388	220	608	72	48	120	4035	2141	6176
2006	421	248	669	102	51	153	4354	2338	6692
2007	419	229	648	116	37	153	4657	2530	7187
2008	495	269	764	99	40	139	5053	2759	7812
2009	493	221	714	92	26	118	5454	2954	8408
2010	540	236	776	103	40	143	5891	3150	9041
2011	556	200	756	90	52	142	6357	3298	9655
2012	576	215	791	91	53	144	6842	3460	10302
2013	737	261	998	99	54	153	7480	3667	11147
2014	868	221	1089	106	39	145	8242	3849	12091
2015	1020	280	1300	87	29	116	9175	4100	13275
2016	793	212	1005	84	44	128	9884	4268	14152
2017	843	216	1059	79	43	122	10648	4441	15089
2018	855	204	1059	69	32	101	11434	4613	16047
2019	798	244	1042	67	33	100	12165	4824	16989
2020	509	121	630	65	28	93	12609	4917	17526
2021	632	167	799	91	44	135	13150	5040	18190
2022	611	192	803	84	41	125	13677	5191	18868
2023	689	240	929	76	33	109	14290	5398	19688
2024	649	202	851	61	25	86	<b>14878</b>	<b>5575</b>	<b>20453</b>
<b>Total</b>	<b>18158</b>	<b>6859</b>	<b>25017</b>	<b>3280</b>	<b>1284</b>	<b>4564</b>			

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: SINAN 1984-2006 SINAN NET 2007-2024

DATASUS-SIM 1996-2025

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025**

distrito de São Paulo, Brasil, entre 2013 e 2020.

Ano de diagnóstico		2013												2023																	
		2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	distrito	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Cidade Industrial de Curitiba	Barreiro Novo	48	4,9	62	5,8	102	7,9	67	6,8	75	7,2	82	7,9	7,9	7,8	7,9	7,9	7,8	7,5	7,5	6,1	6,9	6,1	6,9	58	7,1					
	Caixa Vista	134	13,6	134	12,6	185	14,4	114	11,5	138	13,3	130	12,6	119	11,7	75	12,7	69	9,7	70	9,5	119	13,5	83	10,2	83	10,2				
	Coqueirão	79	8,0	96	9,0	120	9,3	98	9,9	94	9,0	90	8,7	99	9,8	54	9,2	58	8,7	84	9,4	74	8,4	96	11,8	96	11,6				
	Cajuru	121	12,3	108	10,2	117	9,1	114	11,5	123	11,8	102	9,9	130	12,8	62	10,5	94	13,3	95	12,9	102	11,6	94	11,6	94	11,6				
	Matriz	93	9,4	87	8,2	99	9,0	96	9,6	101	9,2	95	9,4	88	8,7	52	9,4	67	9,4	69	9,3	97	11,0	80	9,9	80	9,9				
	Pineirinho	228	23,1	268	25,2	294	22,9	219	22,1	241	23,2	257	24,9	230	22,7	137	23,3	197	27,8	164	22,2	156	17,7	166	20,4	166	20,4				
	Portão	91	9,2	97	9,1	120	9,3	87	8,8	57	5,5	83	8,0	74	7,3	51	8,7	37	5,2	57	7,7	81	9,2	77	9,5	77	9,5				
	Santa Felicidade	116	11,8	130	12,2	150	11,7	93	9,4	104	10,0	79	7,7	82	8,1	45	7,6	66	7,5	49	6,5	69	7,4	69	6,0	69	6,0				
	atualizada*	3	0,3	7	0,7	75	7,0	89	6,9	67	6,8	73	7,0	67	6,5	63	6,2	34	5,8	48	6,8	55	7,5	68	7,7	68	7,7				
	total	97	100,0	105	100,0	126	100,0	99	100,0	101	100,0	100	100,0	100	100,0	103	100,0	99	100,0	100	100,0	50	5,7	49	6,0	49	6,0				

