



GOVERNO DE RORAIMA
“AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS”.
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

**RELATÓRIO
ANUAL DE
VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
DE RORAIMA**

2024

BOA VISTA - RR 2025

Antonio Oliverio Garcia de Almeida
Governador do Estado de Roraima

Edilson Damião Lima
Vice-Governador do Estado de Roraima

Adilma Rosa de Castro Lucena
Secretária do Estado de Saúde de Roraima

Edson Castro Neto
Secretário Adjunto do Estado de Saúde de Roraima

Éder Rodrigo Figueira Ribeiro
Secretário Adjunto do Estado de Saúde de Roraima

Valdirene de Oliveira Cruz
Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde

José Vieira Filho
Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica

Janete Xavier dos Santos
Gerente do Núcleo de Sistemas de Informação em Saúde

ORGANIZAÇÃO

Maria Soledade Garcia Benedetti

Infectologista, Técnica da Sala de Situação de Saúde - DVE/CGVS/SESAU/RR,
Especialista em Saúde Pública, Mestre em Ciências da Saúde e Doutora em
Ciências Ambientais

COLABORAÇÃO

Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo

Colaboradora do Estado de Roraima do Projeto Nacional para o fortalecimento da
vigilância das arboviroses no Brasil – MS/OPAS e Técnica do Núcleo de Controle de
Febre Amarela e Dengue – NCFAD/DVE/CGVS/ SESAU-RR

Rutiléia Paiva de Souza

Técnica do Núcleo de Sistemas de Informação em Saúde -
NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR

Janete Xavier dos Santos

Gerente do Núcleo de Sistemas de Informação em Saúde -
NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR

ELABORAÇÃO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Maria Soledade Garcia Benedetti

NATALIDADE

Maria Soledade Garcia Benedetti

ANOMALIAS CONGÊNITAS: ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Maria Soledade Garcia Benedetti

MORBIDADE

Maria Soledade Garcia Benedetti

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV/AIDS E SÍFILIS

Jacqueline Voltolini de Oliveira

Jamilla Karla Corrêa Reis

HEPATITES VIRAIS

Jacqueline Voltolini de Oliveira

Jamilla Karla Corrêa Reis

Cícera Raquel Feitosa

TUBERCULOSE

Angela Maria Felix Alves de Oliveira

Elba Urzedo de Freitas Lamounier

Maria Goreth Sousa Alves

Tatiana Maia da Silva

FEBRE AMARELA, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, MAYARO E OROPOUCHE

Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo

MALÁRIA

Gerson Castro

Jacqueline de Aguiar Barros

ZOONOSES

Karla Cristina Souza Rocha

Márcio Gustavo Borges

Sandro Marley Fernandes Pereira

ENTOMOLOGIA

Cláudio Ramos Leal

MENINGITES, DIFTERIA E COQUELUCHE

Elaine Queiroz da Silva

Maria Daiane Rodrigues Rivero

POLIOMIELITE, PARALISIA FLÁCIDA AGUDA, INFLUENZA, COVID-19 E TÉTANO

Larissa Rita Pereira Costa

Caroline Damacena de Sá

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS: SARAMPO, RUBÉOLA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA, VARICELA E PAROTIDITE

Karen Evelyn Sousa Alves

Maria Daiane Rodrigues Rivero

IMUNIZAÇÃO

Vinícius dos Santos Vieira

Débora Emilly Barboa Dias

HANSENÍASE

Keiciane Aragão Martins de Matos

Erica Sousa dos Santos Soares

DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

Eudemara Medeiros Silveira Carvalho

Maria Valquíria Barreto de Paula

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Gabriela de Sá Roriz Farias

Kátia Rejane dos Santos Campos

Leila Cristina Ramires dos Santos

CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ana Paula Carvalhal Barbosa

Danubia Basílio Boaventura

Emerson Ferreira Martins

Luiz Henrique da Silva Junior

VIGILÂNCIA HOSPITALAR

Priscila Barros Alves Bitencourt

DOENÇAS SOCIALMENTE DETERMINADAS

Maria Soledade Garcia Benedetti

MORTALIDADE

Maria Soledade Garcia Benedetti

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 METODOLOGIA.....	20
3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	22
4 NATALIDADE	42
4.1 TAXA DE NATALIDADE	44
4.2 TAXA DE FECUNDIDADE.....	48
4.5 REFERENTES À MÃE.....	63
4.5.1 Idade da mãe	63
4.5.2 Raça/cor da mãe	77
4.5.3 Escolaridade da mãe.....	85
4.5.4 Situação conjugal da mãe/estado civil.....	89
4.6 REFERENTES A GRAVIDEZ E AO PARTO	92
4.6.1 Assistência ao pré-natal	92
4.6.2 Duração da gestação	103
4.6.3 Tipo de gravidez e tipo de parto.....	109
4.7 REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO	114
4.7.1 Sexo	114
4.7.2 Peso ao nascer	115
4.7.3 Vitalidade ao nascer (Apgar)	119
5 ANOMALIAS CONGÊNITAS: ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	128
6 MORBIDADE.....	152
6.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV/AIDS E SÍFILIS	155
6.2 HEPATITES VIRAIS.....	212
6.3 TUBERCULOSE	232
6.4 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS: SARAMPO, RUBÉOLA, SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA, VARICELA E CAXUMBA	261
6.5 DIFTERIA, MENINGITE E COQUELUCHE.....	291
6.6 POLIOMIELITE, PARALISIA FLÁCIDA AGUDA, INFLUENZA, COVID-19 E TÉTANO.....	326
6.7 IMUNIZAÇÃO	339
6.8 HANSENÍASE	352
6.9 DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR	362
6.10 FEBRE AMARELA, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, MAYARO E OROPUCHE.....	381

6.11 MALÁRIA.....	408
6.12 ZOONOSES	421
6.14 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	436
6.15 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	485
6.16 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR.....	492
7 DOENÇAS SOCIALMENTE DETERMINADAS.....	502
8 MORTALIDADE.....	539
8.1 TAXA DE MORTALIDADE GERAL.....	540
8.2 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA.....	542
8.3 MORTALIDADE POR SEXO	556
8.4 MORTALIDADE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA.....	560
8.5 MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS.....	562
8.5.1 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório	569
8.5.2 Mortalidade por causas externas.....	576
8.5.3 Mortalidade por neoplasias	593
8.5.4 Mortalidade por doenças do aparelho respiratório.....	601
8.5.5 Mortalidade por algumas afecções originadas no período perinatal	605
8.5.6 Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias	608
8.5.7 Mortalidade por causas mal definidas	618
8.6 MORTALIDADE FETAL.....	623
8.7 MORTALIDADE MATERNA	625
8.8 MORTALIDADE NA INFÂNCIA E INFANTIL	630
8.8.1 Mortalidade na infância	630
8.8.2 Mortalidade infantil	635
8.8.2.1 Mortalidade infantil por componentes.....	640
8.9 CAUSAS DE MORTES EVITÁVEIS DE 0 A 4 ANOS	644
REFERÊNCIAS	647
9 RECOMENDAÇÕES	656

Eu mantenho seis servidores honestos,
(eles me ensinaram tudo o que eu sei);
Seus nomes são O que, Por que,
Quando, Como, Onde e Quem.

Rudyard Kipling (1865-1936)

APRESENTAÇÃO

O Relatório Anual de Vigilância Epidemiológica de Roraima, editado anualmente pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU) apresenta informações da situação epidemiológica no estado. Consideramos que cada nova edição dá prosseguimento ao objetivo de divulgar análises cada vez mais rigorosas dos dados disponíveis, no sentido de possibilitar a melhor avaliação possível dos indicadores de saúde.

A edição de 2024 tem como finalidade abordar o contexto epidemiológico quanto aos nascimentos, agravos e doenças de notificação compulsórios (DNC), vacinação e mortalidade. Seu objetivo é retroalimentar as fontes geradoras de dados, os profissionais de saúde e a população em geral, das informações epidemiológicas, mas sobretudo os gestores das três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) visando a melhoria da qualidade de vida da população.

Destaca-se que foram utilizados os dados disponíveis nos sistemas de informação gerenciados pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica. Não restam dúvidas de que a qualidade da informação é condição necessária para que as análises epidemiológicas possam de fato direcionar para a tomada de medidas de controle mais adequadas.

Esperamos que a presente publicação possa contribuir para a formulação de políticas públicas mais adequadas às necessidades da população e possa fortalecer a capacidade do SUS e o enfrentamento dos desafios postos pelo complexo perfil epidemiológico atual.

Maria Soledade Garcia Benedetti

Infectologista, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Ciências da Saúde e Doutora em Ciências Ambientais.

1 INTRODUÇÃO

Definitivamente não existe tédio na vigilância epidemiológica de Roraima!

Em 2022, o Brasil testemunhou uma das mais graves crises humanitárias de sua história recente: a situação vivida pela Terra Indígena Yanomami (TIY). Conforme dados do Ministério da Saúde, até dezembro de 2023, foram registradas 363 mortes de indígenas Yanomami, causadas principalmente por desnutrição e malária e alta incidência de doenças na região: 29.900 casos de malária, 7.104 de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), 26.747 de síndrome gripal (SG) e 10.461 de doenças diarreicas agudas. Dois anos depois, enquanto a crise humanitária persiste, os dados do último monitoramento do *Greenpeace* Brasil revelam que, entre julho e setembro de 2024, 50 hectares de novas áreas de garimpo foram abertos na TIY. Isso representa um aumento de 32% em relação ao mesmo período de 2023 (Garcez, 2025).

O estado atingiu um recorde histórico de focos de incêndios, segundo dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe). Foram registrado até outubro 4.787 focos, superando o recorde anterior registrado em 2019. Os maiores registros mensais ocorreram no início de 2024, apenas no mês de fevereiro foram contabilizados 2.057 focos, quase metade do total anual (Coelho, 2024). Os incêndios descontrolados tiveram impactos no abastecimento de água e comida, na saúde humana e na economia local. As consequências foram sentidas nas cidades e nas comunidades indígenas, produzindo uma situação de emergência humanitária. A produção de água potável nos poços artesianos do estado foi reduzida em 20%, ocasionando baixa pressão na rede de distribuição de água dos bairros mais afastados. Por conta das queimadas, no início de abril, Boa Vista apareceu no Índice Mundial de Qualidade do Ar como a 15ª cidade com o ar mais contaminado e perigoso do mundo para se respirar. A cidade passou a maior parte do mês de março encoberta por uma fumaça densa (WWF Brasil, 2024; Barbosa; Citó, 2024).

Além das questões ambientais, os incêndios e a poluição do ar podem trazer impactos para a saúde, causando doenças respiratórias, cardiovasculares e morte. Recente estudo publicado no periódico *BMJ* concluiu que o PM_{2,5} foi associado a um risco maior de diagnóstico de infertilidade entre os homens e que o ruído do tráfego rodoviário foi associado a um risco maior de diagnóstico de infertilidade entre as mulheres com mais de 35 anos e, possivelmente entre os homens com mais de 37

anos (Rocha, 2025). A gestação pode ser um período sensível à exposição ao material particulado fino (PM_{2,5}), com impacto no metabolismo pós-parto. Uma pesquisa multicêntrica publicada no periódico *Environmental Science & Technology* observou que a exposição ao PM_{2,5} durante a gestação alterou o metabolismo de lipídios e aminoácidos nesse período. Alguns poluentes induzem inflamação e, quando isso ocorre com produção de compostos reativos de oxigênio, os antioxidantes podem atuar como agentes neutralizadores. Por isso, pode ser prudente suplementar gestantes com antioxidantes, visto que não é possível mudar de cidade ou reduzir os poluentes ambientais imediatamente (Villegas, 2025).

Um estudo citado pela Nasa, agência pública espacial dos Estados Unidos (EUA), repercutiu nos últimos dias na imprensa brasileira ao prever que áreas do Brasil poderiam ficar inabitáveis até 2070 devido ao calor extremo provocado pelas mudanças climáticas. A mídia brasileira exagera na publicação dos dados da Nasa? (León, 2024). As mudanças climáticas são um dos fatores também para a migração. Desde que a Agência da ONU para Refugiados passou a registrar o volume de pessoas que são obrigadas a abandonar seus lares, buscando melhorar sua condição de vida ou mesmo preservá-la, a população mundial nunca esteve tão deslocada dos seus locais de origem. De acordo com o relatório *Global Trends 2018*, são mais de 70 milhões de pessoas deslocadas no mundo – em 2008, eram 34 milhões; e em 1998, 19 milhões (Santoro, 2019).

A migração venezuela continua. A crise de refugiados e migrantes venezuelanos é um dos maiores eventos de deslocamento da história recente com mais de 8 milhões de pessoas deixando o país até 2024 devido ao colapso econômico, instabilidade política e falta generalizada de alimentos, medicamentos e serviços básicos. Até o momento, o Brasil recebeu mais de 500 mil pessoas venezuelanas, muitos entrando pelo estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela. A cidade de Pacaraima-RR, em particular, tornou-se um ponto de entrada fundamental para milhares de refugiados em busca de segurança e oportunidades para uma vida melhor. O Brasil recebe uma média de 12 mil refugiados e migrantes por mês. A expectativa é que o fluxo continue, aumentando a pressão sobre os recursos e serviços do Brasil, especialmente em regiões do norte como Roraima, onde a infraestrutura é limitada (AVSI, 2024).

Em Roraima existe uma preocupação com algumas doenças e problemas de saúde associados à imigração venezuelana. A principal preocupação é o aumento de

casos de algumas doenças infectocontagiosas, além do risco de reintrodução de doenças transmissíveis. Chama a atenção para o número de estrangeiros, de diversas nacionalidades, que são diagnosticados e tratados para malária no estado com a fonte de infecção em outros países, esse fato é preocupante pelo risco de importar protozoários resistentes ao tratamento. A resistência a medicamentos é um problema crescente na malária, e os protozoários resistentes podem se espalhar de áreas onde a resistência é comum para regiões onde a doença ainda não é resistente.

A pandemia de Covid-19 acabou? A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 05 de maio de 2023 o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente doença (OPAS, 2023), anos se passaram desde o primeiro caso da doença que assolou o mundo, mas o *status* de pandemia nunca foi oficialmente "retirado" pela OMS (Melero, 2025). Em 2024, Roraima teve menos casos que nos anos anteriores, entretanto não devemos baixar a guarda, precisamos continuar vacinando os grupos vulneráveis e fortalecendo a vigilância, até porque a nova variante do coronavírus *Arcturus*, também chamada de XBB 1.16, que surgiu na Índia em janeiro deste 2024, já se alastrou por quarenta países, incluindo o Brasil (Brasil, 2025a). Mais recentemente, casos graves de síndrome gripal aumentaram no Brasil, com maior impacto em idosos e crianças, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) alerta para a baixa vacinação e reforça a importância da imunização e do uso rápido de antivirais (O Globo, 2025).

A probabilidade que o mundo venha a enfrentar novas pandemias no curto ou médio prazo é muito alta. E precisamos estar preparados para isso. Os fatores gerais que contribuem para o risco de novas pandemias incluem o aumento da população mundial e da mobilidade; o crescimento do número de pessoas vivendo na fronteira da civilização com a vida selvagem; o avanço do número de pessoas com comorbidades e imunodeficiências primárias; a maior ocorrência de desastres causados pela ação humana. E, por último, mas certamente o fator mais importante: as mudanças climáticas. Situações climáticas extremas criam diversas condições de impacto na saúde humana. O extremo calor pode causar por si só problemas de saúde, mas a mudança do clima também tende a facilitar a disseminação de doenças de transmissão respiratória, hídrica ou alimentar. E a disseminação de vetores em regiões onde eles normalmente não estariam presentes (Brasil, 2025b). Nos EUA, os casos anuais de doenças transmitidas por vetores mais do que dobraram, com as alterações climáticas agindo como fator que influencia sua distribuição e prevalência

(Soreff, 2025). Apesar das mudanças climáticas, há poucos projetos e iniciativas que promovem a compreensão sobre a relação entre o clima e a saúde.

A OMS atualizou sua lista de patógenos com potencial de desencadear uma epidemia. Mais de 30 patógenos integram o levantamento, incluindo desde velhos conhecidos, como a dengue e o vírus *influenza*, até ameaças mais recentes, como o vírus *Nipah*. Além da Covid-19, Febre hemorrágica da Crimeia-Congo, Ebola, Doença de Marburg, Febre de Lassa, Síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), Síndrome respiratória aguda grave (SARS), Febre do Vale Rift, Zika e Doença X. A OMS destaca que não há nenhum vírus ou bactéria circulando neste momento que tenha sido denominado doença X. A proposta de incluir o nome na lista de patógenos com potencial de desencadear uma epidemia, segundo a entidade, é se preparar para o futuro (Laboissière, 2025). Trata-se de uma doença hipotética e, para dar um nome, os cientistas a chamam de doença X, no intuito de se preparar para um vírus ou bactéria que, no futuro, pode causar grandes surtos, epidemias ou pandemias.

Entre 2030 e 2050, espera-se que as mudanças climáticas causem aproximadamente 250.000 mortes adicionais por ano, apenas por desnutrição, malária, diarreia e estresse por calor. Estima-se que os custos diretos dos danos à saúde fiquem entre US\$ 2 e 4 bilhões por ano até 2030. Áreas com infraestrutura de saúde precária – principalmente em países em desenvolvimento – serão as menos capazes de lidar com a situação sem assistência para se preparar e responder (WHO, 2025). Diante desse cenário, a OMS está promovendo a construção de sistemas de saúde capazes de se adaptar e responder aos desafios impostos pelas mudanças climáticas, como o aumento de doenças infecciosas, eventos climáticos extremos e problemas de saúde mental. E é possível que seja construindo um novo conceito de saúde diante das mudanças climáticas, enfatizando a necessidade de sistemas de saúde resilientes e ações que protejam a saúde humana dos impactos climáticos.

Segundo Guizoni e Lima Júnior (2025) a taxa de crescimento anual de malária em Roraima no período de 2015 a 2024 foi de 366 casos por 100.000 habitantes. O pico ocorreu em 2023 com 5.342 casos por 100 mil habitantes, seguido de ligeira redução em 2024. Esta tendência contrasta com a meta nacional de eliminação até 2030, evidenciando a necessidade urgente de estratégias mais efetivas. Nesse sentido, em 2024, Roraima ganhou um novo medicamento contra a malária: a tafenoquina, um arsenal terapêutico revolucionário por permitir cura radical em dose única da malária vivax, aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Anvisa) em 2019 e incorporada no âmbito do SUS em 2023.

Em 2023, foi reintroduzido o sorotipo 3 do vírus da dengue no estado, oriundo de *Lethen* na Guiana. Desde 2015 não havia identificação da sua circulação, com a reintrodução aumentou a população suscetível para a infecção (Roraima, 2023a), e o risco de formas graves da doença numa população previamente sensibilizada.

Em 2024, houve um aumento significativo de casos de dengue, incluindo casos graves. Para fortalecer a vigilância no estado, o Núcleo de Controle de Febre Amarela e Dengue elaborou o “Plano de Contingência de Arboviroses 2024-2025” visando nortear as ações a serem desenvolvidas pelo nível de gestão estadual considerando os principais eixos para o controle das arboviroses, o que inclui a vigilância epidemiológica, laboratorial, controle vetorial, a assistência à saúde, educação/comunicação e mobilização social, nos diversos cenários de transmissão esperado/vivenciado pelo estado (Santos; Lima; Azevedo, 2024). Além disso, realizou inúmeras capacitações de vigilância e manejo clínico para os profissionais da atenção primária e dos serviços de emergências. Nesse ano não houve óbito pela doença no estado.

O aumento de dengue foi observado no país desde 2023, e em 2024 foi registrada a maior epidemia com aumento na quantidade de casos prováveis e das notificações graves, maior incidência em crianças e idosos, e expansão da mortalidade para todas as regiões do país (D'Alessandro, 2025). Vários fatores são tidos como responsáveis pelo crescimento exponencial da doença no país. Alguns deles são mudanças climáticas, com o aumento de temperaturas e de chuvas, falta de saneamento básico, escassez de agentes de saúde, pouca eficácia em intervenções do governo para controlar o vetor *Aedes aegypti*, resistência do mosquito a inseticidas e a presença de quatro sorotipos em circulação simultaneamente.

Há avanços importantes contra a dengue. O Brasil foi o primeiro país do mundo a oferecer um imunizante no sistema público universal. Em 2024, a vacina da dengue foi incorporada ao SUS. (Brasil, 2025c). Outra vacina, produzida pelo Butantan, a Qdenga, em dose única, mostram eficácia de 89% contra dengue grave e com sinais de alarme (Borges, 2024). A Anvisa aprovou o registro de uma vacina chikungunya recombinante atenuada, do Instituto Butantan. O imunizante, de dose única, será indicado para a prevenção da doença em pessoas com 18 anos ou mais, que estejam em risco aumentado de exposição ao vírus. A vacina é contraindicada para mulheres grávidas, pessoas imunodeficientes ou imunossuprimidas (Brasil, 2025d).

Após o surto de oropouche na Vila Santa Rita, município do Cantá, há 90 km da capital Boa Vista (Benedetti et al., 2023) foram intensificadas as ações de vigilância do mayaro e oropouche no estado. Foi emitida uma nota informativa alertando sobre a necessidade de implementar a vigilância epidemiológica desses arbovírus no estado, o monitoramento laboratorial, e a implantação da vigilância entomológica dos vetores predominantes no ciclo de transmissão (Roraima, 2023b). Do ponto de vista clínico, o oropouche se apresenta de forma muito parecida com a dengue ou a chikungunya, mas cerca de 40% dos infectados não apresentam nenhum sintoma, o que complica ainda mais a vigilância. E embora a maioria dos casos sintomáticos se resolva em duas semanas, complicações neurológicas graves, como meningite e encefalite, são raras, mas possíveis (Glatter; Ferreira, 2025). Isso por si só deve manter as autoridades de saúde pública alertas. Outra preocupação é a ocorrência de anomalias congênitas associadas à transmissão vertical de oropouche (Brasil, 2024a) e morte de bebê com anomalia congênita associada à doença (Formenti, 2024).

A vigilância epidemiológica do Município de Bonfim fez alerta aos profissionais de saúde e a população sobre a ocorrência de casos suspeitos de febre maculosa (Bonfim, 2024a,b). Em julho de 2024, foi notificado um caso suspeito, procedente da área rural do Bonfim, com virada sorológica comprovando a circulação da bactéria do gênero *Rickettsia*, porém não foi isolado a espécie. Há, portanto, a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica e entomológica. Como é uma doença até então desconhecida no estado é fundamental a realização de capacitação em manejo clínico visando o diagnóstico, tratamento precoce e medidas eficazes para reduzir a letalidade.

Roraima liderou o *ranking* nacional de detecção de Aids em 2023, com uma taxa de 41,5 casos por 100 mil habitantes. Apesar do aumento da detecção a taxa de mortalidade foi de 3,9 óbitos, a menor desde 2013 (Baydoun, 2025). No estudo de Benedetti et al. (2025a), sobre a meta 95-95-95 da UNAIDS para acabar com a epidemia de Aids até 2030, em 2024, apenas 61,4% das pessoas vivendo com HIV foram diagnosticadas no estado, dessas 68,8% estavam em tratamento, e destas 72,2% estavam com carga viral indetectável. O alcance da meta no estado é inferior ao alcance nacional. Apesar do desafio da doença há avanços importantes contra a doença, a revista *Science* elegeu o Lenacapavir, medicamento injetável de aplicação semestral que previne contra a infecção pelo HIV, ao interferir na proteção do material genético e nas enzimas necessárias para replicação do patógeno, como o maior

avanço científico do ano (Borges, 2024).

Com o surgimento da variante do Clado Ib da MPOX, o estado emitiu em 2024 recomendações para notificação, investigação e fluxo laboratorial de casos suspeitos (Roraima, 2024a). Até o momento foram confirmados nove casos da doença, todos em Boa Vista.

Em 2024, a infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV), e infecções em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical passaram a ser de notificação compulsória no Brasil. O HTLV precisa sair da invisibilidade e ser reconhecido como uma questão de saúde pública. No estudo de Benedetti et al. (2025a) foi encontrada uma estimativa de 1.720 pessoas infectadas pelo vírus no estado em 2024, essa prevalência foi baseada na prevalência de sorologias reagentes no Hemocentro. Embora não haja cura para a infecção e apesar de a maioria dos portadores serem assintomáticos, o HTLV-1 é responsável pelo desenvolvimento de Leucemia/Linfoma de células T humanas do adulto, e diversas manifestações multissistêmica de caráter inflamatório, destacando a mielopatia associada ao HTLV-1, uma doença incapacitante que pode afetar cerca de 10% dos indivíduos que vivem com o vírus. Não existe tratamento antirretroviral, porém existem tratamentos paliativos para as doenças associadas. Portanto, é necessário a criar uma vigilância epidemiológica no estado com ampliação na testagem para o diagnóstico precoce e instituição do cuidado integral às pessoas vivendo com HTLV.

Em 2024, a CGVS, alertou sobre o aumento de casos de coqueluche no Brasil e a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica no estado. Nesse ano, o Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (Lacen/RR) foi incluído no Projeto de Resistência Antimicrobiana em *Bordetella pertussis* da Sociedade Americana de Microbiologia (ASM), financiado pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. Devido a esse projeto, o Lacen/RR recebeu testes de biologia molecular RT-PCR (Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real). Esse exame passou a compor o painel de vírus respiratórios de casos de síndrome gripal e de SRAG realizados no Lacen/RR. Por meio dessa vigilância foi identificado o caso índice de um surto de coqueluche ocorrido em setembro de 2024 (Roraima, 2025).

Houve uma intensa movimentação no estado para a construção do plano de trabalho estadual do “Programa Brasil Saudável – Unir para cuidar” com apoio do

Ministério da Saúde. O plano foi construído coletivamente por representantes de diferentes setores e segmentos do estado durante a oficina de microplanejamento. Esse programa do Governo Federal tem o objetivo de eliminar as doenças e infecções determinadas socialmente como problema de saúde pública no Brasil até 2030, a partir das condições de saúde contempladas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS, especificamente em relação ao cumprimento da meta 3.3, que traz o desafio de “acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”. Foram selecionadas para integrar as ações do Programa Brasil Saudável 11 doenças e cinco infecções (transmitidas para o bebê) que, apesar de suas especificidades, têm em comum uma forte influência dos determinantes sociais e ambientais.

Um desafio da vigilância epidemiológica é o aprimoramento da capacidade de detecção, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública no estado, para tanto a vigilância epidemiológica hospitalar atua no sentido de fortalecer a detecção precoce e já se consolidou, anualmente, a capacitação em vigilância epidemiológica hospitalar para toda a rede hospitalar do estado.

A Sala de Situação de Saúde, onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe técnica, com o objetivo de caracterizar a situação de saúde da população foi implementada em 2024 e vêm cumprindo seu papel de apoiar no monitoramento por meio de painéis de saúde e análise de situação de saúde periódicas.

Por fim, a vigilância tem um papel fundamental na saúde pública devido ao papel que a epidemiologia desempenha na vigilância das doenças em populações humanas. Nesse sentido, esse relatório de vigilância epidemiológica é um instrumento abrangente e informativo, capaz de orientar a tomada de decisões e a implementação de políticas públicas que visam a promoção da saúde e a prevenção de doenças na população do estado.

Maria Soledade Garcia Benedetti

Infectologista, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Ciências da Saúde e Doutora em Ciências Ambientais.

2 METODOLOGIA

Análise descritiva dos dados epidemiológicos de natalidade, de morbidade, de vacinação e de mortalidade. Para padronizar o formato deste documento e facilitar a sua organização foi elaborado um manual contendo as orientações técnicas para elaboração de relatório epidemiológico disponibilizado para as áreas técnicas no site da CGVS em “Instrumentos de Vigilância em Saúde”.

Fonte de dados

Os dados foram extraídos dos Sistemas de Informação: Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), além do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP), Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), entre outros.

Os dados demográficos foram levantados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatístiac (IBGE) referentes aos censos demográficos de 2000, 2010 e 2022 e das estimativas populacionais para os demais anos. Os dados dados socioeconômicos e ambientais referentes ao período de 2000 a 2023 foram levantados na Sala de Situação de Saúde no site da CGVS por meio do link <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>.

Os dados de natalidade, coletados da declaração de nascidos vivos foram extraídos do Sinasc.

Os dados de morbidade são referentes as Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (DAE) de notificação compulsória, notificadas pelos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, e foram extraídos do Sinan, do Sivep e demais sistemas.

Para a análise de mortalidade, foram utilizadas as causas de mortes existentes na declaração de óbito que são transformadas em códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Edição (CID-10) antes da digitação no SIM.

Os técnicos do Núcleo de Sistemas de Informação em Saúde – NSIS realiza durante as supervisões às vigilâncias epidemiológicas municipais auditoria nos

sistemas Sinasc e SIM, e se necessário, nas declarações de nascidos vivos e de óbitos.

Procedimentos realizados

Este documento apresenta as características sociodemográficas e epidemiológicas do estado de Roraima, descrevendo a evolução dos principais indicadores em 2024 e ao longo dos últimos anos.

Os dados do Sinasc e SIM foram levantados no mês de julho, e esses dados estão sujeitos à alteração devido a atualização do banco de dados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), e, portanto, pode haver diferença com os dados dos relatórios dos anos anteriores, toda as séries históricas foram atualizadas.

Os dados de morbidade foram levantados do Sinan e demais sistemas pelas áreas técnicas do DVE e finalizado até 30 de julho de 2025.

A numeração das tabelas e figuras foram organizadas pelas seções que compõem o relatório, e as referências estão contidas ao final de cada seção

Análise de dados

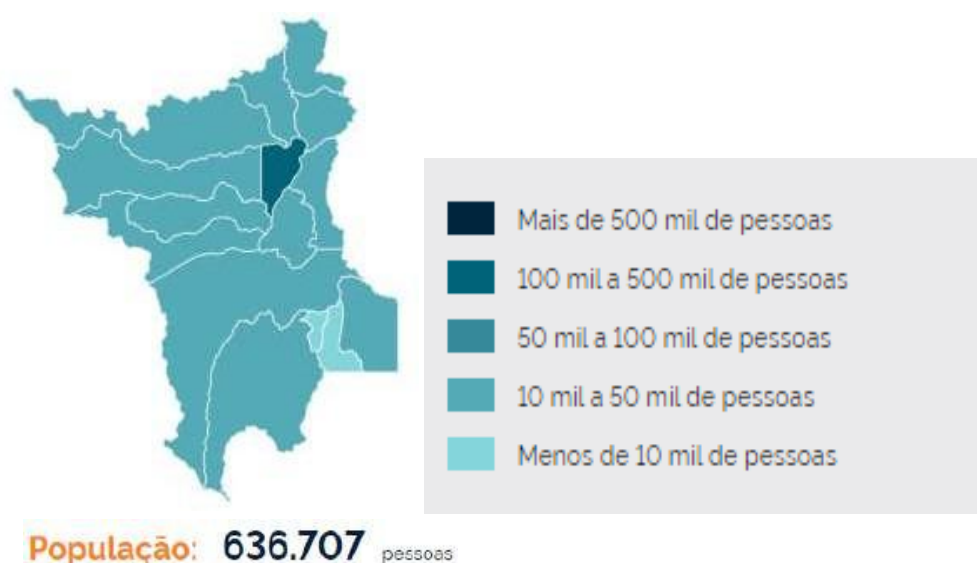
A análise descritiva foi realizada de acordo com as seções do relatório: (i) caracterização sociodemográfica; (ii) natalidade; (iii) morbidade – cada área técnica fez o levantamento de dados e análise de seus agravos/doenças –; (iv) mortalidade; e (v) recomendações.

3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Roraima é o estado mais setentrional do Brasil, localizado na região Norte, na tríplice fronteira – Brasil, Guiana e Venezuela, possui duas cidades-gêmeas, em Bonfim, na fronteira com *Lethem* – Guiana, e em Pacaraima, na fronteira com *Santa Elena do Uairén* – Venezuela, este último, vive uma intensa crise econômica e humanitária desde 2015 (Benedetti, 2019; 2024).

É reconhecido por sua vasta área de lavrado e de floresta amazônica e pelo clima equatorial. Cerca de 70% do seu território é destinado as populações indígenas, áreas de proteção ambiental e áreas alagadiças (improdutivas). É um estado marcado pela baixa diversificação de sua economia e por diversas dinâmicas migratórias ao longo de sua história (Guedes et al., 2020). Sua capital, Boa Vista, é a única capital brasileira localizada totalmente no hemisfério norte.

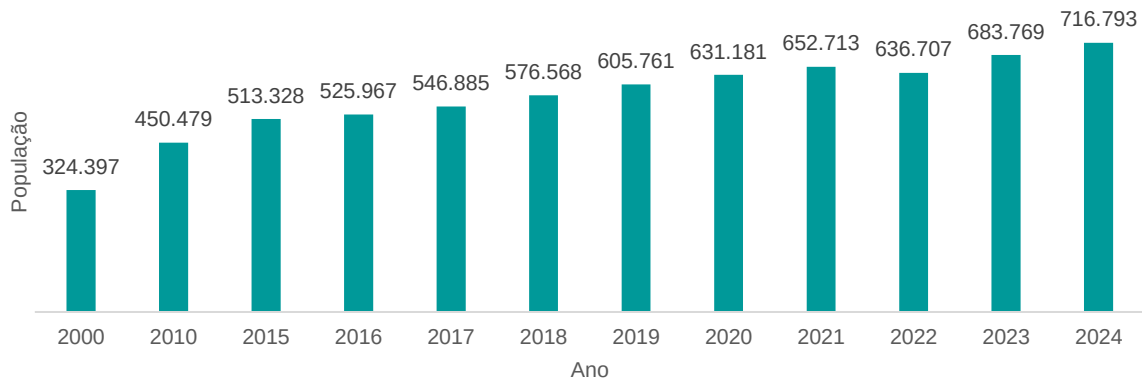
Figura 1. População residente segundo o porte populacional, Roraima, 2022



Fonte: IBGE. Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024.

O estado é o menos populoso e densamente povoado do país. Em 2022, os dados de censo demográfico apontaram a população de 636.707 (IBGE, 2024a), com uma área de 223.644,527 km², a densidade demográfica foi de 2,85 habitantes por km² (Figura 1), em 2023, a projeção é de 683.769 habitantes, e em 2024, de 716.793 habitantes (IBGE, 2024b, 2025).

Figura 2. População residente do estado de Roraima, 2000, 2010, 2015 a 2024



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Censo 2000, 2010 e 2022. Demais projeção do IBGE. Pop de 2021 (<https://www.estadosecidades.com.br/rr/roraima-rr.html>).

O crescimento populacional de Roraima no período de 2000 a 2024 foi de 120,9% passando de 324.397 em 2000 para 716.793 habitantes em 2024 (Figura 2). Foi o estado em que a população mais cresceu em 2024 (O Globo, 2024).

Tabela 1. População, área e densidade demográfica por município, Roraima, 2022

Municípios	População		Área (Km²)	Densidade demográfica (Habitantes/ Km²)
	Nº	%		
Alto Alegre	21.096	2,4	25.454,30	0,6
Amajari	13.927	2,1	28.473,45	0,5
Boa Vista	413.486	66,5	5.687,04	73,8
Bonfim	13.923	2,0	8.075,91	1,6
Cantá	18.682	3,0	7.664,83	1,6
Caracaraí	20.957	3,5	47.379,90	0,5
Caroebe	10.656	1,6	17.065,90	0,6
Iracema	10.023	1,9	14.011,70	0,9
Mucajá	18.095	2,9	12.337,85	1,5
Normandia	13.986	1,8	6.959,87	1,7
Pacaraima	19.305	3,0	8.025,05	2,4
Rorainópolis	32.647	4,9	33.579,74	0,9
São João da Baliza	8.858	1,3	4.284,51	1,9
São Luiz	7.315	1,3	1.526,90	5,3
Uiramutã	13.751	1,7	8.113,60	1,3
Total	636.707	100,0	223.644,53	2,8

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE - Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024.

A população do estado está dividida em 15 municípios. A população total, a área em quilômetros quadrado (Km²) e a densidade demográfica (População/Km²)

dos municípios referente ao ano de 2022 encontram-se na Tabela 1. Na comparação populacional entre 2022 e 2024 houve aumento de 12,6% no estado e esse fenômeno foi percebido em todos os municípios, sendo Pacaraima o de maior crescimento, de 14,5% (Figura 2).

Tabela 2. População e variação (%) por município, Roraima, 2022 e 2024

Municípios	2022	2024	Variação (%)
Alto Alegre	21.096	23.049	9,3
Amajari	13.927	15.744	13,0
Boa Vista	413.486	470.169	13,7
Bonfim	13.923	15.222	9,3
Cantá	18.682	20.552	10,0
Caracaraí	20.957	22.443	7,1
Caroebe	10.656	11.708	9,9
Iracema	10.023	10.778	7,5
Mucajá	18.095	19.619	8,4
Normandia	13.986	15.744	12,6
Pacaraima	19.305	22.104	14,5
Rorainópolis	32.647	36.747	12,6
São João da Baliza	8.858	9.727	9,8
São Luiz	7.315	7.777	6,3
Uiramutã	13.751	15.571	13,2
Total	636.707	716.793	12,6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE - Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024, e estimativa populacional 2024 (IBGE, 2025).

A Tabela 3 apresenta o número e o percentual de município segundo o porte populacional em 2024. Apenas o município de Boa Vista, possui mais de 100 mil habitantes, a maioria dos municípios possuem uma população entre 10 e 20 mil habitantes.

Tabela 3. Número e percentual de municípios segundo o porte populacional, Roraima, 2024

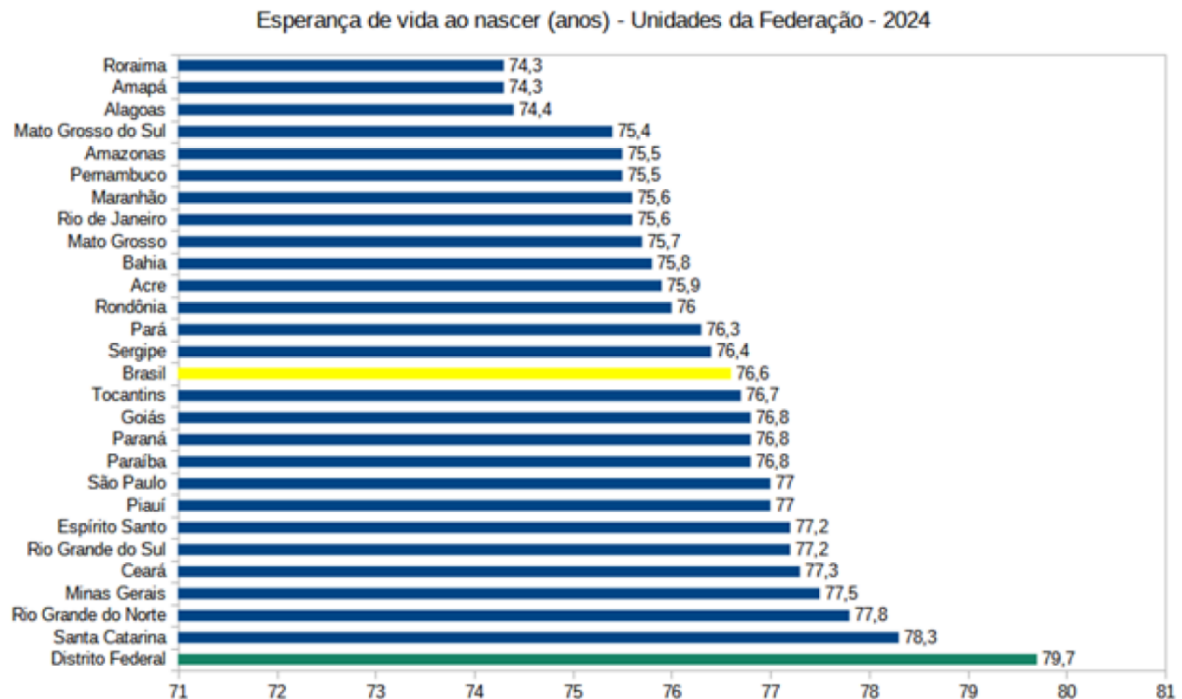
Porte dos municípios	Municípios	
	Nº	%
Menos de 10.000 habitantes	2	13,2
10.000 † 20.000 habitantes	7	46,7
20.000 † 30.000 habitantes	4	26,7
30.000 † 40.000 habitantes	1	6,7
40.000 † 450.000 habitantes	1	6,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE - Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024.

De acordo com dados do IBGE a expectativa de vida geral em Roraima é de 71,5 anos, abaixo da média nacional de cerca de 76 anos. Fatores como violência e dificuldades no acesso à saúde influenciam negativamente a longevidade da população, sendo que o estado tem uma taxa de homicídios que está entre as mais altas do país. Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) mostram que as mulheres em Roraima têm uma expectativa de vida média de 75 anos, superior à dos homens, que é de 68 anos. Essa tendência de maior longevidade feminina é observada em todo o Brasil, onde a expectativa de vida para as mulheres é em média 79 anos, enquanto para os homens é de 72 anos. O estudo também revela que pessoas brancas têm uma expectativa de vida média de 75 anos, enquanto pessoas negras e pardas apresentam uma expectativa média de 67 anos no estado. Em comparação com o cenário nacional, a expectativa de vida para pessoas brancas é de aproximadamente 76 anos, em contraste com 71 anos para pessoas negras e pardas (Baydoun, 2024).

Roraima e Amapá têm as menores expectativas de vida ao nascer em 2024 (74,3 anos), condição que deverá se manter para ambas as Unidades da Federação em 2070 (83,4 anos). A média nacional ficou em 76,6 anos em 2024, chegando aos 83,9 anos em 2070 (Gouveia, 2024) (Figura 9).

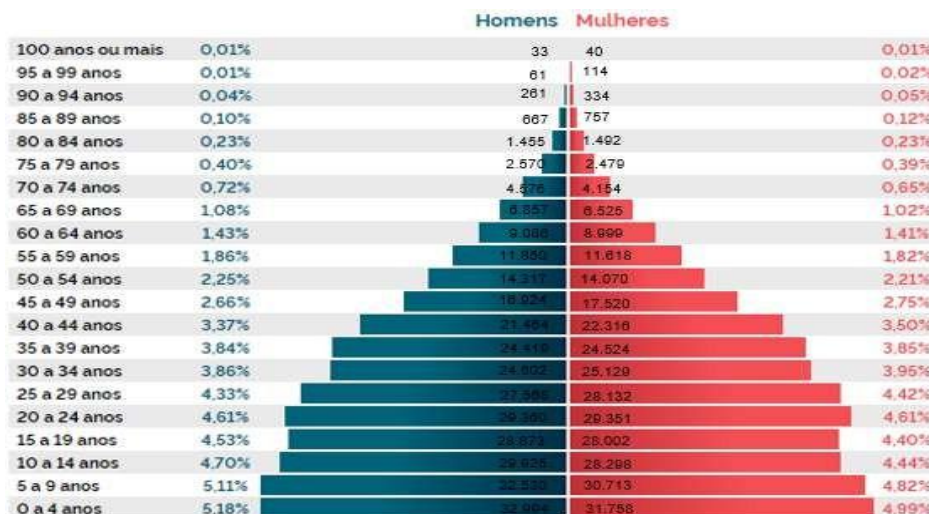
Figura 9. Expectativa de vida ao nascer em cada unidade da federação



Fonte: GOUVEIA, 2024. (foto: Divulgação/IBGE).

A pirâmide populacional do estado em 2022 tem um padrão de país em desenvolvimento (Figura 3). Percebe-se uma importante mudança no padrão da população em que o envelhecimento populacional é crescente. Essa tendência é observada nacional e mundialmente, principalmente em países desenvolvidos e alguns em desenvolvimento, como é o caso brasileiro. Na Figura 4 estão as pirâmides etária dos 15 municípios do estado.

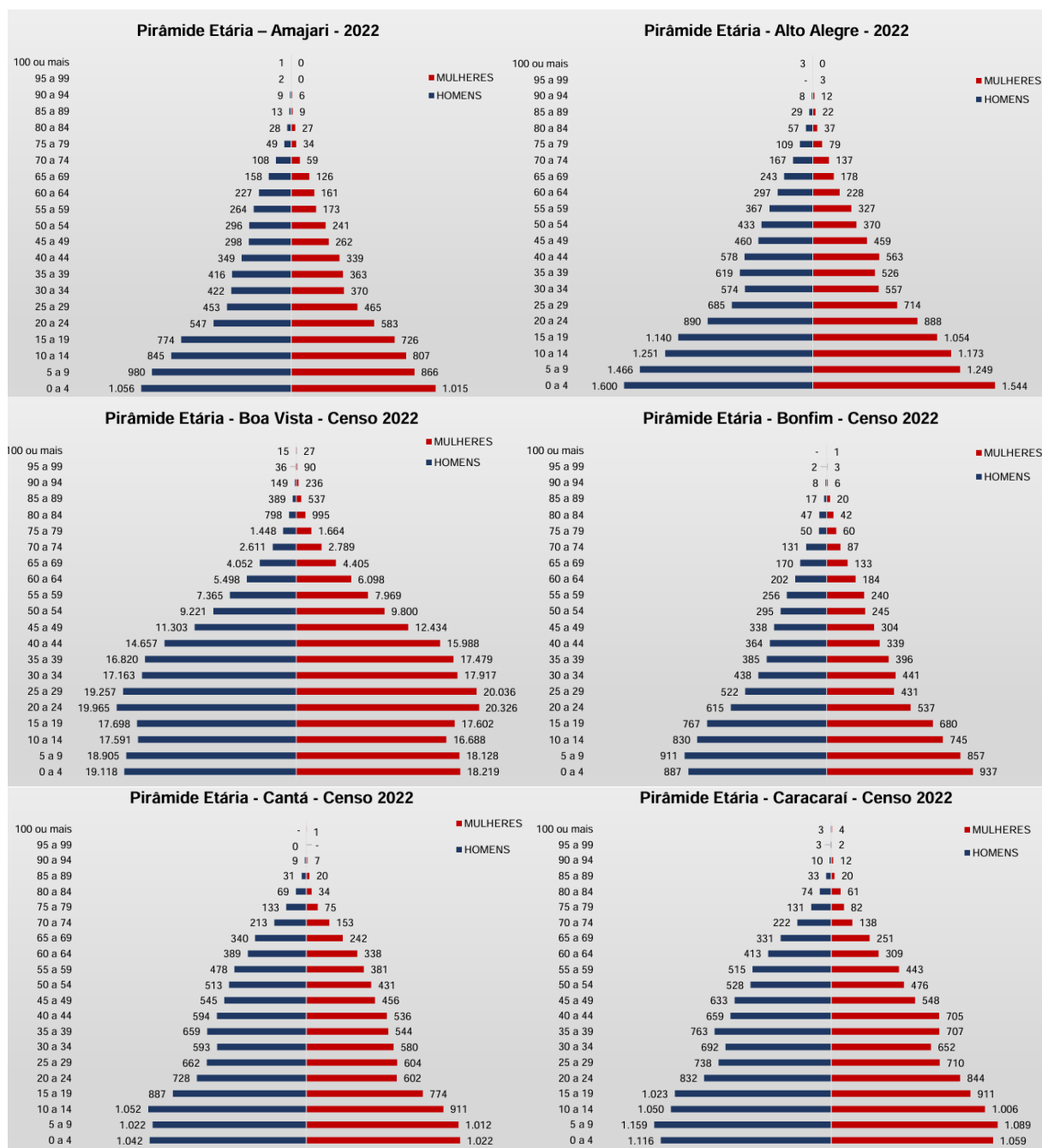
Figura 3. Pirâmide etária, Roraima, 2022

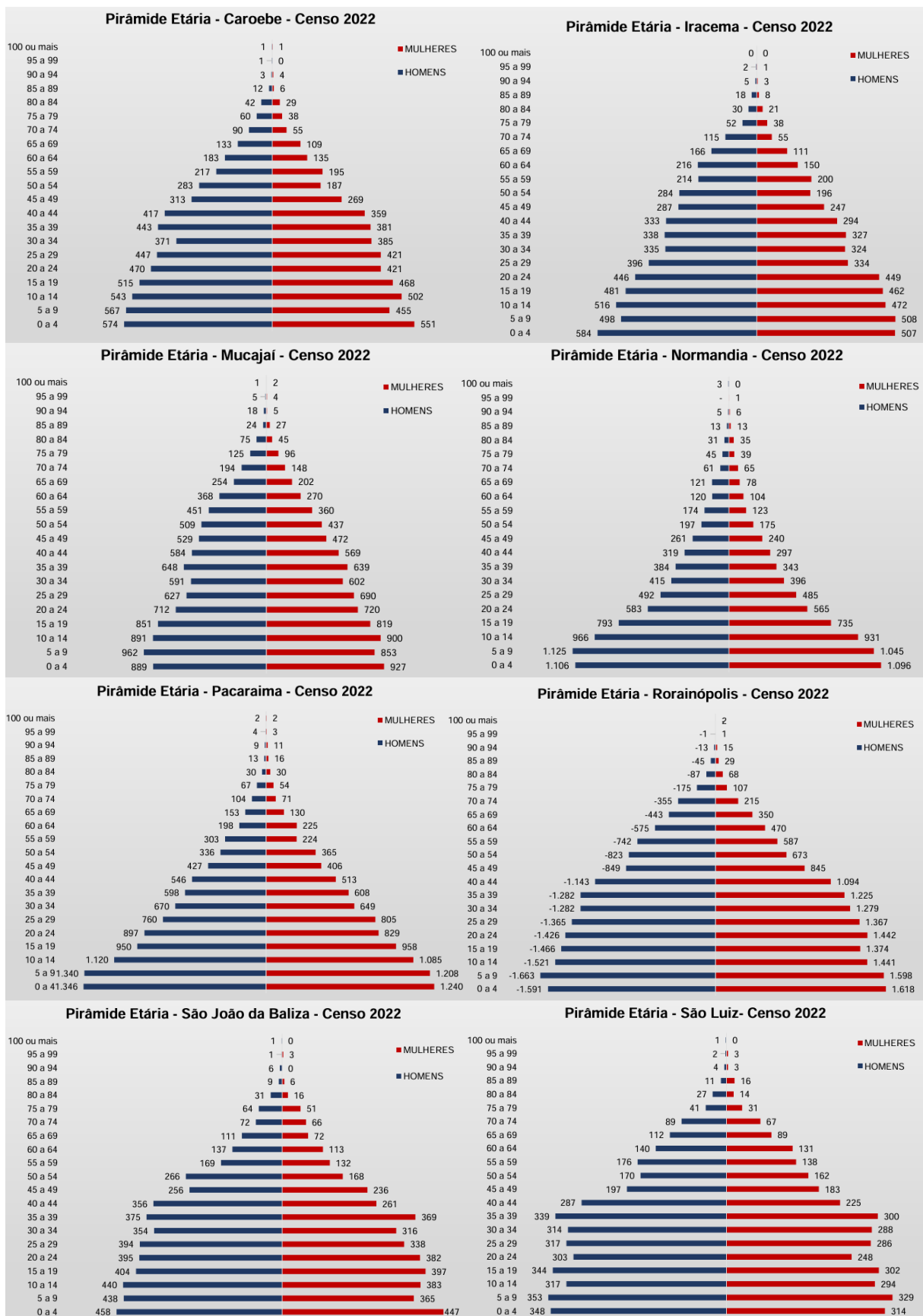


Fonte: IBGE. Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024.