Festas Juninas		Ano de diagnóstico																							
		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caiáro Novo		29	4,0	45	5,3	68	6,7	52	6,4	53	6,9	57	7,3	32	6,8	32	5,7	37	6,7	42	6,4	37	6,0		
Caixa Vista		100	13,7	105	12,4	145	14,4	84	10,8	97	11,7	100	12,0	95	12,2	58	10,3	49	8,8	88	13,4	59	9,6		
Coqueirão		64	8,8	65	7,7	95	9,4	81	10,4	72	8,7	72	8,7	43	9,1	45	8,0	67	12,1	51	7,8	72	11,7		
Aljuru		82	11,3	76	9,0	97	9,6	93	12,0	92	11,1	84	10,1	91	11,7	42	8,9	70	12,4	66	11,9	75	11,5	66	10,7
Cidade Industrial de Curitiba		62	8,5	69	8,1	72	7,1	56	7,2	63	7,6	70	8,4	60	7,7	40	8,4	40	7,1	52	9,4	62	9,5	63	10,2
Matriz		200	27,5	247	29,1	257	25,5	193	24,8	219	25,5	238	28,7	207	26,7	125	26,4	176	31,2	136	24,5	141	21,5	146	23,7
Piccheirinho		55	7,6	73	8,6	83	8,2	68	8,7	47	5,7	66	8,0	53	6,8	42	8,9	33	5,9	47	8,5	62	9,5	59	9,6
Portão		84	11,5	103	12,1	119	11,8	78	10,8	89	10,8	67	8,1	60	7,7	35	7,4	52	9,2	35	6,3	49	7,5	43	7,0
Santa Felicidade		50	6,9	60	7,1	65	6,4	45	5,8	64	7,7	55	6,6	49	6,3	29	6,1	41	7,3	38	6,8	52	7,9	37	6,0
Parauará*		2	0,3	5	0,6	7	0,7	28	3,6	30	3,6	21	2,5	32	4,1	28	5,9	17	3,0	29	5,2	33	5,0	35	5,7
Total		728	100,0	848	100,0	1098	100,0	1000	100,0	778	100,0	826	100,0	776	100,0	474	100,0	564	100,0	556	100,0	655	100,0	617	100,0

Sexo	Ano	Evolução da taxa de mortalidade infantil (0-11 meses) - Tendência											
		2013				2014				2015			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	2013	19	7,3	17	7,9	34	12,2	15	7,1	22	10,2	25	12,4
Masculino	2014	34	13,1	29	13,4	40	14,4	30	14,2	41	19,1	30	14,9
Masculino	2015	15	5,8	25	9,0	17	8,1	22	10,2	18	8,9	27	11,4
Feminino	2013	39	15,1	32	14,8	20	7,2	21	10,0	31	14,4	18	8,9
Feminino	2014	31	12,0	18	8,3	27	9,7	33	15,6	33	15,3	31	15,3
Feminino	2015	28	10,8	21	9,7	37	13,3	26	10,2	19	9,4	23	9,7
Total	2013	56	13,9	41	11,1	57	13,3	49	10	47	17	8,4	21
Total	2014	52	12,4	37	11,2	51	15	45	7,0	42	12	5,9	22
Total	2015	24	9,3	15	6,9	24	8,6	22	10,4	9	4,2	12	5,9
Total	2016	1	0,4	2	0,9	3	1,1	13	6,2	10	4,7	20	9,9
Total	2017	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2018	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2019	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2020	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2021	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2022	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2023	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0
Total	2024	259	100,0	216	100,0	278	100,0	211	100,0	215	100,0	202	100,0