Segundo o censo demográfico de 2022, o estado possui mais pessoas do sexo masculino (320.392 habitantes) do que feminino (316.315 habitantes) e 14 municípios possuem esse perfil, Boa Vista é o unico município que ocorre o inverso (IBGE, 2024a).

Figura 4. Pirâmide etária dos municípios de Roraima, 2022





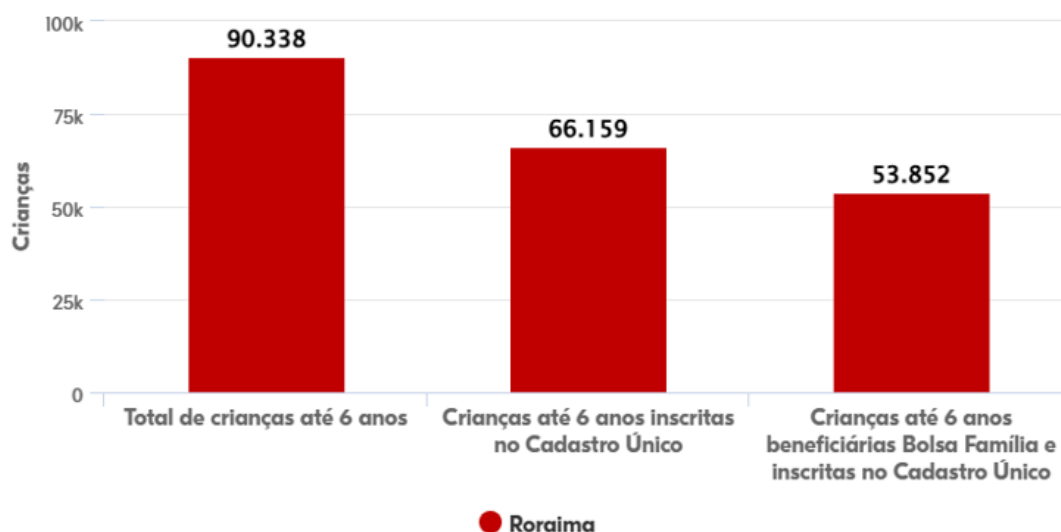


Fonte: Andrade Júnior, 2025.

De acordo com os dados divulgados pela Secretaria de Planejamento estadual, Roraima é o estado com a população mais jovens do país. Sendo a idade mediana da população de 26 anos, 38,17% da população tem entre 0 e 9 anos, 33,47% entre 20 e 39 anos e 28,35% tem 40 anos ou mais (Andrade Júnior, 2025).

A população entre 0 e 6 anos, da primeira infância, com 90.338 crianças, corresponderam a 14,2% da população total no estado, no país correspondem a 8,9%. A maioria, 51,6% são parda, 22% branca, 21,9% indígena, 4,2% preta, e 0,07% amarela. Do total, 73,2% (66.159 crianças) estão no Cadastro Único e 59,6% (53.852 crianças) são beneficiárias do Bolsa Família (Figura 7) (Primeira Infância, 2024).

Figura 7. Número de crianças de 0 a 6 anos inscritas no Cadastro Único e beneficiárias do Bolsa Família, Roraima, 2024



Fonte: IBGE - Censo Demográfico; SAGI - Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação / Ministério do Desenvolvimento Social (2024)

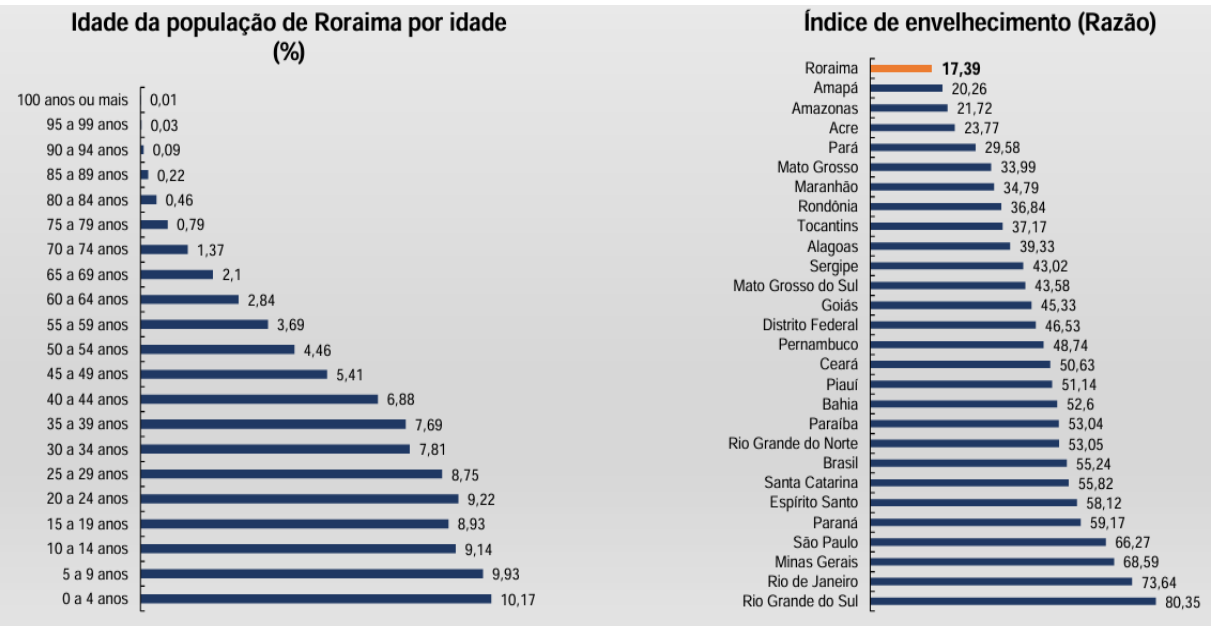
Dado disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/estado/roraima/>

Notas Técnicas

O Cadastro Único e o Bolsa Família são dois elementos fundamentais na estrutura de assistência social do Brasil, mas desempenham papéis distintos. O Cadastro Único serve para identificar e reunir informações sobre as famílias de baixa renda, enquanto o Bolsa Família é um programa que oferece apoio financeiro direto a essas famílias.

Os dados de crianças inscritas no Cadastro Único e beneficiárias do Bolsa Família foram obtidos no sistema Vis Data 3 do Ministério do Desenvolvimento Social como a soma das faixas etárias de 0 até 4 anos e crianças de 5 e 6 anos, somando-se pessoas do sexo masculino e feminino, na data referência de agosto de 2024 (Primeira Infância, 2024). O estado tem ainda o menor índice de envelhecimento do país, de 17,39 (Andrade Júnior, 2025) (Figura 5).

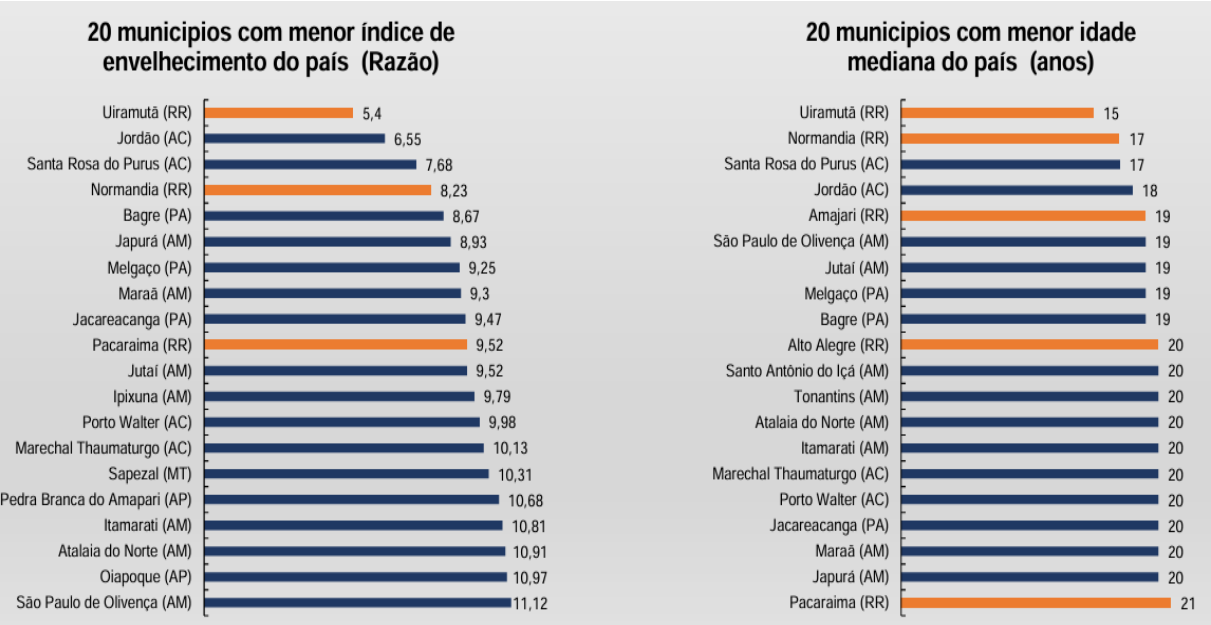
Figura 5. Distribuição proporcional por idade e índice de envelhecimento (razão) da população, Roraima, 2022



Fonte: ANDRADE JÚNIOR, 2025.

Em relação aos municípios, três municípios do estado estão entre os 20 menores do país no ranking nacional de envelhecimento, e cinco municípios entre os 20 primeiros do país em relação a menor idade mediana (Andrade Júnior, 2025) (Figura 6).

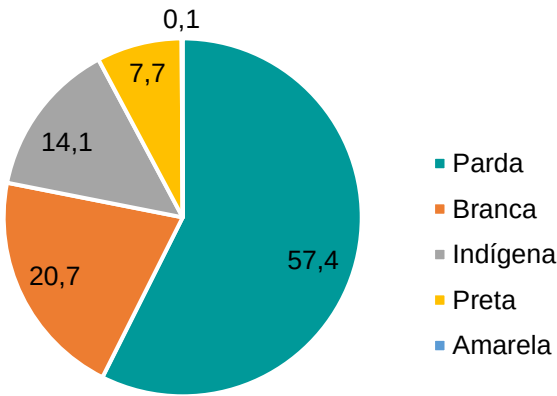
Figura 6. Distribuição dos municípios com o menor índice de envelhecimento e menor idade mediana do país, Brasil, 2022



Fonte: ANDRADE JÚNIOR, 2025.

Em 2022, a composição populacional do estado é majoritariamente parda com 364.494 habitantes e 57,2% da população. Pessoas brancas representaram 20,6% (131.260 habitantes), indígenas 14,1% (89.882 habitantes), pretas 7,7% (49.195 habitantes) e amarelas 0,1% (784 habitantes) (Figura 8).

Figura 8. Percentual de habitantes segundo a raça/cor, estado de Roraima, 2022



Fonte: IBGE. Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024.

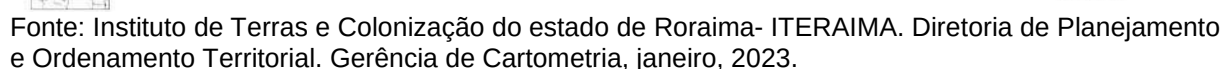
O Índice de Progresso Social (IPS), desenvolvido pela *Social Progress Imperative* (SPI), tem o objetivo de medir o progresso de um país ou região utilizando dados sociais e ambientais. Com foco em resultados e não apenas nos investimentos realizados, o IPS torna-se uma ferramenta crucial para a formulação de políticas públicas mais eficazes. Para o IPS Brasil 2024, foram utilizados 53 indicadores nacionais, obtidos de fontes como DataSus, IBGE e Inep. . Este ano, o Brasil caiu para a 67ª posição no ranking global. A novidade marca um retrocesso significativo em comparação à 46ª posição de 2014. Entre as 20 piores cidades para viver no Brasil em 2020, o ranking foi liderado pelos municípios de Uiramuta e Alto Alegre (Figura 10) (TechCripto, 2024).

Figura 10. As 20 piores cidades do Brasil em 2024, segundo o IPS

1. Uiramutã, RR – 37,63
 2. Alto Alegre, RR – 38,38
 3. Trairão, PA – 38,69
 4. Bannach, PA – 38,89
 5. Jacareacanga, PA – 38,92
 6. Cumaru do Norte, PA – 40,64
 7. Pacajá, PA – 40,70
 8. Uruará, PA – 41,26
 9. Portel, PA – 42,23
 10. Bonfim, RR – 42,27
 11. Anapu, PA – 42,30
 12. Oiapoque, AP – 42,46
 13. Pauini, AM – 42,63
 14. Nova Nazaré, MT – 42,78
 15. São Félix de Balsas, MA – 43,05
 16. Feijó, AC – 43,11
 17. Amajari, RR – 43,38
 18. Pracuúba, AP – 43,50
 19. Gaúcha do Norte, MT – 43,53
 20. Santa Rosa do Purus, AC – 43,78
- Fonte: TECHCRIPTO, 2024

Roraima possui dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Distrito Sanitário Yanomami (DSY) e o Distrito Sanitário Leste (DSL). Proporcionalmente é o estado com a maior população indígena no país. Em 2020, a população indígena do estado foi de 70.596 mil, de acordo com dados da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai). São mais de 342 comunidades dos povos Macuxi, Wapichana, Ingarikó, Patamona, Taurepang, Wai Wai, Yekuana, Yanomami, Sapará, Pirititi e Wamiri Atroari (Araújo, 2020). A terra indígena Yanomami possui a maior população indígena, localizada no Amazonas e em Roraima, com 27,2 mil habitantes (Zanlorenssi; Froner, 2023). A Figura 11 mostra

Figura 11. Mapa Institucional com a identificação da Terra Indígena, Roraima, 2023



33

com maior presença de pessoas indígenas é a Yanomami (Figura 12). É justamente nesse local que eclodiu, no início de 2023, a crise humanitária construída ao longo de anos e agravada pela invasão do garimpo ilegal (Zanlorenssi; Froner, 2023). Os estados de Roraima e Amazonas são os estados em que os indígenas representam um maior percentual da população local (Figura 13).

Figura 12. Percentual de indígenas por terra indígena, Brasil, 2022

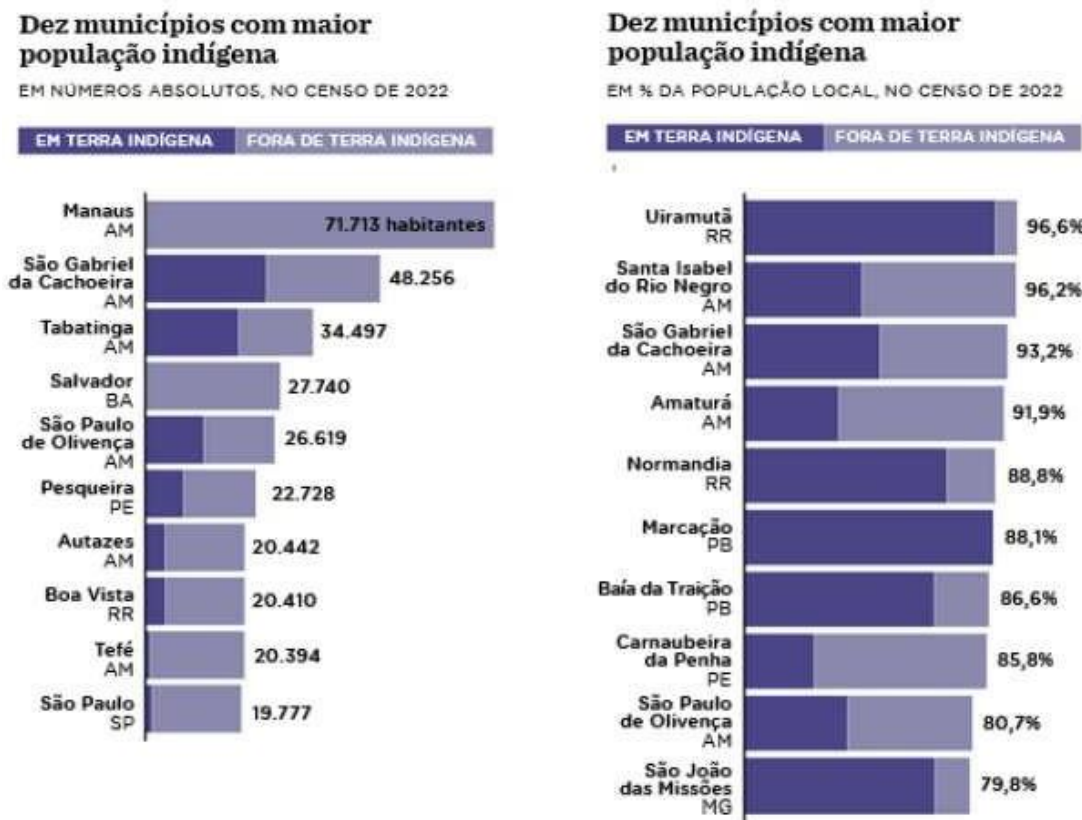


Fonte: ZANLORENSSI; FRONER, 2023. Censo 2022, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Os dados populacionais aqui apresentados não refletem a população migração venezuelana que começou a se intensificar em 2016, atingindo números elevados em 2018, ocasionando no estado um aumento populacional e consequentemente um aumento da demanda por bens e serviços.

Estimativas divulgados pelo IBGE em 2021 indicavam os impactos da migração venezuelana nos números populacionais do estado. Em 2023, o estado chegou a 636.707 habitantes, um crescimento de mais de 40% e impulsionado pela migração de venezuelanos. Novas estimativas do Instituto, divulgadas em agosto de 2024, apontam que a população de Roraima é de 716.793 pessoas, uma alta de 12,58% se comparado com o ano anterior, e o maior crescimento populacional no país (G1, 2024).

Figura 13. Distribuição do número e percentual da população indígena segundo os 10 municípios com maior população, Brasil, 2022



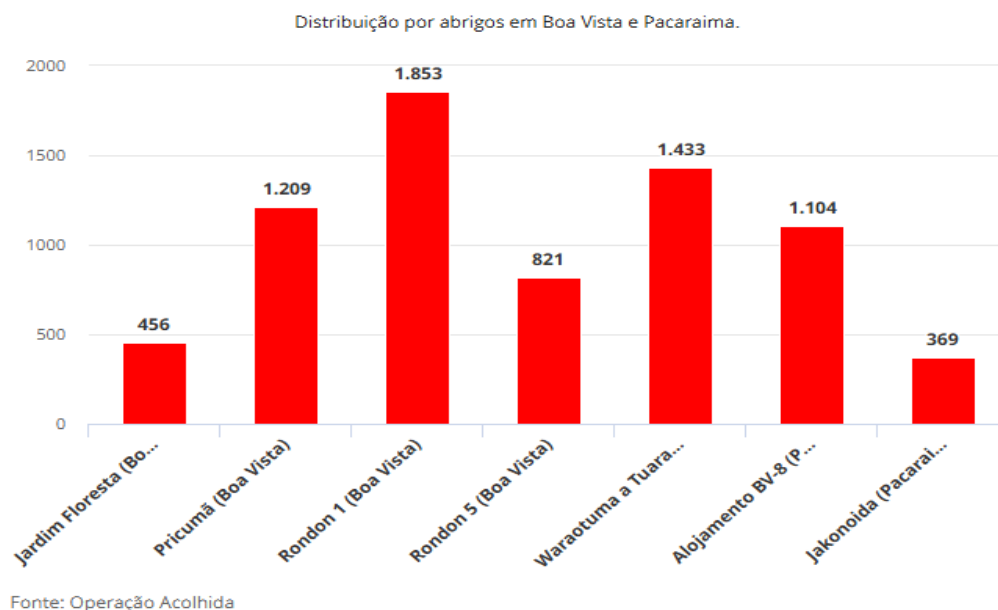
Fonte: ZANLORENSSI; FRONER, 2023. Censo 2022, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Desde janeiro de 2017, quando o governo federal passou a monitorar o fluxo migratório, 1.120.661 migrantes venezuelanos entraram no Brasil, segundo dados divulgados pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), agência da ONU que acompanha migrantes venezuelanos em Roraima. Só em agosto de 2024, 12.325 migrantes entraram no país pelo estado. Alguns migrantes apenas passam pelo estado, emitem a documentação necessária para viver no Brasil e seguem para outros estados brasileiros, por meio do processo de interiorização. Outros migrantes ficam no estado, vivendo nas ruas e, principalmente, em abrigos administrativos pela Operação Acolhida, força-tarefa criada pelo governo federal para atender venezuelanos que entram no Brasil (G1, 2024) (Figura 14).

Além da intensidade de sua ocorrência, o fluxo migratório venezuelano ainda trouxe como agravante uma população em sérias condições de vulnerabilidade. Dos 7.243 abrigados, 3.696 são homens e 3.546 mulheres. A maior parte (2.959) são crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, seguidos de pessoas de 30 a 80 anos ou

mais (2.325). Outra parte, 1.958 pessoas, tem idade de 15 a 29 anos. O perfil populacional dos abrigados é formado, principalmente, por grupos familiares: são 2.372 vivendo nas instalações federais. Há também 331 famílias monoparentais, ou seja, formada só por pai ou mãe, e com um ou mais filhos (G1, 2024).

Figura 14. População venezuelana vivendo em abrigos de Roraima, 2024



Roraima teve o maior crescimento real do Produto Interno Bruto (PIB) entre as 27 unidades da Federação no período de 2019 a 2024. Segundo dados da Secretaria de Planejamento e Orçamento (Seplan), o crescimento econômico do estado foi de 37,9%, superando a média nacional (11,5%). Todos os setores da atividade econômica vêm apresentando crescimento real, com destaque para a agropecuária, que liderou essa expansão. Em 2022, Roraima registrou a maior taxa de crescimento do PIB entre as 27 unidades da Federação, atingindo R\$ 21,1 bilhões (Roraima, 2024b).

REFERÊNCIAS

ANDRADE JÚNIOR LA. **Idade da população Roraima**. Boa Vista: Seplan, Coordenação-Geral de Estudos Econômicos e Sociais. Disponível em: [SEPLAN - IDADE-DA-POPULACAO-DE-RORAIMA.pdf](#). Acesso em: 17/06/2025.

ARAÚJO F. **Comunidades indígenas de RR fecham acesso à Raposa Serra do Sol para evitar contaminação de Covid-19**. G1 RR. Roraima 29 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/03/29/comunidades-indigenas-de-rr-fecham-acesso-a-raposa-serra-do-sol-para-evitar-contaminacao-de-covid-19.ghtm>

AVSI. **Dia Internacional do Migrante: no Brasil, venezuelanos encontram inclusão por meio do trabalho**. Associação Voluntários para o Serviço Internacional – AVSI Brasil, 18/12/2024. Disponível em: <https://www.avsibrasil.org.br/dia-internacional-do-migrante-no-brasil-venezuelanos-encontram-inclusao-por-meio-do-trabalho/>

BARBOSA RI; CITÓ AC. **Monitoramento da Qualidade do Ar na Cidade de Boa Vista – Roraima (2020-2024)**. Relatório Técnico-Científico. Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, Núcleo de Roraima. Boa Vista, Roraima. 23p.

BAYDOUN A. **Expectativa de vida em Roraima é menor para homens e pessoas negras, aponta estudo**. Boa Vista: Folha de Boa Vista, 23/10/2024. Disponível em: <https://www.folhabv.com.br/cotidiano/expectativa-de-vida-em-roraima-e-menor-para-homens-e-pessoas-negras-aponta-estudo/>

BAYDOUN A. **Roraima registra maior taxa de detecção de Aids no Brasil**. Folha BV, 25/01/2025. Disponível em: <https://www.folhabv.com.br/saude-e-bem-estar/roraima-registra-maior-taxa-de-deteccao-de-aids-no-brasil/>

BENEDETTI MSG (Org.). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2019**. 322 p. Disponível em: [file:///C:/Users/SALA%20DE%20SITUA%C3%87%C3%83O%203/Downloads/relatorio-anualdeepidemiologia_2019%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/SALA%20DE%20SITUA%C3%87%C3%83O%203/Downloads/relatorio-anualdeepidemiologia_2019%20(3).pdf)

BENEDETTI MSG (Org.). **Relatório Anual de Vigilância Epidemiológica de Roraima 2023**. 576p. Boa Vista: DVE/CGVS/SESAU/RR, 2024. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/relatorios-epidemiologicos/>

BENEDETTI M.S.G et al. **Surto de Febre do Oropoche na Vila Santa Rita, município do Cantá, estado de Roraima**. Salvador: 58º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP 2023), 10 a 13 de setembro de 2023.

BENEDETTI MSG et al. **Meta global de eliminação da Aids como problema de saúde pública: cenário atual no estado de Roraima, Amazônia brasileira**. Rio de Janeiro: XV Congresso da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS, 3 a 6 de junho de 2025a.

BENEDETTI MSG et al. **Prevalência da infecção por HTLV 1 e 2 em Roraima no**

ano de 2024. Rio de Janeiro: XV Congresso da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS, 3 a 6 de junho de 2025b.

BONFIM. Alerta aos profissionais de saúde da rede municipal de saúde do Bonfim. Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 2024a.

BONFIM. Alerta para a população do Bonfim. Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 2024b.

BORGES T. Os grandes avanços na medicina em 2024. MEDSCAPE, 31/12/2024. Disponível em: <https://www.medscape.com/>

BRASIL. Ministério da Saúde informa caso de anomalia congênita associada à Oropouche. Publicado em 08/08/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2024/ministerio-da-saude-informa-caso-de-anomalia-congenita-associada-a-oropouche>

BRASIL. Arcturus, nova variante da Covid-19 chega ao Brasil e casos de conjuntivite devem se intensificar [online]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/arcturus-nova-variante-da-covid-19-chega-ao-brasil-e-casos-de-conjuntivite-devem-se-intensificar/#:~:text=IN%C3%8DCIO-,Arcturus%2C%20nova%20variante%20da%20Covid%2D19%20chega%20ao%20Brasil%20e,quarenta%20pa%C3%ADses%2C%20incluindo%20o%20Brasil.> Acesso em: 16/06/2025a.

BRASIL. Novas pandemias poderão ocorrer em breve e precisamos estar preparados”, diz diretor do Butantan. Agência FAPESP. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/novas-pandemias-poderao-ocorrer-em-breve-e-precisamos-estar-preparados-diz-diretor-do-butantan/>. Acesso em: 16/06/2025b.

BRASIL. Ministério da Saúde amplia idade para receber vacina contra a dengue. Agência Brasil, 15/02/2025c. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/ministerio-da-saude-amplia-idade-para-receber-vacina-contr-a-dengue/>

BRASIL. Anvisa aprova primeira vacina para Chikungunya. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 14/04/2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/anvisa-aprova-primeira-vacina-para-chikungunya#:~:text=A%20Anvisa%20aprovou%20o%20registro,de%20exposi%C3%A7%C3%A3o%20ao%20v%C3%ADrus%20Chikungunya.>

COELHO T. Em 2024, Roraima registra maior número de incêndios da série histórica, diz Inpe [online]. São Paulo: CNN, 15/10/2024. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/em-2024-roraima-registra-maior-numero-de-incendios-da-serie-historica-diz-inpe/#goog_rewarded

D'ALESSANDRO M. 2024: ano da maior epidemia de dengue do Brasil. Brasília: Universidade de Brasília, 07/01/2025. Disponível em: <https://noticias.unb.br/pesquisas-estudos-e-projetos/7777-2024-ano-da-maior->

[epidemia-de-dengue-do-brasil#:~:text=Aumento%20na%20quantidade%20de%20casos,todas%20as%20regi%C3%B5es%20do%20pa%C3%ADs](#)

FORMENTI L. **Febre Oropouche: Ministério informa morte de bebê com anomalia congênita associada à doença**, 08/08/2024. Disponível em: <https://www.jota.info/saude/febre-oropouche-ministerio-informa-morte-de-bebe-com-anomalia-congenita-associada-a-doenca>

G1. **Impulsionado pela migração venezuelana, RR concentra 30,4% dos moradores de abrigos, casas de passagem ou repúblicas do Brasil**. Boa Vista: 06/09/2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2024/09/06/impulsionado-pela-migracao-venezuelana-rr-concentra-304percent-dos-moradores-de-abrigos-casas-de-passagem-ou-republicas-do-brasil.ghtml>

GARCEZ C. Dois anos da crise Yanomami: uma emergência que não pode ser esquecida [online] **Greenpeace**, 23 de janeiro de 2025. Disponível em: <https://www.greenpeace.org/brasil/blog/dois-anos-da-crise-yanomami-uma-emergencia-que-nao-pode-ser-esquecida/>

GLATTER RD; FERREIRA JSN. **Por que o Oropouche está se espalhando tão rápido?** Medscape, 19/05/2025. Disponível em: <https://www.medscape.com/>

GUEDES AL et al. **A economia de Roraima e o fluxo venezuelano: evidências e subsídios para políticas públicas**. Fundação Getúlio Vargas, Diretoria de Análise de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: FGV, DAPP, 2020. 146 p.

GUIZONI MG; LIMA JÚNIOR MM. Tafenoquina no controle da malária por plasmodium vivax: análise epidemiológica de Roraima e perspectivas para eliminação. **Ciências da Saúde**, Volume 29 – Edição 147, jun 2025. DOI: [10.69849/revistaft/ra10202506092340](https://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202506092340)

GOUVEIA A. **DF tem maior expectativa de vida do Brasil, aponta IBGE**. Brasília: Correio Braziliense, 22/08/2024. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2024/08/6925545-df-tem-maior-expectativa-de-vida-do-brasil-aponta-ibge.html>

IBGE. **Censo demográfico 2022**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>. Acesso em: 22 jan 2024a.

IBGE. **Estimativa populacional 2023**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2023>. Acesso em: 22 jan 2024b.

IBGE. **Estimativa populacional 2024**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2023>. Acesso em: 22 jan 2025. e

LABOISSIÈRE P. **Conheça lista de doenças com potencial epidêmico divulgada**

pela OMS: mais de 30 patógenos integram levantamento. Brasília: Agência Brasil, 09/08/2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-08/conheca-lista-de-doencas-com-potencial-epidemico-divulgada-pela-oms>

LEÓN LP. Entenda estudo da Nasa sobre 'Brasil inabitável' em 50 anos. Brasília: Agência Brasil, 24/07/2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-07/entenda-estudo-da-nasa-sobre-brasil-inabitavel-em-50-anos>

MELERO MB. **OMS até hoje não declarou fim da pandemia de Covid-19; entenda por quê** [online]. CNN, 11/03/2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/oms-ate-hoje-nao-declarou-fim-da-pandemia-de-covid-19-entenda-por-que/>

O GLOBO. **Com imigrantes venezuelanos, Roraima é o estado em que população mais cresce no país.** Rio de Janeiro, 29/08/2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2024/08/29/com-imigrantes-venezuelanos-roraima-e-o-estado-em-que-populacao-mais-cresce-no-pais.ghtml>

OPAS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19** [online], 05/05/2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>

PRIMEIRA INFÂNCIA. Roraima. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/estado/roraima/>

ROCHA H. **Poluição pode causar infertilidade em homens e mulheres.** Medscape, 25/09/2025. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/>

RORAIMA. **Situação epidemiológica das arboviroses em Roraima em 2023.** Boa Vista: Núcleo Estadual de Controle da Febre Amarela e Dengue/DVE/CGVS/SESAU, 2023a. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/boletins-epidemiologicos/>

RORAIMA. **Nota informativa: descrição da ocorrência da febre do mayaro e febre do oropouche em Roraima no ano de 2022 e de janeiro e fevereiro de 2023.** BOA VISTA. Boa Vista: Núcleo de Controle da Febre Amarela e Dengue de Roraima – NCPAD/DVE/CGVS/SESAU/RR, N. 1, 16/03/2023b. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/Nota-Informativa-001-FEBRE-MAYARO-E-ORPOUCHE-EM-RR-NCFAD-2023.pdf>

RORAIMA. **Nota Técnica sobre recomendação para notificação, investigação e fluxo laboratorial de casos suspeitos de Mpox no Estado de Roraima, frente a nova variante do clado I circulando na Região da África.** Nº 2/SESAU/CGVS/DVE/DST/AIDS, de 04/09/2024a. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/SEI_GRR-14335297-Nota-Tecnica-SESAU-No-2-MONKEYPOX.pdf

RORAIMA. **Roraima tem o maior crescimento real do PIB entre os Estados brasileiros.** 14/11/2024b. Disponível em: <https://portal.rr.gov.br/roraima-tem-o-maior->

[crescimento-real-do-pib-entre-os-estados-brasileiros/](#)

RORAIMA. **Nota Técnica: orientações para a notificação e investigação epidemiológica, diagnóstico e tratamento de caso suspeito de coqueluche, quimioprofilaxia pós-exposição e vacinação seletiva para comunicantes de casos suspeitos ou confirmados de coqueluche no estado de Roraima.** Boa Vista: Departamento de Vigilância Epidemiológica/CGVS/SESAU, Nº 1, 11 de março de 2025. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/SEI_GRR-16620230-Nota-Tecnica-SESAU-No-1-COQUELUCHE.pdf

SANTORO M. Vidas em movimentos. **Caderno Globo 16**, São Paulo, agosto 2019. ISSN 2357-8572, 69 p.

SANTOS RS; LIMA JM; AZEVEDO RNC. **Plano de Contingencia de Arboviroses, Estado de Roraima, 2024-2025.** Boa Vista: Núcleo de Controle da Febre Amarela e Dengue de Roraima – NCPAD/DVE/CGVS/SESAU/RR, 2024. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/planodecontingenciasdasarboviroses2024_0001.pdf

SOREFF S. **Doenças transmitidas por vetores e alterações climáticas.** Medscape, 03/02/2025. Disponível em: <https://www.medscape.com/>

TECHCRIPTO. **O Índice de Progresso Social (IPS) 2024 destaca as 20 cidades brasileiras com os piores indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento.** 17/10/2024. Disponível em: <https://techcripto.com/noticias/veja-as-20-piores-cidades-para-se-viver-no-brasil-em-2024/10/2024/>

VILLEGAS MNO. **A poluição atmosférica também tem efeitos no metaboloma materno pós-parto.** Medscape, 29/05/2025. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/>

WHO. **Mudanças climáticas.** Genebra: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1. Acesso em: 18/06/2025

WWF BRASIL. **Com mais de 4 mil focos de fogo em 2024, Roraima vive emergência humanitária [online],** abril, 18 2024. Disponível em: <https://www.wwf.org.br/?88320/Com-mais-de-4-mil-focos-de-fogo-em-2024-Roraima-vive-emergencia-humanitaria#:~:text=Os%20inc%C3%AAndios%20descontrolados%20em%20Roraima,uma%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20emerg%C3%Aancia%20humanit%C3%A1ria.>

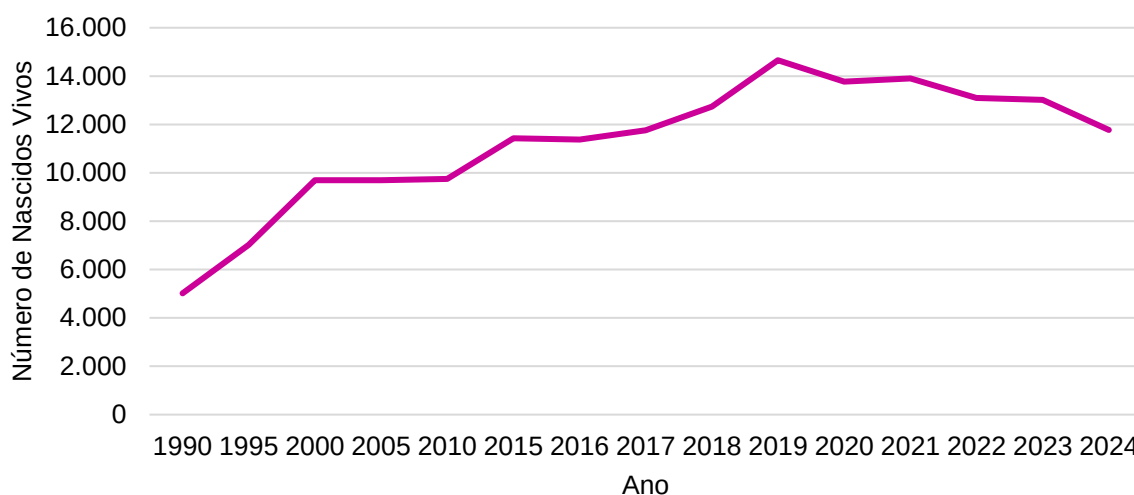
ZANLORENSSI G; FRONER M. **A população indígena no Brasil no Censo de 2022,** ago de 2023. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2023/08/07/A-popula%C3%A7%C3%A3oind%C3%ADgena-no-Brasil-no-Censo-de-2022?position-home-esquerda=1>

4 NATALIDADE

Natalidade é o estudo que relaciona a ocorrência de crianças nascidas vivas com a população total, e representa o número de nascidos vivos no período de um ano, excluindo o número de crianças que nasceram mortas ou que morreram logo após o nascimento.

Os dados de nascimentos vivos são extraídos do Sinasc. Esse sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990 com o objetivo principal de coletar dados sobre nascimentos em todo o território nacional, fornecendo informações essenciais para a saúde pública. Com base nas informações do Sinasc é possível analisar as condições da gestação, do nascimento e do recém-nascido, além das condições sociais da mãe. Além disso, é utilizado na construção de indicadores de saúde e demográficos, tais como a taxa de natalidade, taxa de mortalidade infantil, neonatal e perinatal e a taxa de fecundidade.

Figura 1. Número de nascidos vivos de mães residentes, Roraima, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A declaração de nascidos vivos é o documento de entrada das informações sobre o nascimento no Sinasc e seus dados destinam-se exclusivamente para a elaboração de políticas públicas e lavratura do assento de nascimento junto ao Cartório de Registro Civil. A qualidade das informações é fundamental para o uso do sistema como fonte para avaliação em saúde e para pesquisa.

Até o dia 04 de julho de 2025, o Sinasc captou um total de 11.865 nascidos vivos ocorridos no estado, destes 11.776 nascidos vivos são de mães residentes. Um total de 89 nascidos vivos foram de mães residentes em outras unidades da federação (UF): sete do Amazonas, uma do Pará, e 81 nascimentos em UF ignorada.

Na série história da Figura 1 observa-se um aumento em 2,3 vezes no número de nascidos vivos entre 1990 e 2024. O número máximo de nascidos vivos ocorreu em 2019 com 14.657 e desde então a tendência dos nascimentos é decrescente. Entre 2019 e 2024 houve a redução de 16,6% no número de nascidos vivos no estado e entre 2023 e 2024 a redução de 9,5% nos nascimentos.

Tabela 1. Número de nascidos vivos de mães residentes por mês, Roraima, 2015 a 2024

Mês	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Janeiro	996	1.013	990	1.042	1.291	1.217	1.118	1.233	1.183	1.091	11.174
Fevereiro	873	933	921	878	1.082	1.172	1.000	1.051	1.091	907	9.908
Março	962	958	1.012	1.040	1.220	1.263	1.177	1.100	1.135	1.004	10.871
Abril	905	851	932	1.019	1.210	1.086	1.170	1.103	1.103	926	10.305
Maio	972	916	918	1.053	1.182	1.151	1.188	1.027	1.059	968	10.434
Junho	930	836	958	1.055	1.118	1.050	1.080	1.031	1.005	884	9.947
Julho	955	864	876	1.027	1.155	1.099	1.163	1.005	981	967	10.092
Agosto	899	988	1.017	1.098	1.247	1.094	1.163	1.127	1.084	987	10.704
Setembro	1.027	1.015	1.051	1.074	1.378	1.123	1.269	1.022	1.115	1.073	11.147
Outubro	1.045	1.051	1.006	1.164	1.341	1.183	1.252	1.059	1.134	1.080	11.315
Novembro	932	966	1.042	1.153	1.253	1.151	1.159	1.181	1.097	949	10.883
Dezembro	927	990	1.032	1.130	1.180	1.181	1.168	1.160	1.029	940	10.737
Total	11.423	11.381	11.755	12.733	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.776	127.517

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A análise da distribuição mensal dos nascimentos, ou seja, como os nascimentos se distribuem ao longo dos meses, é útil para diversas análises e planejamento. Ela auxilia no entendimento da dinâmica populacional, no planejamento de serviços de saúde e educação, e na compreensão de fatores sociais e ambientais que podem influenciar as taxas de natalidade. No período de 2015 a 2024, o percentual de partos por mês variou de 7,8% a 8,9%, sem mês de predomínio de nascimentos (Tabela 1).

4.1 TAXA DE NATALIDADE

A taxa de natalidade representa o número de crianças nascidas vivas no período de um ano. Exclui-se desse cálculo o número de crianças nascidas mortas ou que morreram logo após o nascimento. Esse indicador representa a relação entre o número de nascimentos e de habitantes de um determinado local. O cálculo é feito a cada mil habitantes, e o resultado é dado em permilagem (número por mil). Os resultados obtidos auxiliam na compreensão da dinâmica populacional de um determinado lugar, demonstrando seu crescimento. Além disso, é um indicador que auxilia na análise do desenvolvimento humano, e também é usada na análise do crescimento populacional de um lugar.

Tabela 2. Número de nascidos vivos e taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes, Roraima e Brasil, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 a 2024

Ano	Roraima			Brasil
	Nascidos vivos	População residente	Taxa de natalidade	Taxa de natalidade
1990	5.016	203.977	24,6	-
1995	7.023	262.194	26,8	-
2000	9.698	324.397	29,9	20,8
2005	9.699	391.318	24,7	18,1
2010	9.751	450.479	21,6	15,08
2011	9.998	460.165	21,7	15,13
2012	10.633	469.524	22,6	14,89
2013	10.615	488.072	21,7	14,77
2014	11.122	496.936	22,4	15,01
2015	11.423	513.328	22,3	15,09
2016	11.381	525.967	21,6	14,14
2017	11.755	546.885	21,5	14,61
2018	12.733	576.568	22,1	14,41
2019	14.657	605.761	24,2	13,56*
2020	13.770	631.181	21,8	12,89*
2021	13.907	652.713	21,3	12,55*
2022	13.099	636.707	20,6	12,62*
2023	13.016	683.769	19,0	11,98*
2024	11.776	716.793	16,4	

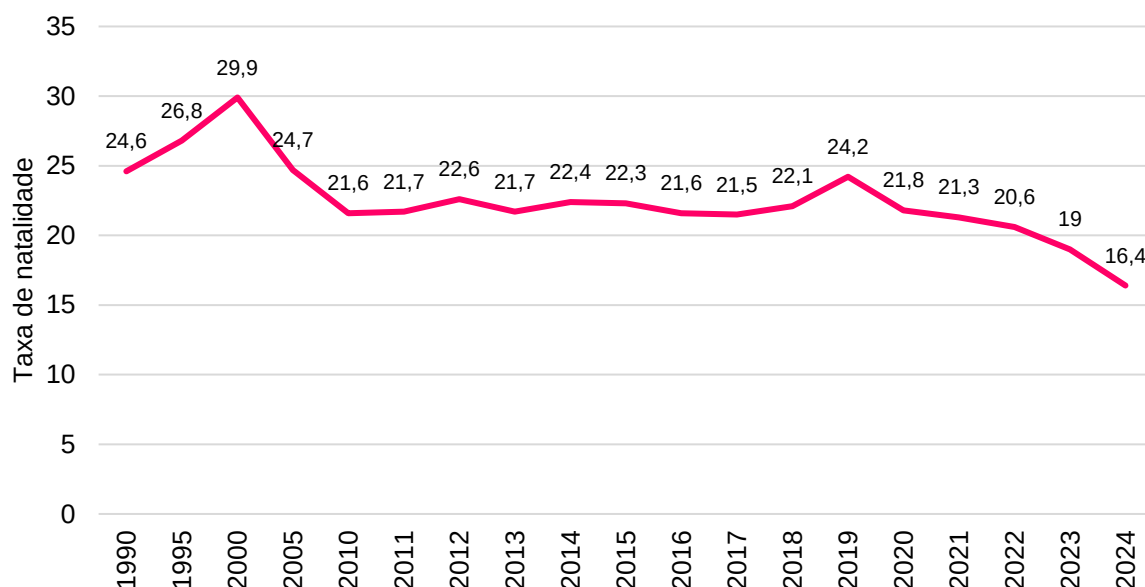
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). *Datusus, FAPESPA – 2019 a 2023.

Em Roraima, no período de 1990 a 2024, a taxa de natalidade apresentou uma tendência decrescente (Tabela e Figura 2), passou de 24,6 nascimentos por mil

habitantes em 1990 para 16,4 em 2024, uma redução de 50% em 34 anos.

A taxa teve o maior pico no ano de 2000 com redução até 2010 quando permaneceu estável. Em 2019 teve um segundo pico, menor, e desde então está em queda. Esse pico em 2019 provavelmente está relacionado com a imigração venezuelana pois esse ano ocorreram 2.798 nascidos vivos de mães venezuelanas no estado, o maior número desde 2015. Desde 2020, primeiro ano da pandemia de Covid-19, a taxa vem reduzindo, e em 2024, foi registrado a menor taxa da série histórica. Sem os nascimentos de mães venezuelanas a taxa de natalidade seria ainda menor, em 2018 seria 11,2% menor, em 2019 (19,0%), 2020 (18,0%), 2021 (18,3%), 2022 (19,3%), 2023 (20,1%) e 2024 (17,8%).

Figura 2. Taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes, Roraima 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 a 2024

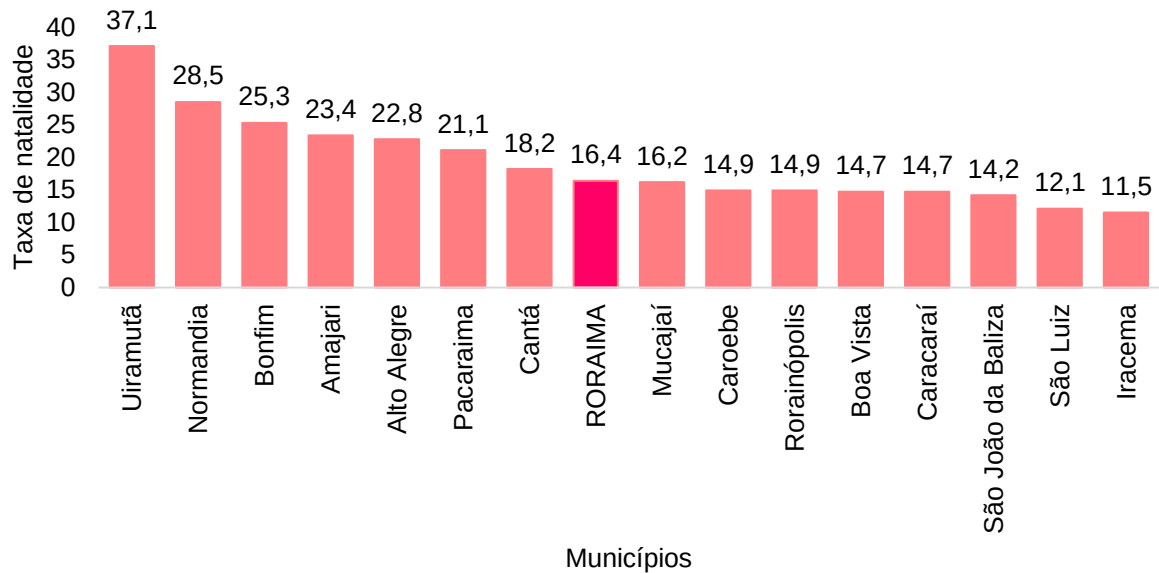


Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). Censo 2000, 2010 e 2022. Demais projeção do IBGE. Pop do 2021 (<https://www.estadosecidades.com.br/rr/roraima-rr.html>).

A queda na taxa de natalidade é um fenômeno complexo com implicações sociais, econômicas e culturais profundas. Ela reflete mudanças nas dinâmicas familiares, acesso à educação e saúde, e também está ligada a fatores como urbanização e maior participação da mulher no mercado de trabalho. Entre as suas causas muitos estudos destacam as mudanças sociais e culturais (A urbanização, o acesso à educação e o aumento da participação feminina no mercado de trabalho são fatores que contribuem para a mudança nos padrões familiares e na decisão de ter

menos filhos), o custo de vida (O aumento do custo de vida, especialmente nas áreas urbanas, torna a criação dos filhos mais onerosa, influenciando a decisão de ter menos filhos ou adiar a maternidade/paternidade), o acesso à contracepção e planejamento familiar (O acesso a métodos contraceptivos e a maior conscientização sobre o planejamento familiar também são fatores importantes), a incerteza sobre o futuro (Em um contexto de incertezas econômicas e sociais, muitas pessoas podem hesitar em ter filhos, temendo não conseguir garantir um futuro estável para si e para seus filhos).

Figura 3. Taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes por município de residência da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). IBGE, 2024 (Estimativa populacional 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2023>. Acesso em: 22 jan 2025. e estimativa populacional 2024).

Entre os impactos da queda na taxa de natalidade os estudos destacam: envelhecimento da população (A diminuição da taxa de natalidade leva ao envelhecimento da população, com um aumento da proporção de idosos em relação aos jovens), o impacto econômico (O envelhecimento da população pode gerar desafios econômicos, como a sobrecarga do sistema previdenciário e a redução da força de trabalho), o impacto social (A queda na taxa de natalidade pode afetar a dinâmica social das comunidades e a oferta de serviços públicos, como educação e saúde). A queda na natalidade traz desafios para políticas públicas em vários lugares no mundo, governos enfrentam o desafio de adaptar políticas públicas para lidar com

as mudanças demográficas, como a necessidade de investir em serviços de apoio à população idosa e em políticas que incentivem a natalidade.