CONTINUOUS SURVEILLANCE  
SYSTEMS 9/11

**BOLETÍM EPIDEMIOLÓGICO 2025**

**Tabela 11 - Casos de infecção HIV, AIDS e proporção de casos de AIDS/HIV por Distrito Sanitário de residência.**

Curitiba, 2013-2024																																				
Ano diagnóstico		2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023				
Distrito		Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids	Aids	HIV	% Aids					
Bairro Novo	27	21	56,3	31	50,0	53	49	52,0	22	45	32,8	25	50	33,3	28	54	34,1	29	50	36,7	20	24	25,5	27	16	62,8	15	40	27,3	13	48	21,3	15	43	25,9	
Baixa Vista	67	67	56,0	61	73	45,5	79	106	42,7	49	65	43,0	55	83	39,9	45	85	34,6	53	66	44,5	36	39	48,0	35	34	50,7	28	42	40,0	45	73	38,1	21	62	25,3
Boqueirão	47	32	59,5	47	49	49,0	54	66	45,0	43	55	43,9	42	52	44,7	33	57	36,7	36	63	36,4	26	28	48,1	29	29	50,0	39	45	46,4	22	52	29,7	38	58	39,6
Cajuru	56	65	46,3	49	59	45,4	53	64	45,3	46	68	40,4	35	88	28,5	38	64	37,3	51	79	39,2	21	41	33,9	33	61	35,1	24	71	25,3	18	84	17,6	22	72	23,4
CIC	48	45	51,6	47	40	54,0	49	50	49,5	27	62	30,3	43	53	44,8	29	72	28,7	40	55	42,1	24	28	46,2	28	39	41,8	14	55	20,3	21	76	21,6	17	63	21,3
Matriz	95	133	41,7	88	180	32,8	79	215	26,9	62	157	28,3	65	176	27,0	65	192	25,3	76	154	33,0	42	95	30,7	70	127	35,5	44	120	26,8	45	111	28,8	49	117	29,5
Pinheirinho	47	44	51,6	48	49	49,5	46	74	38,3	28	59	32,2	14	43	24,6	29	54	34,9	34	40	45,9	31	20	60,8	14	23	37,8	21	36	36,8	36	45	44,4	27	50	35,1
Portão	62	54	53,4	60	70	46,2	64	86	42,7	37	56	39,8	52	52	50,0	29	50	36,7	29	53	35,4	14	31	31,1	21	45	31,8	15	34	30,6	23	52	34,7	21	39	35,0
Santa Felicidade	40	34	54,1	34	41	45,3	38	51	42,7	20	47	29,9	26	47	35,6	21	46	31,3	29	34	46,0	17	17	50,0	20	28	41,7	22	33	40,0	15	53	22,1	19	30	38,8
Tatuiquara**	3	0	100,0	3	4	42,9	2	8	20,0	18	23	43,9	20	20	50,0	19	22	46,3	19	23	45,2	16	19	45,7	16	14	53,3	11	29	27,5	8	42	16,0	15	34	30,6
Total	492	495	49,8	468	595	44,0	517	769	40,7	352	637	35,6	377	664	36,2	336	656	32,6	396	617	39,1	247	342	41,9	293	505	31,6	246	636	27,9	244	568	30,0			

Dokos polir-firuzeh saljeban zrada 15/10/2020

# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

Tabela 12 - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e percentual) segundo faixa etária por ano do diagnóstico. Curitiba 2015 a 2024.

Faixa Etária	2015	%	nº	%	2016	%	nº	%	2017	%	nº	%	2018	%	nº	%	2019	%	nº	%	2020	%	nº	%	2021	%	nº	%	2022	%	nº	%	2023	%	nº	%	2024	%
10 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7						
15 a 19 anos	8	8,9	11	13,8	4	4,2	3	3,4	4	5,1	7	9,9	5	6,9	4	6,7	7	9,5	1	1,7																		
20 a 29 anos	38	42,2	37	46,3	44	46,3	41	46,1	39	50,0	29	40,9	27	37,5	32	53,3	24	32,4	24	41,4																		
30 a 39 anos	43	47,8	29	36,3	39	41,1	42	47,2	32	41,0	26	36,6	32	44,4	22	36,7	35	47,3	28	48,3																		
40 ou mais	1	1,1	3	3,8	8	8,4	2	2,3	3	3,9	9	12,7	8	11,1	2	3,3	8	10,8	4	6,9																		
Total	90	100,0	80	100,0	95	100,0	89	100,0	78	100,0	71	100,0	72	100,0	60	100,0	74	100,0	58	100,0																		

Tabela 13 - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e percentual) segundo escolaridade por ano do diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024.