Tabela 3. Número e percentual de nascidos vivos e taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes por município de residência, Roraima, 2024

Município	Nascidos Vivos		População 2024	Taxa de natalidade
	Nº	%		
Alto Alegre	525	4,5	23.049	22,8
Amajari	368	3,1	15.744	23,4
Boa Vista	6.904	58,6	470.169	14,7
Bonfim	385	3,3	15.222	25,3
Cantá	375	3,2	20.552	18,2
Caracaraí	331	2,8	22.443	14,7
Caroebe	174	1,5	11.708	14,9
Iracema	124	1,1	10.778	11,5
Mucajaí	317	2,7	19.619	16,2
Normandia	449	3,8	15.744	28,5
Pacaraima	467	4,0	22.104	21,1
Rorainópolis	547	4,6	36.747	14,9
São João da Baliza	138	1,2	9.727	14,2
São Luiz	94	0,8	7.777	12,1
Uiramutã	577	4,9	15.571	37,1
Total	11.776	100	716.793	16,4

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). IBGE, 2025 (Estimativa populacional 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2023>. Acesso em: 22 jan 2025. e estimativa populacional 2024).

A taxa de natalidade no Brasil está em queda há vários anos, com o menor número de nascimentos desde 1976 registrado em 2023, segundo o IBGE. Nesse ano, o país registrou a menor de taxa, de 11,98 nascidos vivos por 1.000 habitantes. Segundo a Agência Brasil (2025), ano a ano as brasileiras estão tendo menos filhos, o que fez com que o país registrasse o menor número de nascimentos em quase 50 anos. Em 2023, o país viu o número de nascimentos cair pelo quinto ano seguido. Foram 2,52 milhões de nascidos, uma redução de 0,7% na comparação com 2022.

A taxa de natalidade está em queda ao redor do mundo, um fenômeno que desafia suposições tradicionais sobre crescimento populacional. O que antes era associado principalmente a países desenvolvidos, agora se expande até mesmo para regiões como o Oriente Médio e o norte da África, tradicionalmente conhecidas por altas taxas de fertilidade. Esta mudança drástica suscita debates e levanta questões

sobre os fatores sociais, econômicos e culturais que impulsionam essa tendência. Para enfrentar essa nova realidade, é fundamental que políticas públicas sejam adaptadas e que as desigualdades educacionais e econômicas sejam abordadas de maneira abrangente. A longo prazo, somente com uma abordagem integrada será possível equilibrar as expectativas individuais e as necessidades demográficas (Nunan, 2024).

Em Roraima, a taxa de natalidade dos municípios variou de 37,1 por mil habitantes em Uiramutã a 11,5 em Iracama, e 46,7% dos municípios tiveram a taxa de natalidade maior que a média do estado de 16,2 por mil habitantes em 2024. Os municípios com as maiores taxas de natalidade são os constituídos por importante contingente de população indígena (Tabela e Figura 3). É importante destacar que a população residente utilizada para o cálculo foi a estimativa população do IBGE para 2024.

4.2 TAXA DE FECUNDIDADE

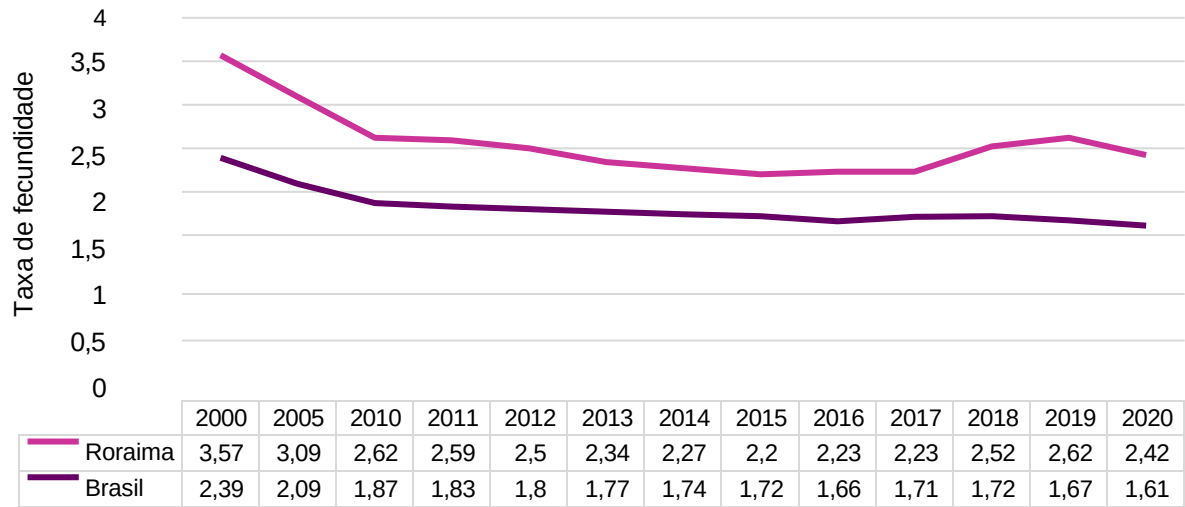
A taxa de fecundidade corresponde ao número de filhos vivos nascidos por mulher na idade reprodutiva. É um indicador que expressa a condição reprodutiva média das mulheres, para que a reposição populacional seja assegurada, a taxa de fecundidade não pode ser inferior a 2,1 filhos por mulher, pois as duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva (Brasil, 2013).

Em Roraima, a taxa de fecundidade apresenta tendência de queda entre 2000 e 2023, a redução de 32,2%. Entre 2019 e 2020 a redução foi de 7,6% (Figura 4). Segundo o IBGE, em 2023, Roraima foi o único estado brasileiro que registrou crescimento populacional. A taxa de fecundidade no estado permaneceu acima de dois filhos por mulher em idade reprodutiva, em contraste com a tendência de queda observada no restante do país. Depois de Roraima, estão os estados do Mato Grosso e do Amazonas.

Em 2023, a taxa de fecundidade em Roraima foi recorde também entre as meninas de até 14 anos (Figura 5) (Alves; Semente, 2023). Entretanto, o Povo Yanomami tem o menor número de bebês vivos desde 2018, com exceção de 2021, durante a pandemia de Covid-19. Dos 30 mil indígenas que vivem hoje no território Yanomami, em Roraima, apenas 890 são crianças com menos de um ano de idade.

O impacto da crise humanitária que acometeu o Povo Yanomami no último ano está sendo sentido entre os mais jovens. A morte prematura de bebês e crianças é uma preocupação para o futuro do Povo Yanomami. Com a queda na natalidade e as dificuldades para os mais jovens sobreviverem à infância e à adolescência, a população poderá “envelhecer”, reduzindo sua condição de sobrevivência no longo prazo (Clima Info, 2023).

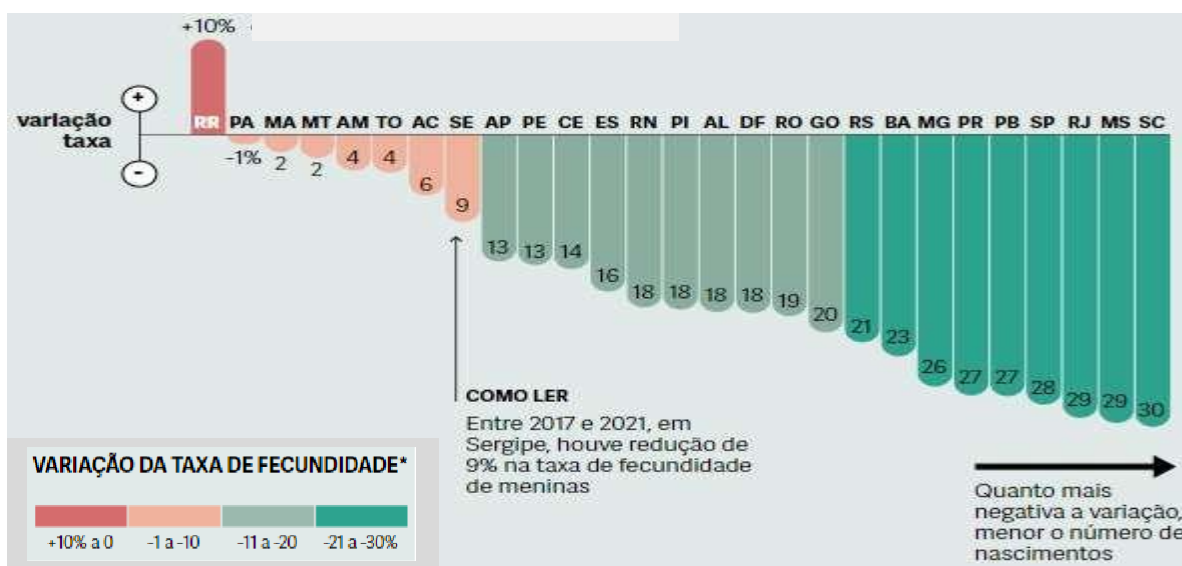
Figura 4. Comparação da taxa geral de fecundidade de mães residentes, Roraima e Brasil, 2000, 2005 e 2010 a 2020



Fonte: IBGE. Dados de 2000 a 2015. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>. Acesso: 13 jul 2023. Dados de 2016 a 2020. Disponível em: <https://www.fapespa.pa.gov.br/sistemas/pcn2021/tabelas/2-demografia/6-taxa-de-fecundidade-total--2016-2020.htm>. Acesso: 13 jul 2023.

No Brasil, desde a década de 70, 80, vem diminuindo a taxa de fecundidade de forma significativa e em toda as regiões do país (Figura 6). Na década de 60, por exemplo, essa taxa estava em torno de seis filhos por mulher; na década de 80, eram quatro filhos por mulher; no ano de 2000, essa taxa de fecundidade era de 2,2 e, em 2020, uma média de 1,65 filhos (Contel, 2023). A taxa de fecundidade será de 1,5 filhos por mulheres em 2024, podendo cair para 1,4 entre 2035 e 2049 e retornar a 1,5 até 2070 (Braga, 2024; [Cypreste](#), 2025).

Figura 5. Fecundidade entre meninas de 10 a 14 anos, 2017 a 2021

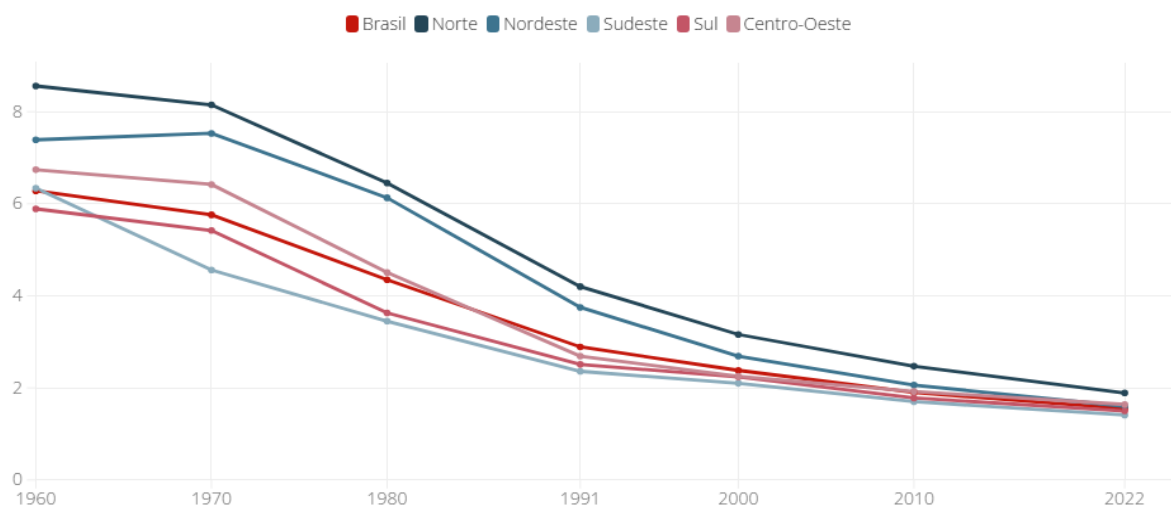


Fonte: Alves; Semente, 2023. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/oraima-fecundidade-meninas/>

Estudos apontam a queda da taxa de fecundidade no Brasil é influenciada por diversos fatores, incluindo a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o acesso facilitado a métodos contraceptivos e planejamento familiar, o aumento do custo de vida e a mudança de prioridades individuais, com mais pessoas priorizando projetos pessoais em vez de ter filhos. Segundo o Ministério da Saúde, os fatores que se apresentam associados à redução da fecundidade incluem: aumento da morbidade e mortalidade de adultos em idade reprodutiva; maior frequência de natimortos e de mortalidade materna e lentidão nas concepções por medo de infecções. Esse cenário, observado em períodos epidêmicos, foi experimentado, inclusive, ao longo da pandemia de Covid-19 (Brasil, 2023).

A OMS alertou sobre a “catástrofe climática” e sua ameaça urgente para gestantes, bebês e crianças. Em 2023, a entidade lançou o documento “Proteger a saúde materna, neonatal e infantil dos impactos das alterações climáticas”, o texto destaca que essas populações têm sofrido com os efeitos das mudanças climáticas, mas que esses impactos são negligenciados e subnotificados (Felix, 2023).

Figura 6. Taxas de Fecundidade no Brasil e regiões do país, 1960 a 2022



Fonte: IBGE • Para a TFT de 1960 a 2010: IBGE. Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração — resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2012. Para a TFT de 2022: IBGE. Censo Demográfico 2022 — resultados preliminares da amostra, estimados a partir de Áreas de Ponderação preliminares para 2022.

4.3 PAÍS DA NACIONALIDADE DA MÃE

No período de 2015 a 2024 ocorreram 127.517 nascimentos vivos de mães residentes no estado, destes 18.147 foram de mães naturais de outros países, e esses nascimentos representaram 14,2% do total. Houve o aumento gradativo no número de mães venezuelanas no período, em 2015 eram 45 nascimentos de mães venezuelanas e passou para 2.099 em 2024, esse aumento acompanha o início da crise humanitária que o país vive, e representam 93,72% dos nascimentos de mães de outras nacionalidades. Outro ponto a destacar é grande diversidade de nacionalidades, incluindo países vizinhos, e de praticamente todos os continentes (Tabela 4).

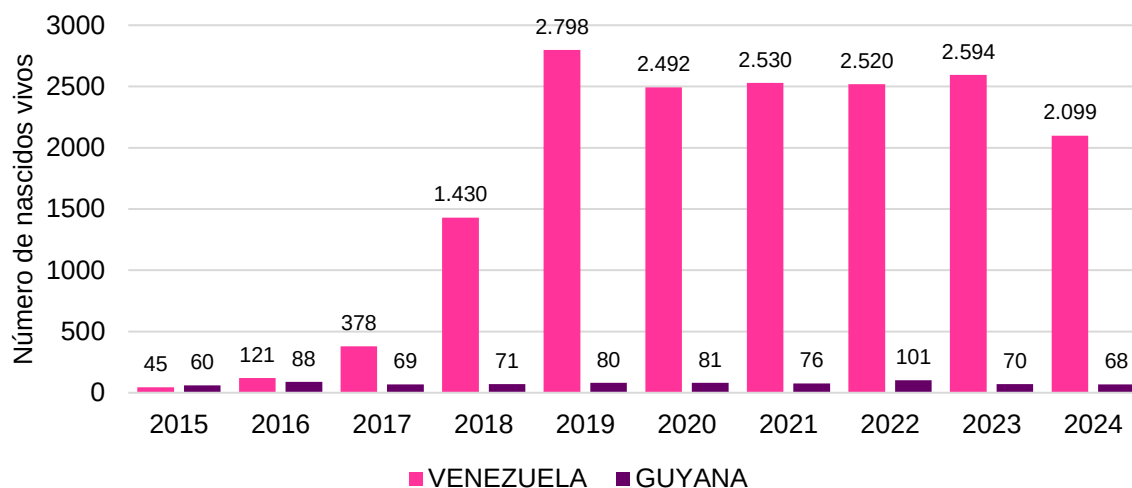
Tabela 4. Número de nascidos vivos (de mães residentes) segundo o país de natural da mãe, Roraima, 2015 a 2024

País natural da mãe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
VENEZUELA	45	121	378	1.430	2.798	2.492	2.530	2.520	2.594	2.099	17.007	93,72
GUYANA	60	88	69	71	80	81	76	101	70	68	764	4,21
HAITI	3	10	11	20	18	19	11	5	2	0	99	0,55
CUBA	4	16	15	8	9	6	9	10	7	9	93	0,51
COLOMBIA	2	9	3	8	8	5	5	2	6	8	56	0,31
PERU	2	3	3	1	5	3	3	1	3	2	26	0,14
CHINA	3	2	6	6	2	1	2	2	0	0	24	0,13
SIRIA	1	0	0	2	3	0	1	2	1	3	13	0,07
SURINAME	2	0	1	0	0	0	2	1	2	1	9	0,05
GUIANA												
FRANCESA	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4	8	0,04
BOLIVIA	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	0,03
PARAGUAI	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	4	0,02
ALEMANHA	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0,02
JAPAO	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0,02
REPUBLICA												
DOMINICANA	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0,02
BENIN	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,01
COSTA DO												
MARFIM	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0,01
DOMINICA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0,01
ESTADOS												
UNIDOS	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0,01
FRANCA	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0,01
LIBANO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0,01
MEXICO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0,01
NIGERIA	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0,01
PORTUGAL	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0,01
ARABIA												
SAUDITA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01
ARGENTINA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01
BELGICA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,01
BELIZE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01
BULGARIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,01
GANA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,01
HONDURAS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,01
KUWEIT	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,01
LIBIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01
PAQUISTAO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01
TRINIDAD												
TOBAGO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,01
URUGUAI	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,01
Total	127	254	488	1.551	2.930	2.611	2.647	2.647	2.692	2.200	18.147	100,00

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Na Figura 7 observamos o número de nascidos vivos de mães de outras nacionalidades com maior participação no estado no período de 2015 a 2024.

Figura 7. Número de nascidos vivos (de mães residentes) segundo o país de naturalidade da mãe (Venezuela e Guiana), Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.4 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DA MÃE

Historicamente, a capital Boa Vista, concentra a maioria dos nascimentos, em torno de 60%. Em 2024, 58,6% dos nascimentos vivos ocorreram em residentes de Boa Vista (Figura 8). Na capital, há maior contingente populacional, serviços públicos de referência como o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) de gestão estadual e a existência de serviços de saúde privados com atendimento a gestante e ao parto.

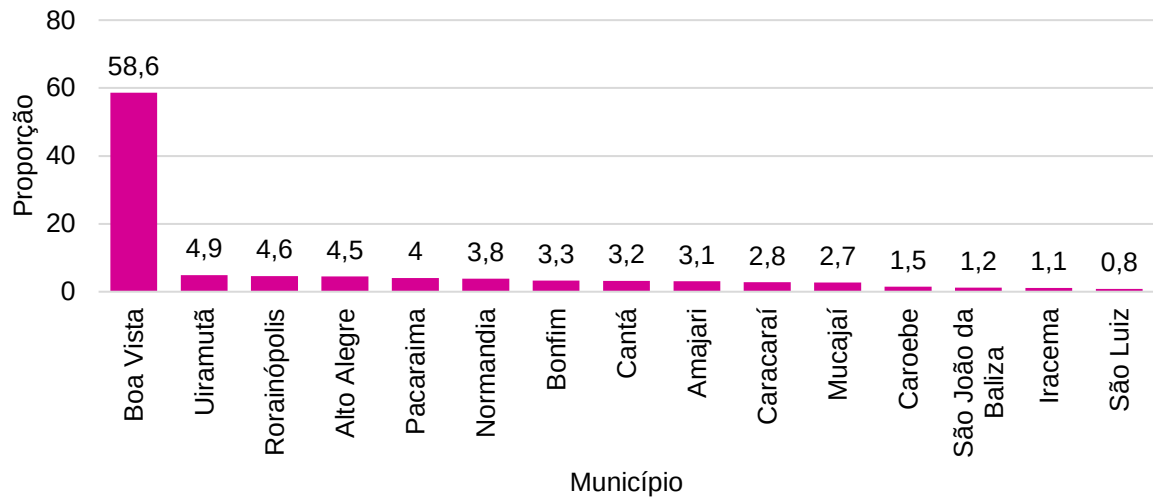
A Tabela 5 apresenta o número e percentual de nascimentos no período de 2015 a 2024. Na comparação entre os anos de 2015 e 2024, houve aumento no percentual de nascidos vivos dos municípios de Pacaraima, Caroebe, São João da Baliza, Cantá, Uiramutã e Bonfim; redução no percentual de nascidos vivos nos municípios de Boa Vista, Caracaraí, Iracema Mucajaí e Normandia; e sem alteração nos municípios de Rorainópolis e São Luiz (Tabela 6).

Tabela 5. Número de nascidos vivos de mães residentes por municípios, Roraima 2015 a 2024

Município de residência	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto Alegre	550	4,8	620	5,4	528	4,5	433	3,4	715	4,9	737	5,4	769	5,5	704	5,4	631	4,8	525	4,5
Amajari	340	3,0	332	2,9	355	3,0	315	2,5	446	3,0	395	2,9	435	3,1	432	3,3	415	3,2	368	3,1
Boa Vista	6.715	58,8	6.739	59,2	7.055	60,0	8.167	64,1	8.948	61,0	8.195	59,5	8.109	58,3	7.840	59,9	7.776	59,7	6.904	58,6
Bonfim	355	3,1	365	3,2	379	3,2	390	3,1	471	3,2	464	3,4	435	3,1	432	3,3	417	3,2	385	3,3
Cantá	334	2,9	323	2,8	352	3,0	334	2,6	390	2,7	370	2,7	418	3,0	394	3,0	365	2,8	375	3,2
Caracaraí	416	3,6	382	3,4	407	3,5	377	3,0	448	3,1	433	3,1	424	3,0	332	2,5	355	2,7	331	2,8
Caroebe	139	1,2	145	1,3	183	1,6	180	1,4	204	1,4	184	1,3	210	1,5	181	1,4	212	1,6	174	1,5
Iracema	169	1,5	140	1,2	154	1,3	125	1,0	185	1,3	152	1,1	142	1,0	145	1,1	162	1,2	124	1,1
Mucajá	342	3,0	308	2,7	309	2,6	310	2,4	374	2,6	337	2,4	370	2,7	323	2,5	353	2,7	317	2,7
Normandia	443	3,9	428	3,8	416	3,5	425	3,3	490	3,3	556	4,0	477	3,4	446	3,4	511	3,9	449	3,8
Pacaraima	361	3,2	357	3,1	380	3,2	412	3,2	559	3,8	512	3,7	610	4,4	544	4,2	540	4,1	467	4,0
Rorainópolis	530	4,6	542	4,8	563	4,8	628	4,9	574	3,9	598	4,3	561	4,0	570	4,4	532	4,1	547	4,6
São João da Baliza	117	1,0	106	0,9	122	1,0	119	0,9	131	0,9	127	0,9	141	1,0	116	0,9	127	1,0	138	1,2
São Luiz	91	0,8	83	0,7	106	0,9	86	0,7	107	0,7	106	0,8	102	0,7	125	1,0	90	0,7	94	0,8
Uiramutã	518	4,5	510	4,5	446	3,8	431	3,4	615	4,2	603	4,4	704	5,1	514	3,9	528	4,1	577	4,9
Ignorado	3	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0
Total	11.423	100,0	11.381	100,0	11.755	100,0	12.733	100,0	14.657	100,0	13.770	100,0	13.907	100,0	13.099	100,0	13.016	100,0	11.776	100,0

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). IBGE, 2025 (Estimativa populacional 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2023>. Acesso em: 22 jan 2025. e estimativa populacional 2024).

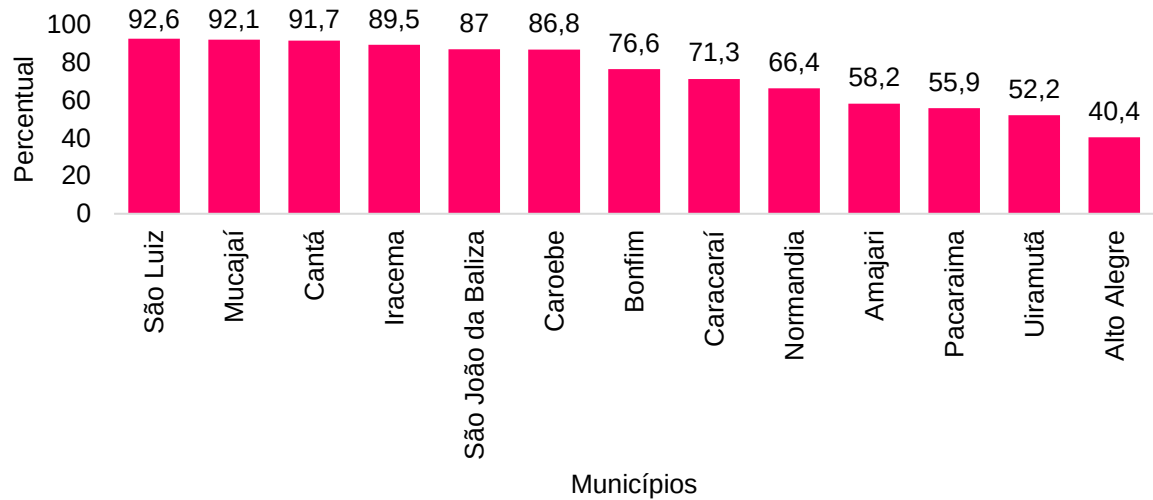
Figura 8. Percentual de nascidos vivos segundo o município de residência da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O município de Rorainópolis apresenta um aumento importante dos nascimentos desde 2014, quando foi implantado o Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto com o objetivo de atender a demanda obstétrica local com partos normais e cesáreas e atende também os municípios da região sul do estado.

Figura 9. Percentual de nascidos vivos de mães residentes ocorridos fora do município de residência da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Tabela 6. Número e percentual de nascidos vivos segundo o município de residência da mãe, Roraima, 2015 e 2024

Município de residência	2015		2024		Variação %
	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	550	4,8	525	4,5	-6,3
Amajari	340	3,0	368	3,1	3,3
Boa Vista	6.715	58,8	6.904	58,6	-0,3
Bonfim	355	3,1	385	3,3	6,5
Cantá	334	2,9	375	3,2	10,3
Caracaraí	416	3,6	331	2,8	-22,2
Caroebe	139	1,2	174	1,5	25,0
Iracema	169	1,5	124	1,1	-26,7
Mucajá	342	3,0	317	2,7	-10,0
Normandia	443	3,9	449	3,8	-2,6
Pacaraima	361	3,2	467	4,0	25,0
Rorainópolis	530	4,6	547	4,6	0,0
São João da Baliza	117	1,0	138	1,2	20,0
São Luiz	91	0,8	94	0,8	0,0
Uiramutã	518	4,5	577	4,9	8,9
Total	11.423	100	11.776	100	-

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No município do Cantá, 92,5% dos nascimentos vivos ocorreram em Boa Vista, esse fato se deve a proximidade entre as sedes desses municípios, mas sobretudo pela falta de hospital no Cantá. Desde a inauguração da maternidade estadual em Rorainópolis diminuiu o número de nascimentos vivos em Boa Vista dos municípios do sul do estado.

A comparação entre os municípios de residência da mãe e o município de ocorrência do parto permite descrever, ainda que parcialmente, a mobilidade espacial das mulheres na busca de assistência ao parto. Nesse sentido, a Figura 9 mostra a mobilidade das mães em busca de assistência ao parto. Capta-se aqui a mobilidade intermunicipal, mas não a que ocorre dentro do município. Os municípios com maior percentual de partos foram do município de ocorrência da mãe foram São Luiz com 92,6%, seguido de Mucajá (92,1%) e Cantá (91,7%) e o município com menor percentual foi Uiramutã com 40,4%. Uiramutã é o município com maior percentual populacional de indígenas.

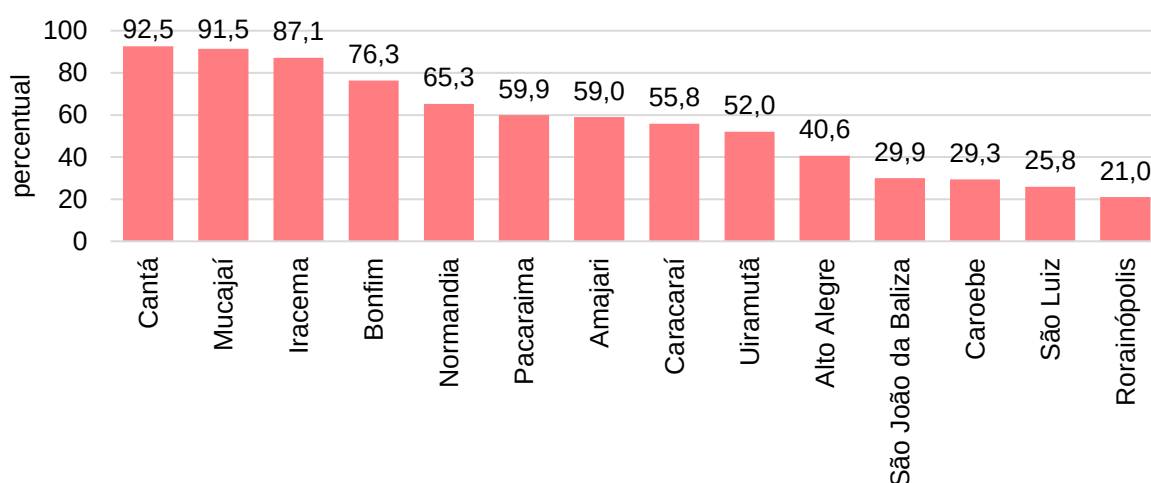
Um total 9.625 nascimentos vivos ocorreram na capital, Boa Vista, destes, 6.884 são de mães residentes em Boa Vista, incluindo 11 partos ocorridos em outros municípios. Do total de 9.625 nascimentos ocorridos em Boa Vista, 2.752 nascidos

vivos são de mães de outros municípios. Na Figura 10 observa-se o percentual de nascidos vivos de mães residentes em outros municípios, mas que buscaram atendimento obstétrico nos serviços de saúde localizados em Boa Vista.

Em relação à esfera administrativa do estabelecimento de saúde de ocorrência do parto há predomínio de partos ocorridos em estabelecimentos públicos ao longo dos anos. Em 2024, 95% dos nascimentos vivos de mães residentes ocorreram em estabelecimentos públicos (Tabela 7). Vale lembrar que é considerada na análise a esfera administrativa e não a origem do recurso financeiro do leito.

Em 2024, o HMINSN, realizou 75,4% (8.881/11.776) de todos os nascimentos de mães residentes no estado. Nos anos anteriores foram: 72,4% (9.976/13.770) em 2020, 72,1% (10.022/13.907) em 2021, 73,9% (9.681/13.099) em 2022, 73,6% (9.583/13.016) em 2023 (Tabela 8). Esse hospital localizado na capital Boa Vista, foi inaugurado em 1982, e por décadas foi a única maternidade do estado, e somente recentemente, em 2021, foi inaugurada a maternidade Thereza Monay Montessi no município de Rorainópolis, localizado no sul do estado há cerca de 300 km da capital. Com a inauguração desse maternidade diminuiu o número de nascimentos na capital.

Figura 10. Percentual de nascidos vivos ocorridos no município de Boa Vista de mães residentes de outros municípios. Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2014, foi inaugurado o hospital de Rorainópolis, onde funciona desde 2021 a maternidade Thereza Monay Montessi. O hospital atende as demandas da região sul do estado, inclusive as demandas obstétricas. Nesse ano, o percentual de

cesáreas no hospital foi de 32,1% e passou a 59,9% em 2015, um aumento de 71% e até 2023 o percentual de cesáreas nesse serviço ficou acima de 50%.

Os estabelecimentos de saúde do interior do estado são todos públicos, de gestão estadual, alguns possuem a administração mista. Dentre esses estabelecimentos de saúde o que mais ocorreu nascimentos vivos foi o Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto, em Rorainópolis, com 717 nascimentos em 2024, que representou 6,1% de todos os nascimentos do estado.

Em 2024, nos estabelecimentos de saúde privados ocorreram 589 nascimentos vivos, e representaram 5% dos nascimentos vivos do estado (Tabela 7).

Tabela 7. Número e percentual de nascidos vivos segundo a esfera administrativa (pública e privada) de mães residentes, Roraima, 2020 a 2024

Esfera administrativa	Público		Privado		Total
	Nº	%	Nº	%	
2020	13.061	94,9	709	5,1	13.770
2021	13.115	94,3	792	5,7	13.907
2022	12.330	94,1	769	5,9	13.099
2023	12.219	93,9	797	6,1	13.016
2024	11.187	95,0	589	5,0	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No período de 2015 a 2024 os hospitais concentram a grande maioria dos nascimentos vivos, seguidos do domicílio. Em 2024, 89,8% dos nascimentos vivos ocorreram em hospitais e 4,7% ocorreram em domicílio e quase o mesmo percentual, 4,4% tiveram o local de ocorrência do nascimento ignorado na declaração de nascidos vivos. Esse falta pode estar refletindo a falta de qualidade no preenchimento do documento pelo profissional de saúde que realizou o parto ou pode indicar que o nascimento não ocorreu em um estabelecimento de saúde, como um hospital, ou que o local exato do nascimento é desconhecido (Tabela 9). Os municípios com maior percentual de local de nascimento ignorado foram: Alto Alegre (55,4%), Amajari (37,5%), Caracaraí (16,3%) e Iracema (5,4%) (Tabela 10).

Tabela 8. Número de nascidos vivos de mães residentes por estabelecimentos de saúde, Roraima, 2020 a 2024

Estabelecimento de saúde	2020	2021	2022	2023	2024
HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	9.976	10.022	9.681	9.583	8.881
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO	843	779	710	747	717
HOSPITAL UNIMED DE BOA VISTA	384	318	315	240	56
HOSPITAL DA MULHER	196	289	214	253	255
2320592 HOSPITAL LOTTY IRIS	128	183	226	270	270
HOSPITAL DELIO DE OLIVEIRA TUPINAMBA	126	184	148	159	125
UNIDADE MISTA RUTH QUITERIA	179	106	75	75	71
CENTRO DE SAUDE UIRAMUTA	72	114	87	99	52
UNIDADE MISTA DE CARACARAI	74	64	48	51	38
HOSPITAL PEDRO ALVARO RODRIGUES	41	43	40	41	30
UNIDADE MISTA DE CAROEBE	35	24	13	27	22
UNIDADE MISTA SAO JOAO DA BALIZA	10	11	19	13	15
HOSPITAL JOSE GUEDES CATAO	14	19	2	9	7
HOSPITAL DA MULHER	1	2	11	26	6
CENTRO DE SAUDE JAIR DA SILVA MOTA	4	12	6	15	5
HOSPITAL EPITACIO DE ANDRADE LUCENA	7	1	4	12	10
UNIDADE MISTA ROSA VIEIRA VO PRETA	7	9	2	5	8
HOSPITAL FRANCISCO RICARDO DE MACEDO	4	5	9	3	6
HOSPITAL LOTTY IRIS	0	0	3	8	2
POSTO DE SAUDE FELIX PINTO	0	3	1	2	0
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA	4	0	0	0	2
CASA DE SAUDE DO INDIO	0	2	0	4	0
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR	0	3	0	2	0
CENTRO DE SAUDE EDITE CARDOSO	4	0	0	0	0
UNIDADE MISTA IRMA CAMILA	2	1	1	0	0
HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO	1	0	0	2	1
CENTRO DE SAUDE IRACEMA GALVAO	1	0	0	1	1
CENTRO DE SAUDE WALTER GOMES PORTELA	1	0	1	0	0
SAMU 192 SAV	0	1	1	0	0
SAMU 192 BRAVO 1	0	2	0	0	0
CASA DE SAUDE INDIGENA LESTE DE RORAIMA	0	1	0	1	0
2320916 POSTO DE SAUDE ANA HIPOLITO DOS SANTOS	1	0	0	0	0
2657171 POSTO DE SAUDE DO ANZOL	0	0	0	0	1
8015694 ESCOLA MUNICIPAL NOVA CANAA	0	0	0	0	1
POSTO DE SAUDE INDIGENA MUTAMBA	0	0	1	0	0
UNIDADE MISTA BOM SAMARITANO	0	1	0	0	0
POSTO DE SAUDE INDIGENA RAIMUNDAO II	0	0	1	0	0
SAMU 192 DE NORMANDIA	0	0	0	0	1
CENTRO DE SAUDE REGINA RIBEIRO PAIVA	1	0	0	0	0
CENTRO DE SAUDE CRISTINO JOSE DA SILVA	0	0	0	1	0
POSTO DE SAUDE DO CANTA	0	0	0	0	1

UNIDADE BASICA DE SAUDE SAYONARA MARIA DANTAS LICARIAO MATOS	0	0	0	0	1
CONSULTORIO DA MULHER	0	0	0	0	1
CENTRAL DE REGUL DAS URGENCIAS DO ESTADO DE RORAIMA SAMU 192	1	0	0	0	0
HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES	1	0	0	0	0

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2018, foram registrados 378 nascimentos vivos de ocorrência domiciliar, o menor número dos últimos 10 anos, e desde então o número desses nascimentos se manteve acima de 500 nascimentos por ano, e em 2024 representaram 4,7% de todos os nascimentos vivos.

Tabela 10. Número de nascidos vivos de mães residentes segundo o local de ocorrência do parto e município de residência da mãe, Roraima, 2024

Município	Hospital		Outro estab. de saúde		Domicílio		Outros		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	217	41,3	1	0,2	11	2,1	5	1,0	291	55,4	525
Amajari	217	59,0	0	0,0	9	2,4	4	1,1	138	37,5	368
Boa Vista	6.798	98,5	2	0,0	83	1,2	20	0,3	1	0,0	6.904
Bonfim	317	82,3	0	0,0	57	14,8	11	2,9	0	0,0	385
Cantá	345	92,0	1	0,3	24	6,4	5	1,3	0	0,0	375
Caracarái	270	81,6	0	0,0	2	0,6	5	1,5	54	16,3	331
Caroebe	173	99,4	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	174
Iracema	110	88,7	0	0,0	0	0,0	1	0,8	13	10,5	124
Mucajaí	297	93,7	1	0,3	1	0,3	1	0,3	17	5,4	317
Normandia	360	80,2	2	0,4	81	18,0	6	1,3	0	0,0	449
Pacaraima	400	85,7	0	0,0	61	13,1	6	1,3	0	0,0	467
Rorainópolis	542	99,1	0	0,0	4	0,7	1	0,2	0	0,0	547
São João da Baliza	135	97,8	0	0,0	1	0,7	2	1,4	0	0,0	138
São Luiz	93	98,9	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	94
Uiramutã	300	52,0	46	8,0	224	38,8	7	1,2	0	0,0	577
Total	10.575	89,8	53	0,5	558	4,7	76	0,6	514	4,4	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). 01 nascido vivos com município ignorado.

No Brasil, o parto domiciliar é realizado em menos de 1% dos nascimentos, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) (Agência Câmara de Notícias, 2023). Embora a maioria dos partos ocorra em ambiente hospitalar, o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e

indígenas. O Ministério da Saúde lançou em 2000 o “Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais”, inserindo-o entre as estratégias para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e para a qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal (Brasil, 2010).

Tabela 11. Número de nascidos vivos de partos domiciliares de mães residentes segundo a raça/cor, Roraima, 2024

Município	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	9	81,8	0	0,0	11
Amajari	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	7	77,8	1	11,1	9
Boa Vista	10	12,0	2	2,4	0	0,0	45	54,2	26	31,3	0	0,0	83
Bonfim	0	0,0	1	1,8	1	1,8	2	3,5	53	93,0	0	0,0	57
Cantá	1	4,2	0	0,0	0	0,0	3	12,5	20	83,3	0	0,0	24
Caracaraí	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2
Mucajaí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Normandia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	81	100,0	0	0,0	81
Pacaraima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	59	96,7	0	0,0	61
Rorainópolis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4
São João da Baliza	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Uiramutã	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	224	100,0	0	0,0	224
Total	12	2,2	3	0,5	1	0,2	59	10,6	482	86,4	1	0,2	558

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

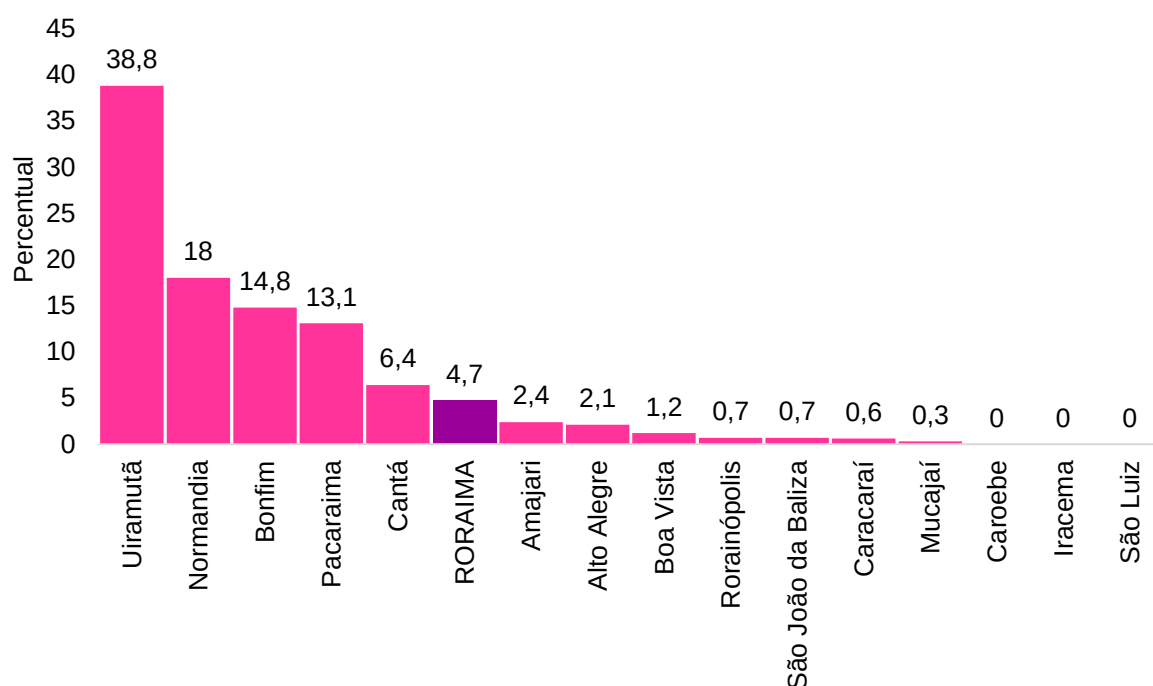
Em 2024, 33,3% dos municípios tiveram o percentual de partos domiciliares acima da média do estado e apenas três municípios não registraram partos domiciliares: Caroebe, Iracema e São Luiz (Tabela e Figura 11).

Tabela 9. Número de nascidos vivos de mães residentes por local de nascimento (ocorrência do parto), Roraima 2015 a 2024

Local Ocorrência	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospital	10.092	88,3	10.074	88,5	10.603	90,2	11.824	92,9	13.019	88,8	12.085	87,8	12.135	87,3	11.592	88,5	11.579	89,0	10.575	89,8
Outro estab. de saúde	32	0,3	40	0,4	48	0,4	93	0,7	89	0,6	60	0,4	112	0,8	72	0,55	108	0,8	53	0,5
Domicílio	577	5,1	569	5,0	488	4,2	378	3,0	645	4,4	743	5,4	752	5,4	611	4,64	594	4,6	558	4,7
Outros	82	0,7	94	0,8	69	0,6	88	0,7	122	0,8	124	0,9	108	0,8	82	0,62	97	0,7	76	0,6
Ignorado	640	5,6	604	5,3	547	4,7	350	2,7	782	5,3	758	5,5	800	5,8	742	5,6	638	4,9	514	4,4
Total	11.423	100,0	11.381	100,0	11.755	100,0	12.733	100,0	14.657	100,0	13.770	100,0	13.907	100,0	13.099	100	13.016	100,0	11.776	100,0

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Figura 11. Percentual de nascidos vivos com parto domiciliar de mães residentes, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Entre 2015 e 2024, 86,4% dos partos domiciliares foram em mães indígenas e sua ocorrência é maior em municípios com grande proporção de população indígena: Uiramutã (38,8%), Normandia (18,0%), Bonfim (14,8%) e Pacaraima (13,1%).

4.5 REFERENTES À MÃE

4.5.1 Idade da mãe

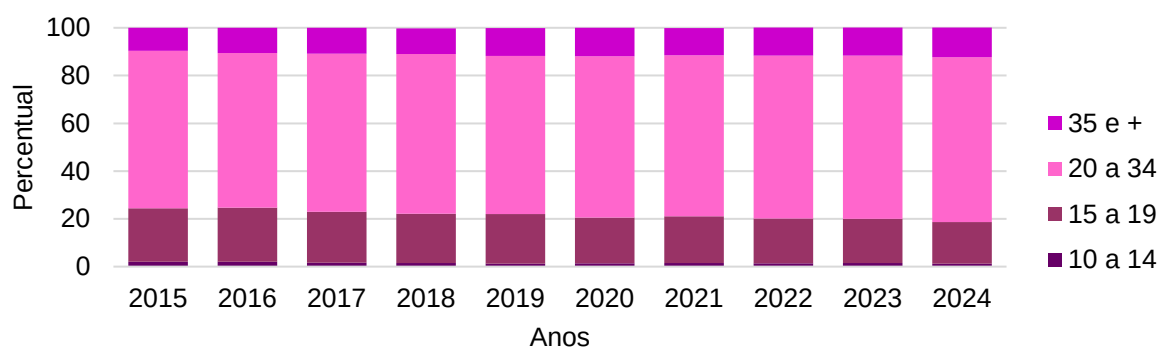
A idade da mãe tem um impacto significativo na natalidade, tanto do ponto de vista da fertilidade quanto dos riscos associados à gravidez e ao parto. A fertilidade feminina atinge seu ápice entre os 20 e 30 anos, com riscos de complicações na gestação e parto menores nesse período. Após os 35 anos, a probabilidade de conceber naturalmente diminui, e os riscos de complicações como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e problemas no desenvolvimento fetal aumentam.

Na Tabela e Figura 12 apresentamos o número e percentual de nascidos vivos segundo a idade da mãe, em residentes no estado, nos últimos 10 anos. Destaca-se a ocorrência de faixa etária ignorada: 2015 (n=9), 2016 (n=5), 2017 (n=2), 2018 (n=22), 2019 (n=22), 2020 (n=9), 2021 (n=1), 2022 (n=5) e 2023 (n=1). A falta dessa

informação compromete a qualidade dos dados e a capacidade de análise epidemiológica, prejudicando o monitoramento da saúde materno-infantil e a formulação de políticas públicas eficazes. É fundamental que a declaração de nascidos vivos seja preenchida corretamente, incluindo a idade da mãe, para garantir a qualidade dos dados e a eficácia das ações de saúde pública. As implicações dos dados ignorados incluem: dificuldade na análise de fatores de risco, a idade materna é um fator importante em diversas análises epidemiológicas, como estudos sobre mortalidade infantil, prematuridade, baixo peso ao nascer e outros indicadores de saúde materno-infantil. Sem essa informação, a análise desses fatores se torna mais complexa e menos precisa; prejuízo no monitoramento da saúde materno-infantil, a declaração de nascidos vivos é um documento essencial para o monitoramento da saúde materno-infantil.

A falta da idade materna compromete a capacidade de monitorar a saúde das mães e dos bebês e de identificar áreas e grupos populacionais com maiores necessidades de intervenção; dificuldade na formulação de políticas públicas, a falta de informações precisas na declaração de nascidos vivos pode levar a decisões equivocadas e à alocação inadequada de recursos; impacto nos estudos de acompanhamento, a declaração de nascidos vivos é usada em diversos estudos de acompanhamento de mães e crianças.

Figura 12. Percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a idade da mãe, Roraima, 2015 a 2024

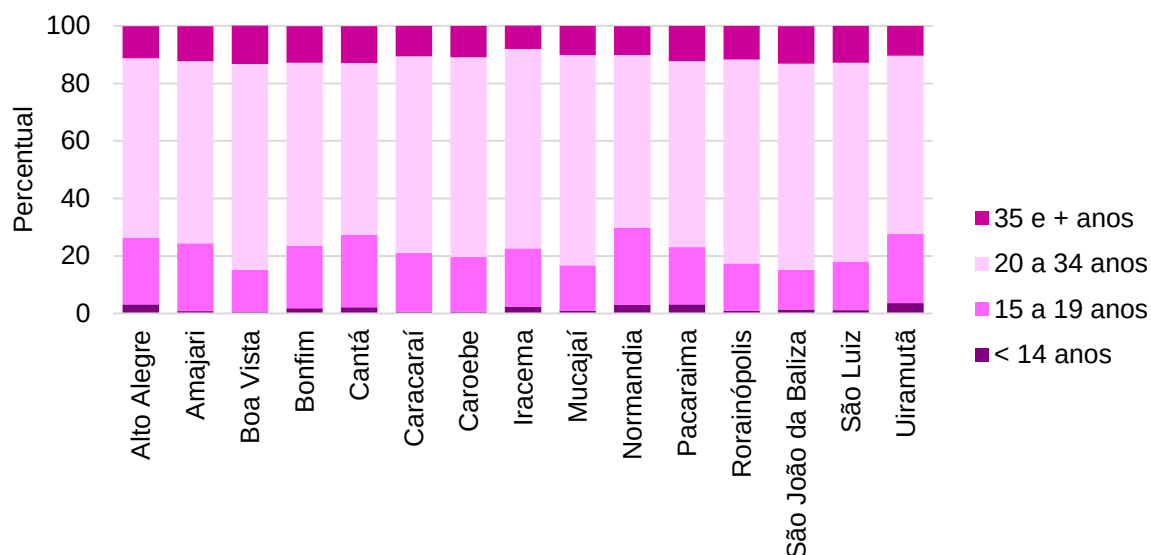


Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A distribuição de nascidos vivos segundo a idade e por município de residência da mãe no ano de 2024 encontra-se na Tabela e Figura 13. Notadamente os municípios com maiores populações indígenas aldeadas

apresentam também os maiores percentuais de mães adolescentes

Figura 13. Percentual de nascidos vivos segundo a idade da mãe e município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A gravidez na adolescência é uma questão de saúde pública com implicações significativas para a saúde física e mental da adolescente e do recém-nascido, além de ter impactos socioeconômicos (Brasil, 2024). Em relação a mãe destacamos os riscos de saúde, a gravidez na adolescência aumenta as chances de complicações como hipertensão, anemia, pré-eclâmpsia e parto prematuro, além de morbimortalidade materna; impactos psicológicos, a gravidez pode levar a problemas de saúde mental, como depressão pós-parto, e dificuldades em lidar com as responsabilidades da maternidade; consequências socioeconômicas, a gravidez na adolescência pode interromper os estudos, dificultar a entrada no mercado de trabalho e aumentar a dependência financeira da família. Os riscos para o recém-nascido incluem a prematuridade e baixo peso, filhos de mães adolescentes têm maior risco de nascerem prematuros e com baixo peso e complicações no parto, a ocorrência de cesarianas de emergência é mais comum em gestações adolescentes.