Escolar Sinan NET	2015	%	nº	%	2016	%	nº	%	2017	%	nº	%	2018	%	nº	%	2019	%	nº	%	2020	%	nº	%	2021	%	nº	%	2022	%	nº	%	2023	%	nº	%	2024	%
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,7										
1ª a 4ª série incompleta do EF	5	5,6	2	2,5	0	0,0	4	4,7	2	2,4	0	0,0	1	1,4	3	5,6	2	3,3	9	12,2	2	3,4																
4ª série completa do EF	0	0,0	2	2,5	8	8,6	3	3,5	1	1,2	4	5,8	4	5,6	2	3,3	9	12,2	3	5,2																		
5ª a 8ª série incompleta do EF	21	23,3	10	12,5	11	10,8	17	19,8	12	15,5	17	23,2	8	11,1	11	18,3	1	1,4	7	12,1																		
Ensino fundamental completo	15	16,7	12	15	12	11,8	11	11,6	9	10,7	7	10,1	13	18,1	4	6,7	4	5,4	11	19,0																		
Ensino médio incompleto	9	10,0	10	12,5	14	15,1	18	19,8	9	11,9	6	8,7	6	8,3	5	17	3	5,2																				
Ensino médio completo	15	16,7	20	25	24	25,8	17	18,6	16	20,2	13	17,4	17	23,6	20	33,3	19	25,7	16	27,6																		
Educação superior incompleta	1	1,1	3	3,75	2	2,2	3	3,5	6	7,1	6	8,7	0	0,0	0	0,0	1	1,4	4	6,9																		
Educação superior completa	4	4,4	4	5	6	6,5	1	1,2	1	1,2	2	2,9	4	5,6	3	5,0	5	5,6	6	10,3																		
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0																		
Ign/Branco	20	22,2	17	21,25	18	19,4	14	16,3	22	29,8	16	23,2	19	26,4	12	20,0	8	10,8	5	8,6																		
Total	90	100,0	80	100,0	95	100,0	89	100,0	78	100,0	71	100,0	72	100,0	60	100,0	74	100,0	58	100,0																		

Tabela 14 - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e percentual) segundo raça/cor por ano do diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024.

Raça	2015	%	nº	%	2016	%	nº	%	2017	%	nº	%	2018	%	nº	%	2019	%	nº	%	2020	%	nº	%	2021	%	nº	%	2022	%	nº	%	2023	%	nº	%	2024	%
Branca	69	76,7	64	80	71	74,7	66	76,7	58	74,4	55	77,5	56	77,8	44	73,3	54	73,0	49	84,5																		
Preta	9	10,0	4	5	8	8,4	11	12,8	5	6,4	8	11,3	9	12,5	4	6,7	2	2,7	2	3,4																		
Amorela	3	3,3	1	1,3	9	9,5	1	1,2	3	3,8	3	4,2	0	0,0	0	0,0	2	2,7	0	0,0																		
Parda	6	6,7	8	10	3	3,2	6	7,0	10	12,8	4	5,6	5	6,9	6	10,0	16	21,6	7	22,1																		
Indígena	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0																		
Ign/Branco	3	3,3	3	3,75	4	4,2	2	2,3	2	2,6	1	1,4	2	2,8	6	10,0	0	0,0	0	0,0																		
Total	90	100,0	80	100,0	95	100,0	86	100,0	78	100,0	71	100,0	72	100,0	60	100,0	74	100,0	58	100,0																		

Tabela 15 - Casos de gestantes infectadas pelo HIV (número e coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos) segundo distrito de residência por ano do diagnóstico. Curitiba, 2015 a 2024.

Distrito de Residência	2015	%	nº	Coef.	2016	%	nº	Coef.	2017	%	nº	Coef.	2018	%	nº	Coef.	2019	%	nº	Coef.	2020	%	nº	Coef.	2021	%	nº	Coef.	2022	%	nº	Coef.	2023	%	nº	Coef.	2024	%
Bairro Novo	14	5,8	12	5,2	11	5,1	11	5,4	12	7,9	6	3,2	4	5,6	9	15,0	8	10,8	7	12,1																		
Boa Vista	18	5,1	10	3,0	14	4,2	16	5,0	12	5,7	12	4,0	8	11,1	10	16,7	8	10,8	7	12,1																		
Boqueirão	5	1,8	7	2,8	8	3,3	7	2,9	4	1,8	4	2,4	10	13,9	6	11	14,9	9	15,5																			
Cajuru	5	1,7	8	2,9	12	4,6	12	4,6	13	4,3	16	6,4	14	19,4	3	5,0	8	10,8	7	12,1																		
CIC	15	5,4	18	6,5	15	5,7	16	6,1	12	5,1	7	2,5	7	9,7	13	21,7	14	18,9	6	10,3																		
Matriz	7	3,8	2	1,3	6	3,7	6	3,7	4	3,1	7	5,0	5	6,9	4	6,7	3	4,1	3	5,2																		
Pinheirinho	8	2,6	7	3,5	8	3,9	5	2,5	4	2,2	7	3,9	7	9,7	6	10,0	7	9,5	5	8,6																		
Portão	11	3,8	3	1,4	5	2,5	6	3,1	6	3,0	3	1,7	5	6,9	0	0,0	6	8,1	2	3,4																		
Santa Felicidade	7	3,2	4	2,0	10	4,8	3	1,6	0	0,0	0	0,0	3	4,2	2	3,3	3	4,1	4	6,9																		
Tatuquara	0	0,0	9	5,0	6	3,3	7	4,0	11	4,6	9	5,3	9	12,5	7	11,7	6	8,1	8	13,8																		
Total	90	3,7	80	3,4	95	4,2	86	3,9	78	3,9	71	3,5	72	100,0	60	100,0	74	100,0	58	100,0																		