Tabela 12. Número e percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a idade da mãe, Roraima, 2015 a 2024

Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-14	227	2,0	235	2,1	197	1,7	197	1,5	194	1,3	189	1,4	208	1,5	177	1,4	192	1,5	136	1,2
15-19	2.554	22,4	2.577	22,6	2.501	21,3	2.624	20,6	3.031	20,7	2.642	19,2	2.729	19,6	2.464	18,8	2.404	18,5	2.055	17,5
20-24	3.153	27,6	3.085	27,1	3.201	27,2	3.621	28,4	4.267	29,1	3.993	29,0	4.027	29,0	3.811	29,1	3.743	28,8	3.296	28,0
25-29	2.530	22,1	2.443	21,5	2.642	22,5	2.853	22,4	3.212	21,9	3.119	22,7	3.211	23,1	3.036	23,2	3.060	23,5	2.856	24,3
30-34	1.845	16,2	1.830	16,1	1.941	16,5	2.046	16,1	2.224	15,2	2.182	15,8	2.128	15,3	2.066	15,8	2.079	16,0	1.965	16,7
35-39	877	7,7	953	8,4	985	8,4	1.081	8,5	1.316	9,0	1.274	9,3	1.214	8,7	1.199	9,2	1.146	8,8	1.109	9,4
40-44	204	1,8	232	2,0	264	2,2	271	2,1	364	2,5	337	2,4	366	2,6	325	2,5	364	2,8	334	2,8
45-49	22	0,2	19	0,2	19	0,2	13	0,1	23	0,2	25	0,2	19	0,1	15	0,1	25	0,2	23	0,2
50-54	2	0,0	2	0,0	2	0,0	4	0,0	4	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0
55-59	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
60 e+	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
Ignorado	9	0,1	5	0,0	2	0,0	22	0,2	22	0,2	9	0,1	1	0,0	5	0,0	1	0,0	0	0,0
	11.42	100,	11.38	100,	11.75	100,	12.73	100,	14.65	100,	13.77	100,	13.90	100,	13.09	100,	13.01	100,	11.77	100,
Total	3	0	1	0	5	0	3	0	7	0	0	0	7	0	9	6	6	0	6	0

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

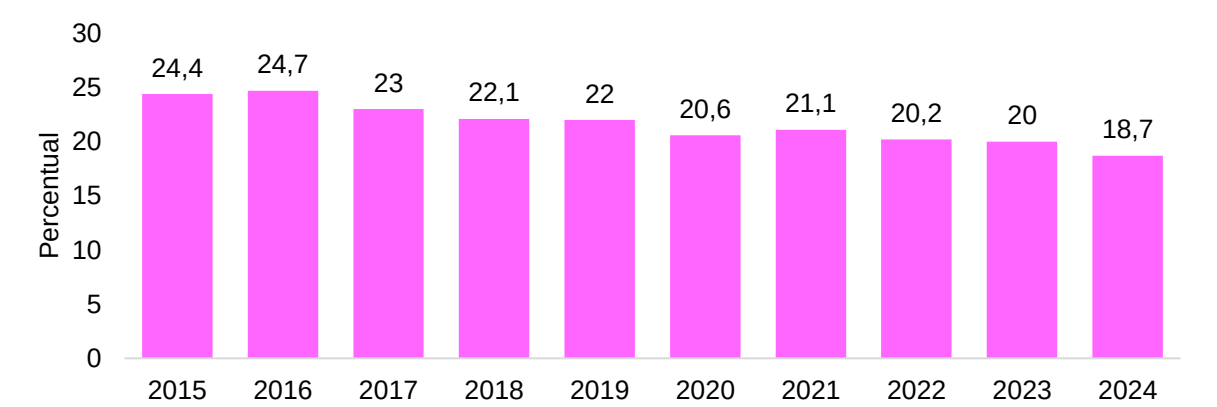
Tabela 13. Número e percentual de nascidos vivos segundo a faixa da mãe e município de residência, Roraima, 2024

Município	< 14 anos		15 a 19 anos		20 a 34 anos		35 e + anos		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	17	3,2	122	23,2	327	62,3	59	11,2	525
Amajari	3	0,8	87	23,6	233	63,3	45	12,2	368
Boa Vista	35	0,5	1.013	14,7	4.941	71,6	915	13,3	6.904
Bonfim	7	1,8	84	21,8	245	63,6	49	12,7	385
Cantá	8	2,1	95	25,3	224	59,7	48	12,8	375
Caracaraí	2	0,6	68	20,5	226	68,3	35	10,6	331
Caroebe	1	0,6	33	19,0	121	69,5	19	10,9	174
Iracema	3	2,4	25	20,2	86	69,4	10	8,1	124
Mucajaí	3	0,9	50	15,8	232	73,2	32	10,1	317
Normandia	13	2,9	121	26,9	270	60,1	45	10,0	449
Pacaraima	15	3,2	93	19,9	302	64,7	57	12,2	467
Rorainópolis	5	0,9	90	16,5	388	70,9	64	11,7	547
São João da Baliza	2	1,4	19	13,8	99	71,7	18	13,0	138
São Luiz	1	1,1	16	17,0	65	69,1	12	12,8	94
Uiramutã	21	3,6	139	24,1	357	61,9	60	10,4	577
Município ignorado	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Total	136	1,2	2.055	17,5	8.117	68,9	1.468	12,5	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Diversos fatores concorrem para a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem, inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, englobando o uso inadequado de contraceptivos (Brasil, 2024).

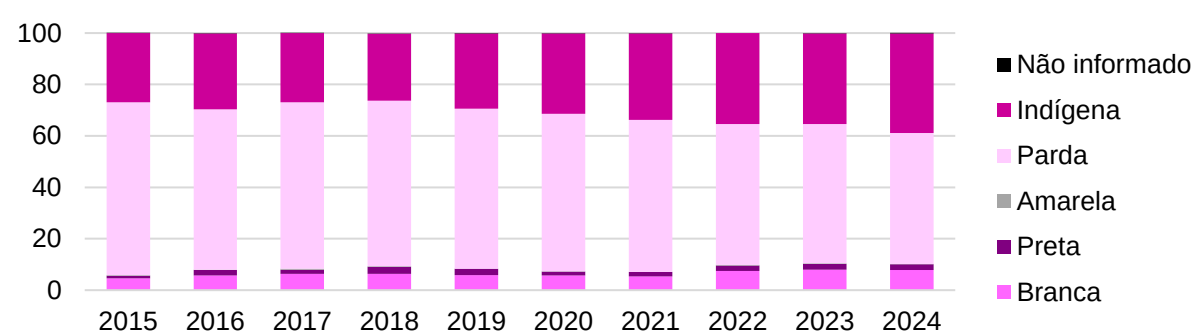
Figura 14. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos), Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, 18,7% (n=2.191) dos nascimentos no estado foram de mães adolescentes (<20 anos). Nos últimos 10 anos, o percentual de mães adolescentes diminuiu 23,3%, passou de 24,4% em 2015 para 18,7% em 2024 (Figura 14). Apesar da importante redução no percentual de nascimentos de mães adolescentes no estado o percentual atual está acima da média nacional de 14% e da Região Norte de 19,9% em 2021 (Nexo Políticas Públicas, 2023).

Figura 15. Percentual de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a raça/cor, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, a maioria, 50,9% das mães adolescentes eram pardas e 38,8% indígenas, destacando a composição populacional no estado (Tabela 14 e Figura 15). Estudos mostram que as indígenas começam a maternidade mais cedo, depois, são as meninas pardas, seguidas pelas pretas e finalmente as brancas (Nexo Políticas Públicas, 2023).

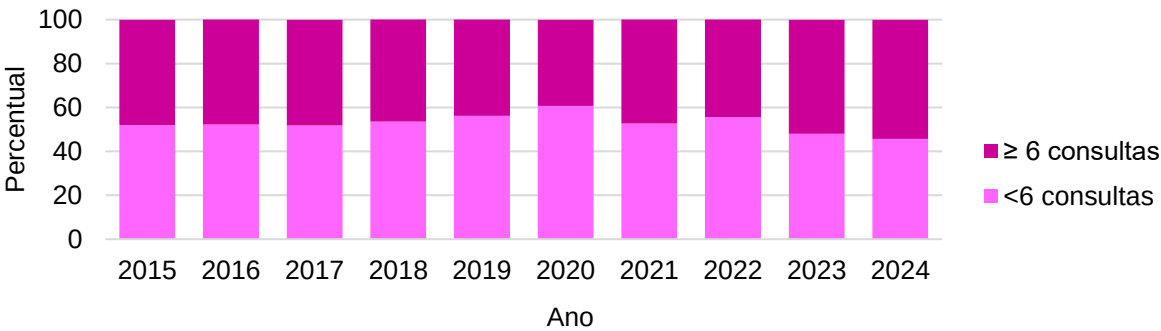
No Brasil, em 2021, 73% das mães adolescentes eram negras, demonstrando a desigualdade racial presente nesse contexto. Mulheres indígenas e negras apresentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, para além das políticas universais, devem ser construídas ações de saúde voltadas para necessidades específicas dessas populações, a fim de tornar o sistema público de saúde mais equânime. Em se tratando de adolescentes, sobretudo de 10 a 14 anos, as dificuldades são ainda maiores (Brasil, 2024).

Tabela 14. Número e percentual de mães adolescentes segundo a raça/cor, Roraima, 2015 a 2024

Raça/cor	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	128	4,6	159	5,7	173	6,4	179	6,3	186	5,8	161	5,7	157	5,3	197	7,5	207	8	170	7,8
Preta	29	1	59	2,1	42	1,6	78	2,8	85	2,6	42	1,5	52	1,8	56	2,1	58	2,2	50	2,3
Amarela	7	0,3	7	0,2	7	0,3	7	0,2	1	0	4	0,1	1	0	5	0,2	6	0,2	2	0,1
Parda	1.865	67,2	1.750	62,3	1.747	64,8	1.816	64,4	2.004	62,2	1.734	61,3	1.736	59,1	1.448	54,8	1.406	54,2	1.115	50,9
Indígena	746	26,9	833	29,6	724	26,9	733	26	943	29,2	887	31,3	987	33,6	935	35,4	915	35,3	850	38,8
Não informado	2	0,1	3	0,1	2	0,1	6	0,2	5	0,2	3	0,1	4	0,1	0	0	2	0,1	4	0,2
Total	2.777	100	2.811	100	2.695	100	2.819	100	3.224	100	2.831	100	2.937	100	2.641	100	2.594	100	2.191	100

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Figura 16. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a realização de pré-natal (< 6 semanas e ≥ 6 semanas), Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A gravidez na adolescência traz consigo diversos desafios e riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, especialmente quando não há acompanhamento pré-natal adequado, portanto a adesão às práticas de autocuidado é fundamental para o bem-estar do binômio mãe e filho. Nesse sentido, o pré-natal é fundamental para garantir a saúde da adolescente e do bebê, prevenindo complicações e promovendo um parto seguro. A possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, também pode repercutir na adesão ou não ao pré-natal (Melo; Soares, Silva: 2022).

Tabela 15. Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a realização de pré-natal (< 6 semanas e ≥ 6 semanas), Roraima, 2015 a 2024

Ano	<6 consultas		≥ 6 consultas		Total
	Nº	%	Nº	%	
2015	1.436	52,0	1.327	48,0	2.763
2016	1.454	52,2	1.331	47,8	2.785
2017	1.389	51,9	1.289	48,1	2.678
2018	1.504	53,6	1.302	46,4	2.806
2019	1.800	56,1	1.407	43,9	3.207
2020	1.712	60,8	1.105	39,2	2.817
2021	1.534	52,7	1.377	47,3	2.911
2022	1.449	55,6	1.157	44,4	2.606
2023	1.203	48,1	1.299	51,9	2.502
2024	9.75	45,7	1.160	54,3	2.135

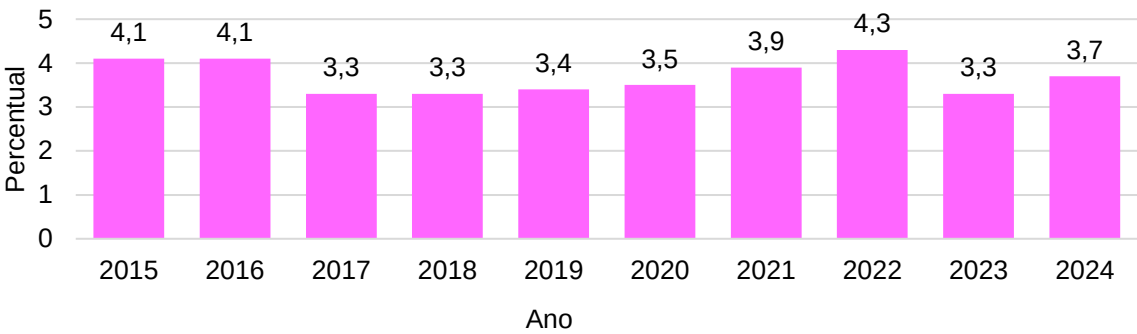
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A gravidez na adolescência está associada a um maior risco de parto

premature. As adolescentes têm mais chances de ter um parto antes das 37 semanas de gestação em comparação com mulheres adultas. Em Roraima, o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes com idade gestacional ≤ 36 semanas em relação ao total de nascidos vivos nos últimos 10 anos, variou de 4,1% em 2015 e 3,7% em 2024, uma redução de 9,7% no percentual no período (Tabela 16 e Figura 17).

Em nosso meio, nos últimos 10 anos, observa-se que apenas 46,9% (12.754/127.517) das gestantes adolescentes realizaram seis ou mais consultas no pré-natal, a maioria, 53,1% tiveram menos de seis consultas. Em 2024, uma discreta maioria, 54,3% das mães adolescentes realizaram sete ou mais consultas no pré-natal (Tabela 15 e Figura 16). No ano de 2024, o risco de uma mãe adolescente realizar menos de seis consultas no pré-natal foi de 1,5 vezes maior em comparado com a mãe não adolescente. É importante esclarecer que o Ministério da Saúde recomenda pelo menos seis consultas, com a primeira idealmente no primeiro trimestre e consultas mensais até a 34ª semana, e a OMS também recomenda um mínimo de seis consultas, com acompanhamento individualizado para gestantes com alto risco.

Tabela 17. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) csegundo a duraçã da gestação (<36 semanas de gestação) em relação ao total de nascidos vivos, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No ano de 2024, em Roraima, o risco de uma mãe adolescente ter um nascido vivo prematuro foi de 1,2 vezes maior em comparação com a mãe não adolescente. Estudos mostram que essa maior incidência de prematuridade em adolescentes pode ser influenciada por fatores como a imaturidade biológica, menor acesso a cuidados pré-natais e condições socioeconômicas desfavoráveis. Bebês prematuros podem apresentar dificuldades em relação à

respiração, temperatura corporal, alimentação e desenvolvimento neurológico, devido à imaturidade de seus órgãos e sistemas.

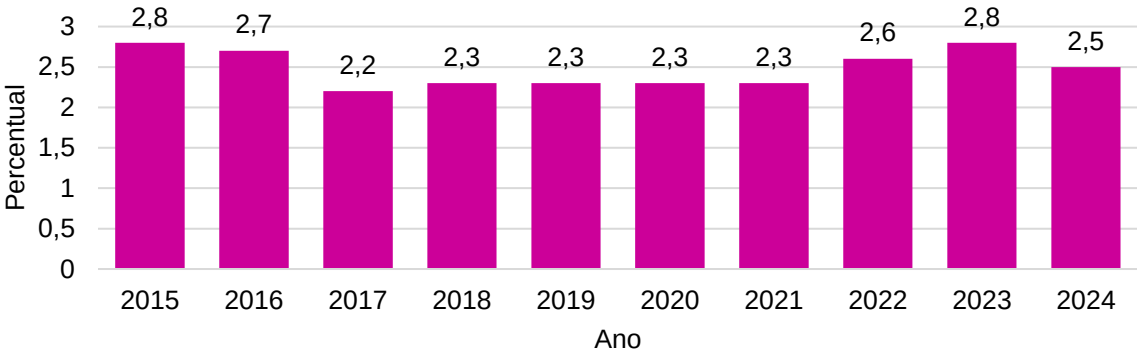
Tabela 16. Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a duração da gestação (≤36 semanas de gestação), Roraima, 2015 a 2024

Ano	Total de Roraima	Total de mães adolescentes	Total de NV prematuros de mães adolescentes	% NV prematuros entre as mães adolescentes	% NV prematuros de mães adolescentes relação ao total NV do estado
2015	11.423	2.781	468	16,8	4,1
2016	11.381	2.812	471	16,7	4,1
2017	11.755	2.698	385	14,3	3,3
2018	12.733	2.821	419	14,9	3,3
2019	14.657	3.225	500	15,5	3,4
2020	13.770	2.831	488	17,2	3,5
2021	13.907	2.937	548	18,7	3,9
2022	13.099	2.641	569	21,5	4,3
2023	13.016	2.596	429	16,5	3,3
2024	11.776	2.191	431	19,7	3,7

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).
NV – nascidos vivos.

Vários estudos relacionam a gravidez em idades precoces com um risco maior de ter um recém-nascido de baixo peso, pelo fato de a mãe não possuir maturidade funcional do organismo (Brasil, 2014a).

Figura 18. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) com baixo peso ao nascer (≤2.500g) em relação ao total de nascidos vivos, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O percentual de baixo peso nas mães adolescentes variou de 2,8% em 2015 a

2,5% em 2024, nesse período houve uma redução no percentual de 10,7%. Quando analisamos o percentual de baixo peso entre as mães adolescentes observamos um aumento de 16,7% no percentual, com variação de 11,4% em 2015 a 13,3% em 2024. No ano de 2024, o risco de baixo peso ao nascer foi 1,4 vezes maior em mães adolescentes comparado a mães não adolescentes (Tabela 17 e Figura 18). A gravidez na adolescência está associada a um maior risco de baixo peso ao nascer o que pode levar a complicações de saúde e maior risco de mortalidade infantil.

Tabela 17. Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) com baixo peso ao nascer ($\leq 2.500\text{g}$), Roraima, 2015 a 2024

Ano	Total NV de Roraima	Total NV de mães adolescentes	Total de NV com baixo peso de mães adolescentes	% NV com baixo peso entre as mães adolescentes	% NV com baixo peso em relação ao total de NV do estado
2015	11.423	2.781	316	11,4	2,8
2016	11.381	2.812	306	10,9	2,7
2017	11.755	2.698	264	9,8	2,2
2018	12.733	2.821	295	10,5	2,3
2019	14.657	3.225	336	10,4	2,3
2020	13.770	2.831	310	11,0	2,3
2021	13.907	2.937	320	10,9	2,3
2022	13.099	2.641	336	12,7	2,6
2023	13.016	2.596	364	14,0	2,8
2024	11.776	2.191	292	13,3	2,5

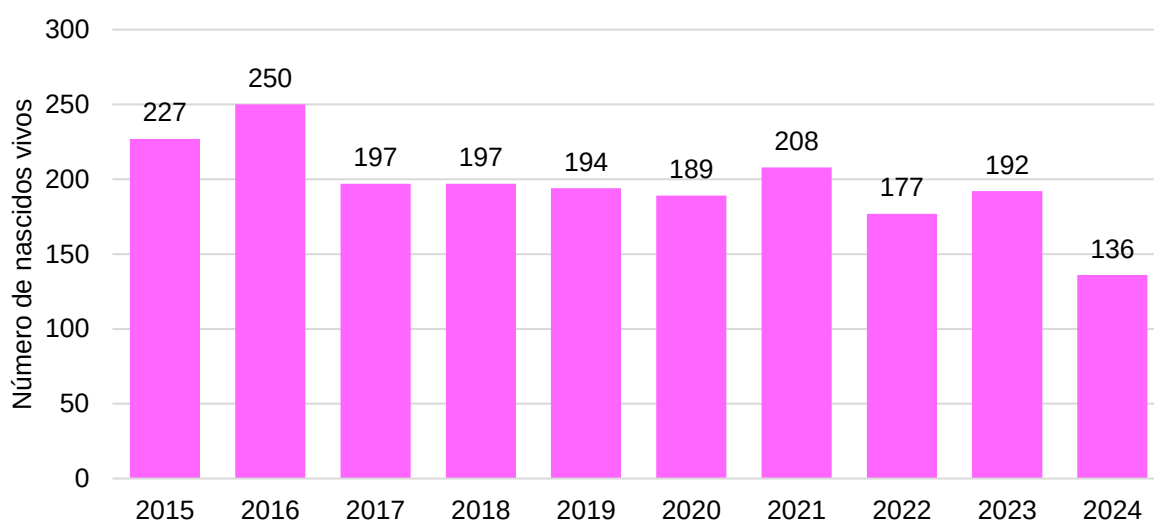
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).
NV – nascidos vivos.

A gravidez na adolescência pode ser considerada também um problema jurídico, especialmente quando envolve menores de 14 anos. Nos últimos 10 anos ocorreram 2.028 nascimentos vivos de mães com idade entre 10 e 14 anos no estado, em 2015 foram 227 nascimentos vivos, e em 2024, 136 nascimentos vivos. Houve uma redução de 40% no número, anualmente, esses nascimentos representaram 1,2% a 2,1% do total de nascimentos (Figura 19). Apesar de configurarem a minoria estatística são a população em maior risco social. A gravidez nessa faixa etária pode ter decorrido de flagrante violação dos direitos humanos, fruto de violência sexual e sexo por coação, além de representar um risco direto à vida, pois biologicamente há um despreparo físico para suportar as mudanças corporais advindas da gestação (Neal et al., 2012; Rosaneli; Costa; Sutile, 2020). A gravidez na adolescência pode levar a outras questões jurídicas relacionadas à proteção dos direitos da criança e do

adolescente, como o acesso à educação, saúde e outros direitos fundamentais. Além disso, juntamente com as mudanças fisiológicas e psicossociais naturais a este ciclo de vida, traz consigo riscos de morbidade e mortalidade, devido a fatores como gravidez precoce, aborto inseguro e doenças sexualmente transmissíveis (Rosaneli; Costa; Sutile, 2020).

É alta a ocorrência de gestação na adolescência em Roraima, esses dados são significativos e requerem medidas urgentes. A ocorrência de gestações durante a adolescência é um desafio de saúde pública que acarreta implicações médicas, psicossociais e econômicas e a persistência do número de nascimentos ao longo dos anos evidencia a necessidade do incremento de políticas públicas voltadas para a redução de condições de vulnerabilidade desse grupo populacional como condições de pobreza, baixa escolaridade, abandono escolar e menor procura a serviços de saúde.

Figura 19. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 14 anos), Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

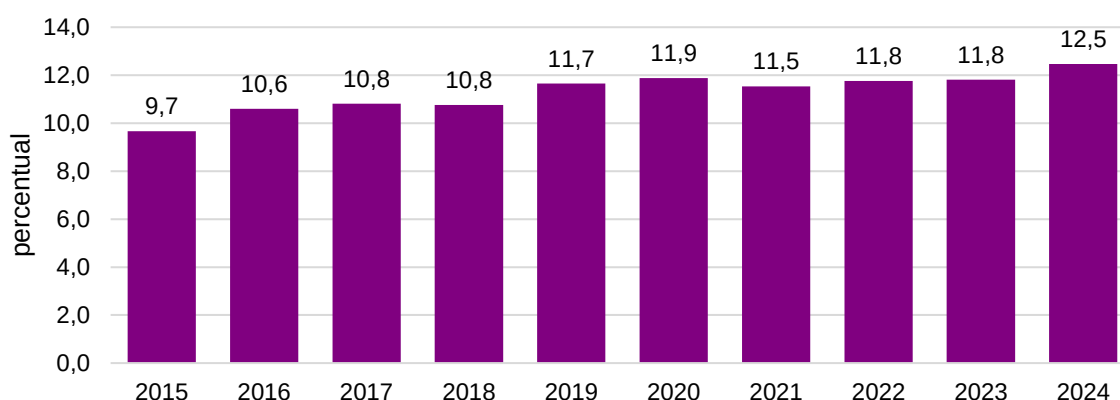
A maternidade precoce continua a ser um impedimento para avanços nos *status* educacional, econômico e social das mulheres em todas as partes do mundo (Novellino, 2011). Para a prevenção da gravidez na adolescência é importante a educação sexual e planejamento familiar com informação sobre métodos contraceptivos. O acompanhamento pré-natal precisa ter início precoce com acompanhamento multidisciplinar para garantir a saúde da mãe e do bebê. Além

disso, o suporte da família, parceiro e da comunidade é fundamental para a adolescente enfrentar os desafios da gravidez e da maternidade. Programas governamentais são muito importantes, o Brasil possui iniciativas para prevenir a gravidez na adolescência, como a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência e programas de planejamento familiar.