FONTE: SMS Curitiba CE/CVE

NOTA: Sinan NET 2015-2024

\* Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**Tabela 16 - Indicadores de processo para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Curitiba, 2020 a 2024.**

Indicador	2020	2021	2022	2023	2024
Cobertura mínima de 4 consultas de pré-natal	97,7%	98,1%	97,5%	97,9%	98,0%
Cobertura de gestante com pelo menos 1 teste de HIV no pré-natal	100%	100%	100%	100%	100,0%
Cobertura de gestantes infectadas em uso de TARV	97,2%	95,4%	98,3%	95,9%	96,5%

Fonte: SMS Curitiba CE/CVE, SINASC/SICLOM.

\*Dados preliminares sujeitos a revisão 01/10/2025

**Tabela 17 - Número e percentual de casos de hanseníase segundo situação de encerramento. Curitiba, 2014 a 2024**

Ano	Multibacilar				Paucibacilar			
	Cura		Abandono		Óbito		Cura	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2014	22	96	0	0	1	4	9	100
2015	24	96	1	4	0	0	9	75
2016	25	100	0	0	0	0	5	100
2017	22	100	0	0	0	0	6	100
2018	22	100	0	0	0	0	3	100
2019	14	88	1	6	1	6	5	100
2020	14	93	0	0	1	7	2	100
2021	18	90	1	5	1	5	0	0
2022	21	95	1	5	0	0	1	50
2023	14	88	2	13	0	0	3	100
2024	9	90	0	0	1	10	3	100

Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINAN NET 2014-2024. \*Dados preliminares sujeitos a revisão até 01/10/2025.

**Tabela 19 - Características dos casos novos de tuberculose\* com e sem coinfecção TB-HIV segundo características sociodemográficas e clínicas. Curitiba, 2024.**

Característica	Com coinfecção TB-HIV (n=70)		Sem coinfecção TB-HIV (n=225)	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	43	61,4	147	65,3
Feminino	27	38,6	78	34,7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária</b>				
0 a 4 anos	0	0,0	1	0,4
5 a 9 anos	0	0,0	2	0,9
10 a 14 anos	0	0,0	1	0,4
15 a 19 anos	1	1,4	7	3,1
20 a 29 anos	11	15,7	44	19,6
30 a 39 anos	25	35,7	36	16,0
40 a 49 anos	18	25,7	35	15,6
50 a 59 anos	10	14,3	42	18,7
60 a 69 anos	5	7,1	33	14,7
70 a 79 anos	0	0,0	20	8,9
80 anos e +	0	0,0	4	1,8
<b>Raça/cor</b>				
Branca	46	65,7	172	76,4
Preta	7	10,0	18	8,0
Amarela	0	0,0	1	0,4
Parda	17	24,3	34	15,1
Indígena	0	0,0	0	0,0
Ignorado	0	0,0	0	0,0
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	0	0,0	1	0,4
Ensino fundamental	15	21,4	61	27,1
Ensino médio	18	25,7	60	26,7
Ensino superior	4	5,7	26	11,6
Ignorado/ em branco	33	47,1	76	33,8
Não se aplica	0	0,0	1	0,4
<b>Forma clínica</b>				
Pulmonar	34	48,6	173	76,9
Extrapulmonar	28	40,0	41	18,2
Pulmonar + Extrapulmonar(mista)	8	11,4	11	4,9
<b>População em situação de rua**</b>				
Sim	21	30,0	19	8,4
Não	47	67,1	206	91,6
<b>População privada de liberdade**</b>				
Sim	0	0,0	19	8,4
Não	69	98,6	206	91,6
<b>Profissionais de saúde**</b>				
Sim	0	0,0	10	4,4
Não	69	98,6	215	95,6
<b>Imigrantes**</b>				
Sim	2	2,9	3	1,3
Não	67	95,7	222	98,7
<b>Beneficiário de programas sociais**</b>				
Sim	2	2,9	5	2,2
Não	63	90,0	208	92,4
<b>Diabetes**</b>				
Sim	0	0,0	14	6,2
Não	70	100,0	209	92,9
<b>Uso de álcool**</b>				
Sim	23	32,9	32	14,2
Não	44	62,9	189	84,0
<b>Uso de drogas ilícitas**</b>				
Sim	33	47,1	35	15,6
Não	36	51,4	187	83,1

Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, -2024.

\* Dados calculados de acordo com a realização do teste de HIV.

# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

**Tabela 20 - Notificações de tratamentos iniciados de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* em Curitiba, conforme tipo de entrada, 2018 - 2024 (N= 2.545)**

Tipo de entrada	2018						2019						2020						2021						2022						2023						2024						Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Caso novo	291	98,6	407	97,8	199	99,0	225	93,8	386	97,0	396	93,0	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	545	95,8	2449										
Reexposição	4	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5						
Rentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento	0	0,0	3	0,7	1	0,5	5	0,0	2	0,5	4	0,9	2	0,4	2	0,5	4	0,9	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	17								
Regresso após interrupção de tratamento	0	0,0	5	1,2	1	0,5	6	2,5	3	0,8	10	2,3	13	3,3	38																												
Rentrada após mudança de esquema	0	0,0	1	0,2	0	0,0	4	1,7	7	1,8	15	3,5	9	1,6	36																												
Total	295	100,0	416	100,0	201	100,0	240	100,0	398	100,0	426	100,0	569	100,0	2545																												

 Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB). Dados extraídos em 01/10/2025.

**Tabela 21 - Notificações da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* em Curitiba, conforme trimestre e ano do início de tratamento, 2018 - 2024 (N= 2.545)**

Número de notificações	2018						2019						2020						2021						2022						2023						2024						Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Primeiro Trimestre	50	16,9	103	24,8	92	45,8	46	19,2	78	19,6	108	25,4	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	129	22,7	477								
Segundo Trimestre	67	22,7	98	23,6	38	18,9	64	26,7	104	26,1	96	22,5	154	27,1	621																												
Terceiro Trimestre	82	27,8	101	24,3	28	13,9	50	20,8	106	26,6	80	18,8	173	30,4	620																												
Quarto Trimestre	96	32,5	114	27,4	43	21,4	80	33,3	110	27,6	142	33,3	113	19,9	698																												
Total	295	100,0	416	100,0	201	100,0	240	100,0	398	100,0	426	100,0	569	100,0	2545																												

 Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB). Dados extraídos em 01/10/2025.

**Tabela 22 Notificações por início de tratamento de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* em Curitiba, conforme tipo de encerramento, 2018-2023 (N= 1.975)**

Tipo de encerramento	2018						2019						2020						2021						2022						2023						Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tratamento completo	243	82,4	327	78,6	152	75,6	177	73,8	304	76,4	341	80,0	1544																								
Interrupção do tratamento	47	15,9	60	14,4	36	17,9	42	17,5	66	16,6	54	12,7	305																								
Transferidos	1	0,3	3	0,7	3	1,5	4	1,7	4	1,0	4	0,9	19																								
Suspensão por reação adversa	3	1,0	20	4,8	5	2,5	13	5,4	15	3,8	22	5,2	78																								
Tuberculose ativa	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,8	1	0,2	7																								
Suspensão por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária	0	0,0	2	0,5	0	0,0	2	0,8	1	0,3	0	0,0	5																								
Óbito	1	0,3	1	0,2	3	1,5	2	0,8	0	0,0	3	0,7	10																								
Suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento	0	0,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0	5	1,3	1	0,2	7																								
Em aberto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0																								
Total	295	100,0	416	100,0	201	100,0	240	100,0	398	100,0	426	100,0	1975																								

 Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB). Dados extraídos em 01/10/2025.



**ANO 12 | DEZEMBRO 2025 | CURITIBA**