Nas últimas décadas a maternidade em idade avançada tornou-se um fenômeno mais comum na sociedade. A maior preparação acadêmica das mulheres levou elas a estabelecer novos objetivos profissionais, aumentar sua participação no mercado de trabalho e atrasar a vida a dois em muitos casos. Isso, junto com o uso de métodos anticoncepcionais na busca por uma estabilidade econômica antes de formar família, as diferentes formas de relacionamentos afetivos de hoje e os avanços da medicina que permitem a gravidez em alguns casos, mesmo que a mãe não seja jovem, são alguns dos fatores que influenciaram o atraso na idade da maternidade. No entanto, a biologia das mulheres não tem mudado, sendo considerada sua fase mais fértil até os 35 anos, então a escolha de adiar a gravidez tem seus riscos (Malavé-Malavé, 2022).

Em Roraima, tem ocorrido um aumento no percentual de nascidos vivos que em mulheres com idade igual ou maior que 35 anos, nos últimos 10 anos o aumento foi de 28,8% e o percentual anual estão expressados na Figura 20. Em 2024, 12,5% dos nascimentos vivos ocorreram em mãos nessa faixa etária e foi o maior percentual no período de 2015 a 2024.

Figura 20. Percentual de nascidos vivos de mães residentes com 35 anos e mais de idade, Roraima, 2015 a 2024

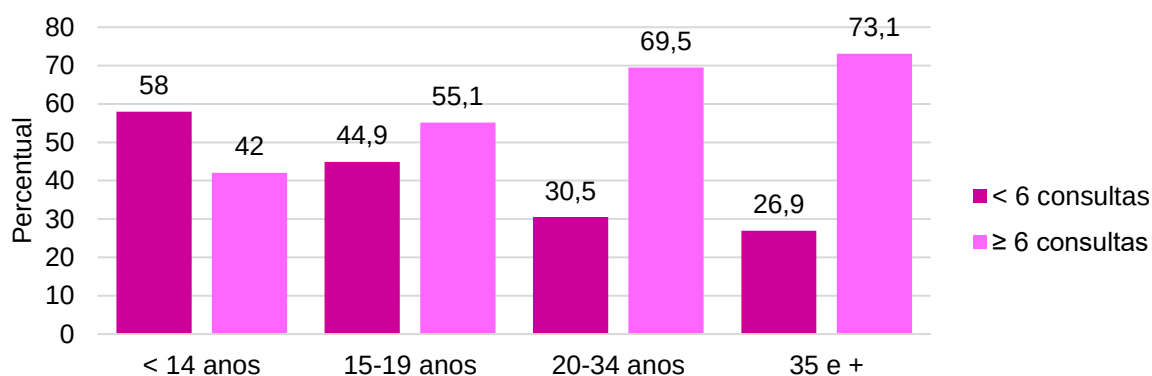


Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A gravidez acima de 35 anos implica alguns riscos adicionais, principalmente ao que se refere às aneuploidias (alterações no número de cromossomos nas células do feto, para mais ou para menos), à medida em que a mulher vai envelhecendo, ela vai aumentando as chances de produzir fetos com essas condições. Os riscos também implicam em abortamento, e nas mulheres que tiveram gestações anteriores, como pacientes que passaram por múltiplas cesáreas, elas têm mais chances de ter uma placentação anormal, como placenta prévia, condições que determinam riscos para a gravidez, principalmente no que se refere a hemorragias (Malavé-Malavé, 2022).

Sobre a questão de doenças relacionadas à gestação, a gravidez tardia aumenta um pouco as chances de pré-eclâmpsia (hipertensão arterial durante a gestação que pode afetar os rins e até outros órgãos da mulher, assim como o fornecimento de sangue à placenta, o que pode levar a falta de oxigênio e nutrientes necessários para o desenvolvimento do feto) e de diabetes gestacional. A partir dos 35 anos, as mulheres também têm mais probabilidades de já estar acometidas por doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes prévia à gestação. Então, nesses casos, quando as mulheres optam por engravidar é importante que elas tenham controle dessas doenças. Além disso, uma mulher de 40 anos terá, devido a maior predisposição de erros na formação dos óvulos, uma diminuição na sua capacidade de engravidar, correndo também um risco maior de concebido um feto com algum tipo de alteração cromossômica, como a Síndrome de Down (Malavé-Malavé, 2022).

Figura 21. Percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a faixa etária e a realização de consultas pré-natal (< 6 semanas e ≥ 6 semanas), Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A idade da mãe também tem relação com baixa assistência ao pré-natal. Conforme aumenta a idade da mãe aumenta também o percentual de consultas realizadas, porém há alto percentual de mães com menos de seis consultas no pré-natal (Tabela 18 e Figura 21).

Tabela 18. Número e percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a faixa etária e a realização de consultas pré-natal (< 6 semanas e ≥ 6 semanas), Roraima, 2015 a 2024

Faixa etária	< 6 consultas		≥ 6 consultas		Total
	Nº	%	Nº	%	
< 14 anos	76	58	55	42	131
15 a 19 anos	899	44,9	1.105	55,1	2.004
20 a 34 anos	2.432	30,5	5.542	69,5	7.974
35 e + anos	391	26,9	1.061	73,1	1.452
Total	3.798	32,9	7.763	67,1	11.561

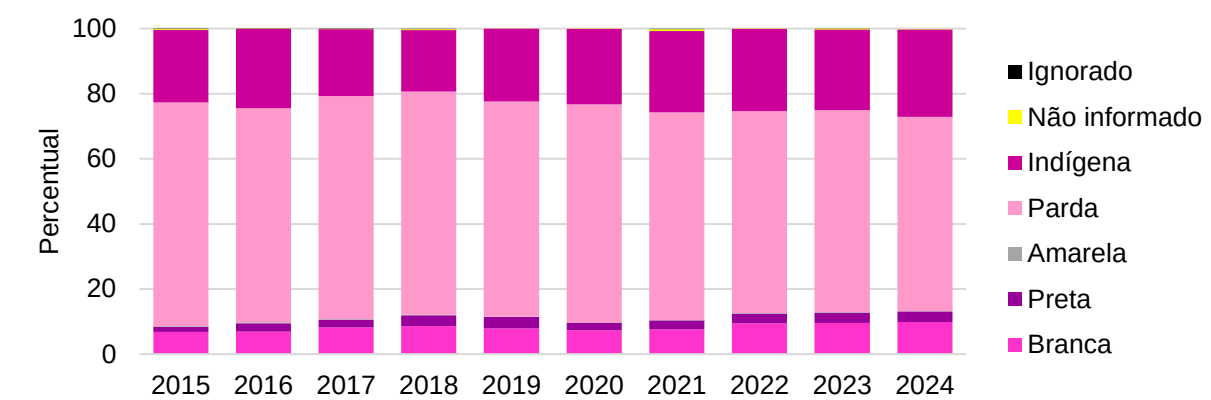
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.5.2 Raça/cor da mãe

A raça/cor não se comporta como um marcador genético ou biológico, mas como construto social, que pode influenciar as condições de saúde enquanto determinante social (Pacheco, 2018). Indígenas, negros (pardos e pretos) e brancos ocupam lugares desiguais na estrutura social, com aspectos diferentes relacionados ao nascimento, ao crescimento, à doença e à morte. A desigualdade, em virtude de questões raciais, não se limita aos indicadores socioeconômicos relacionados à qualidade de vida, renda e escolaridade, mas ocorre também nos indicadores de saúde (Fonseca et al., 2021).

Gestantes negras e indígenas apresentam menor escolaridade, maior proporção de exposição a agentes teratogênicos, menor acesso ao pré-natal e, também, maior prevalência de gravidez na adolescência; já seus filhos apresentam maior prevalência de baixo peso ao nascer, prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, além de uma maior mortalidade infantil em relação filhos de mães brancas (Silva et al, 2007; Brasil 2024).

Figura 22. Percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No período de 2015 a 2024, do total de 127.517 nascimentos vivos, 65,3% são foram filhos de mães que se autodeclararam como pardas, 23,3% como indígenas, 8,2% como brancas, 2,8% como pretas e 0,2% como amarelas. Houve redomínio de mães pardas em todo o período, seguido de mães indígenas, devido o arranjo populacional do estado. Percebe-se um aumento no número de mães brancas desde 2018 coincidindo com o aumento da imigração venezuelana no estado. Destaca-se a existência de declaração de nascidos vivos sem a raça/cor da mãe, demonstrando falhas no seu preenchimento (Tabela 19 e Figura 22).

Tabela 19. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	774	6,8	185	1,6	21	0,2	7.846	68,7	2.542	22,3	39	0,3	16	0,1	11.423
2016	788	6,9	291	2,6	35	0,3	7.487	65,8	2.762	24,3	10	0,1	8	0,1	11.381
2017	959	8,2	286	2,4	23	0,2	8.047	68,5	2.413	20,5	17	0,1	10	0,1	11.755
2018	1.100	8,6	421	3,3	31	0,2	8.741	68,6	2.399	18,8	34	0,3	7	0,1	12.733
2019	1.160	7,9	508	3,5	8	0,1	9.687	66,1	3.278	22,4	13	0,1	3	0,0	14.657
2020	1.000	7,3	334	2,4	20	0,1	9.210	66,9	3.188	23,2	16	0,1	2	0,0	13.770
2021	1.050	7,6	396	2,8	12	0,1	8.879	63,8	3.481	25,0	74	0,5	15	0,1	13.907
2022	1.240	9,5	375	2,9	24	0,2	8.140	62,1	3.306	25,2	11	0,1	3	0,0	13.099
2023	1.245	9,6	399	3,1	24	0,2	8.081	62,1	3.221	24,7	33	0,3	13	0,1	13.016
2024	1.165	9,9	380	3,2	16	0,1	7.035	59,7	3.161	26,8	15	0,1	4	0,0	11.776

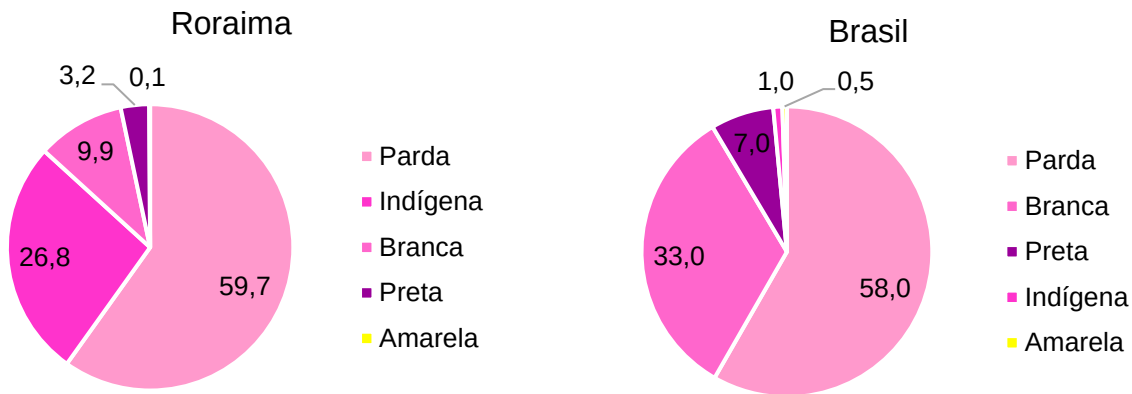
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Estudos com ênfase nas desigualdades raciais em saúde têm destacado que

mulheres negras ocupam uma posição de maior vulnerabilidade porque vivenciam, no mínimo, a tripla discriminação de gênero, raça e classe, as quais impactam diretamente no padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde bem como nos processos de adoecimento e morte (Santos et al, 2018; Theophilo; Rattner; Pereira, 2018; Lessa et al., 2022).

Em 2024, 59,7% das mães são pardas, 26,8% indígenas, 9,9% brancas, 3,2% pretas e 0,1% amarelas, esse perfil do estado difere muito do perfil nacional. No Brasil, em 2021, em torno de 58% eram filhos de mães que se autodeclararam como pardas, 33% como brancas, 7% como pretas, 1% como indígenas e 0,5% como amarelas (Figura 23).

Figura 23. Comparação do percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe entre Roraima (2024) e Brasil (2021)



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). Brasil, 2024 – saúde brasil.

Entre as mães adolescentes (< 20 anos), a maioria (50,9%) foram de mães pardas, em segunda posição estão as mães indígenas (38,8%) (Tabela 20). A gravidez na adolescência, especialmente quando a mãe é parda, pode agravar desigualdades sociais e riscos à saúde. A gravidez na adolescência entre meninas indígenas apresenta desafios específicos, incluindo maior vulnerabilidade a violência sexual, dificuldades no acesso ao pré-natal e impactos negativos na saúde e educação. Além disso, questões culturais e falta de acesso a serviços de saúde e informações sobre direitos sexuais e reprodutivos agravam a situação. A combinação de gravidez precoce e raça/etnia pode aumentar a vulnerabilidade a problemas como: mortalidade materna e infantil, parto prematuro, anemia, aborto espontâneo,

eclâmpsia e depressão pós-parto. Além disso, a gravidez na adolescência pode levar ao abandono escolar, dificuldades de inserção no mercado de trabalho e perpetuação do ciclo de pobreza.

No Brasil, em 2021, parturientes indígenas tiveram filhos mais jovens, das quais 28,6% tinham menos de 20 anos no momento do parto; 70,3% já haviam tido gestações anteriores, e destas 31,3% já tinham três ou mais filhos nascidos vivos. Em contrapartida, mulheres brancas e amarelas tiveram menos filhos e com idade mais avançada, em que 46,3% e 44,7% não tinham nenhum filho vivo prévio, respectivamente, e aproximadamente 21,5% das parturientes tinham mais de 35 anos (Brasi, 2024).

Tabela 20. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor e faixa etária da mãe, Roraima, 2015 a 2024

Raça/cor	< 19 anos		20 a 34 anos		35 e + anos		Ignorada	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Branca	170	7,8	820	10,1	175	11,9	0	1.165
Preta	50	2,3	269	3,3	61	4,2	0	380
Amarela	2	0,1	12	0,1	2	0,1	0	16
Parda	1.115	50,9	5.035	62,1	885	60,3	0	7.035
Indígena	850	38,8	1.968	24,3	343	23,4	0	3.161
Não informado	4	0,2	9	0,1	2	0,1	4	19
Total	2.191	100	8.113	100	1.468	100	4	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Entre as mães sem escolaridade, 96,5% são indígenas e 54% das mães com ensino fundamental são pardas (Tabela 21). Mães indígenas com baixa escolaridade enfrentam desafios significativos relacionados à saúde materno-infantil, incluindo maior risco de desnutrição infantil e menor acesso a cuidados pré-natais, e as mães pardas com baixa escolaridade enfrentam desafios adicionais, como maior probabilidade de abandono escolar e dificuldades no acesso a serviços de saúde e oportunidades de emprego, o que pode impactar negativamente a saúde e o desenvolvimento de seus filhos. Já foi demonstrado que a menor escolaridade está relacionada à maior chance de gestações de alto risco e de desfechos gestacionais adversos. Estudos conduzidos no Nordeste do Brasil mostram que a inadequação do cuidado pré-natal aumenta quase duas vezes com a diminuição da escolaridade materna, sendo observada a maior taxa de inadequação na categoria de zero a quatro anos de estudo (Ribeiro et al., 2009; Bernardes et al., 2014) justamente onde existem

as maiores discrepâncias em relação ao nível educacional das indígenas (Brasil, 2024).

No Brasil, em 2021, as parturientes indígenas apresentaram menos anos de estudo em relação às demais – 16,8% tinham até três anos de estudo. Em comparação, 99,1% das mulheres brancas, 98,3% das amarelas, 97,5% das pretas e pardas apresentavam quatro anos ou mais anos de estudos. Mães brancas e amarelas também tiveram maior acesso ao ensino superior (12 anos ou mais de estudo) com 37,3% e 33,3%, respectivamente, em comparação com 15,8% das mulheres pretas, 14,1% das pardas e 4,3% das indígenas (Brasi, 2024).

Entre as mães com menos de seis consultas no pré-natal, houve o predomínio de mães pardas (47,2%) e indígenas (43,3%) (Tabela 22). Especificamente no campo da atenção pré-natal, os achados decorrentes de estudos nacionais e regionais ratificam essa afirmação, à medida que mostram que as mulheres de cor da pele preta ou parda, com baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos vivenciam menor adequação na assistência (Silva, 2018; Santos, 2020) São elas, portanto, as mais afetadas pelas complicações decorrentes da ausência ou iniquidades do cuidado Lessa et al., 2022).

Tabela 21. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor e escolaridade da mãe, Roraima, 2015 a 2024

Raça/cor	Sem Escolaridade		Fundamental		Médio (Antigo 2º Grau)		Superior completo e incompleto		Não informado	Ign	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Branca	3	0,5	137	5,6	622	9,3	397	21,2	0	6	1.165
Preta	3	0,5	71	2,9	218	3,3	81	4,3	1	6	380
Amarela	0	0	4	0,2	7	0,1	5	0,3	0	0	16
Parda	16	2,4	1.322	54,0	4.390	65,7	1.261	67,4	9	37	7.035
Indígena	634	96,5	912	37,2	1.438	21,5	127	6,8	11	39	3.161
Não informado	1	0,2	3	0,1	7	0,1	0	0,0	3	5	15
Total	657	100,0	2.449	100,0	6.682	100,0	1.871	100,0	24	89	11.772

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). Ign – ignorado.

No Brasil, em 2021, as gestantes indígenas tiveram um menor número de consultas no pré-natal: 22,0% realizaram até três consultas e iniciaram o atendimento mais tardiamente, 54,6% iniciaram o pré-natal a partir do primeiro trimestre, e 6,1% não fizeram pré-natal (Brasil, 2024).

Tabela 22. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor e consultas no pré-natal (< 6 consultas e ≥ 6 consultas), Roraima, 2015 a 2024

Raça/cor	< 6 consultas		≥ 6 consultas		Não informado	Total
	Nº	%	Nº	%		
Branca	223	6,5	923	11,9	17	1.163
Preta	95	2,8	267	3,4	17	379
Amarela	4	0,1	12	0,2	0	16
Parda	1.619	47,2	5.222	67,3	179	7.020
Indígena	1.487	43,3	1.328	17,1	149	2.964
Não informado	5	0,1	9	0,1	220	234
Total	3.433	100,0	7.761	100,0	363	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Entre os nascidos vivos prematuros, nascidos com menos de 36 semanas, 60,2% foram de mães pardas, seguido das mães indígenas (25%) e das mães brancas (11,2%) (Tabela 23). Há evidências de que as disparidades étnico-raciais podem levar à prematuridade. Estudo realizado nos Estados Unidos observou variação considerável nos resultados dos nascimentos segundo a raça/cor da pele materna: 18,4% dos partos de mulheres negras ocorreram antes de 37 semanas de gestação (Jongh et al., 2012). Estudo de coorte no Reino Unido com o objetivo de comparar o tempo de duração da gestação entre as mulheres brancas e as mulheres negras concluiu que estas têm 1,5 vezes mais chances de ter partos prematuros (Patel et al., 2004).

No Brasil, foi observada uma persistente situação desfavorável para as mulheres de cor preta e parda. Elas apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal e chances ainda menores de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez (Matijasevich et al. 2013). Dados de uma coorte de Ribeirão Preto, SP, mostrou que a cor da pele é um fator de risco independente para a prematuridade, mesmo após ajuste da renda familiar e escolaridade materna. Isso sugere que as diferenças raciais em relação à prematuridade são explicadas pela desvantagem socioeconômica vivida pelas mulheres negras, mas também são influenciadas por outros fatores, possivelmente por discriminação racial (Chacham, 2001).

Os resultados da meta-análise realizada por Oliveira et al. (2018) evidenciaram a associação entre a raça/cor da pele e a prematuridade. Mulheres negras têm o risco 1,51 vezes maior de ter um parto prematuro do que as mulheres brancas. Esse achado pode subsidiar tomadas de decisões e fornecer elementos que fundamentem os

esforços para atingir a equidade em saúde. Entretanto, o pertencimento por raça/cor da pele e a prematuridade apresentam aspectos sociais, comportamentais e biológicos que são complexos. Estudos futuros poderão investigar a associação da raça/cor da pele com a prematuridade considerando estes aspectos, principalmente no tocante às mulheres negras por sua inserção social e econômica desfavorável.

Tabela 23. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe e duração da gestação (< 36 semanas e ≥ 36 semanas), Roraima, 2015 a 2024

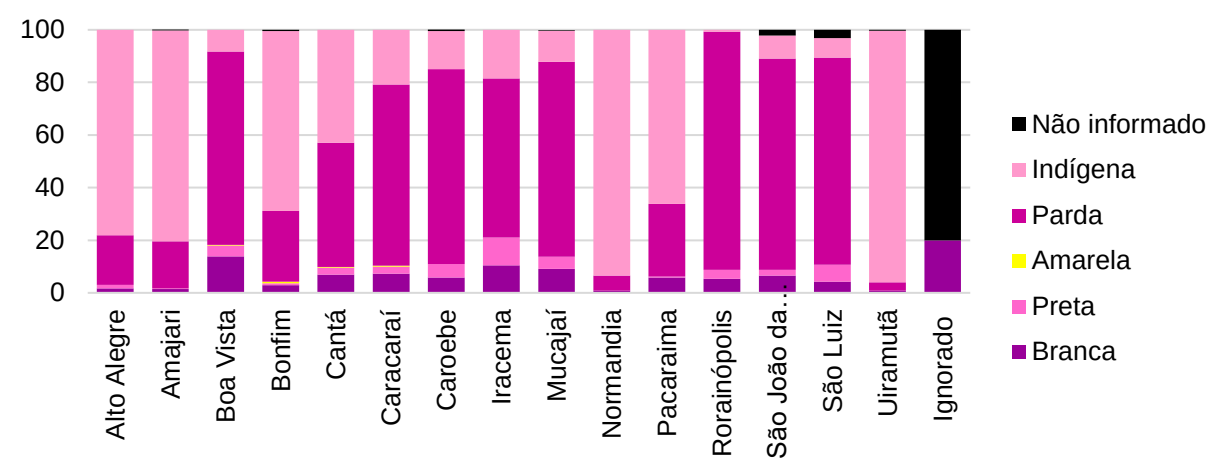
Duração da gestação	< 36 semanas		≥36 semanas		Não informado	Total
	Nº	%	Nº	%		
Branca	225	11,2	940	9,7	0	1.165
Preta	66	3,3	314	3,2	0	380
Amarela	2	0,1	14	0,1	0	16
Parda	1.206	60,2	5.821	59,9	8	7.035
Indígena	501	25,0	2.612	26,9	48	3.161
Não informado	4	0,2	11	0,1	0	15
Total	2.004	100	9.712	100	56	11.772

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Os dados apresentados aqui mostram que, em média, puérperas pardas e, principalmente, indígenas tem maior percentual de gravidez na adolescência, têm menor grau de escolaridade, menos consultas no pré-natal e maior prematuridade.

No Brasil, 2021 os recém-nascidos filhos de mães indígenas apresentavam maior proporção de prematuridade (15,4%). Mulheres indígenas tiveram mais filhos e em idade mais jovem que as demais, também apresentando menor escolaridade e menor índice de adequação ao pré-natal. Com exceção das indígenas, a maioria das mulheres teve parto cesáreo (57%). Mulheres indígenas e negras apresentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, para além das políticas universais, aos serviços de saúde. Dessa forma, para além das políticas universais, devem ser construídas ações de saúde voltadas para necessidades devem ser construídas ações de saúde voltadas para necessidades específicas dessas populações, a fim de tornar o sistema público específicas dessas populações, a fim de tornar o sistema público de saúde mais equânime (Brasil, 2024).

Figura 24. Percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe e município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, nos municípios de Amajari, Alto Alegre, Bonfim, Normandia, Pacaraima e Uiramutã houve o predomínio de nascidos de vivos de mães indígenas, há importante população indígena aldeada nesses municípios (Tabela e Figura24).

Tabela 24. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe e município de residência, Roraima, 2024

Município	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	9	1,7	7	1,3	0	0,0	99	18,9	410	78,1	0	0,0	525
Amajari	5	1,4	1	0,3	0	0,0	66	17,9	295	80,2	1	0,3	368
Boa Vista	959	13,9	283	4,1	12	0,2	5.072	73,5	576	8,3	2	0,0	6.904
Bonfim	11	2,9	3	0,8	2	0,5	103	27,0	261	68,3	2	0,5	382
Cantá	26	6,9	10	2,7	1	0,3	177	47,2	161	42,9	0	0,0	375
Caracarái	24	7,3	9	2,7	1	0,3	228	68,9	69	20,8	0	0,0	331
Caroebe	10	5,8	9	5,2	0	0,0	128	74,0	25	14,5	1	0,6	173
Iracema	13	10,5	13	10,5	0	0,0	75	60,5	23	18,5	0	0,0	124
Mucajaí	29	9,1	15	4,7	0	0,0	235	74,1	37	11,7	1	0,3	317
Normandia	4	0,9	0	0,0	0	0,0	25	5,6	420	93,5	0	0,0	449
Pacaraima	27	5,8	2	0,4	0	0,0	129	27,6	309	66,2	0	0,0	467
Rorainópolis	29	5,3	19	3,5	0	0,0	495	90,5	4	0,7	0	0,0	547
São João da Baliza	9	6,5	3	2,2	0	0,0	111	80,4	12	8,7	3	2,2	138
São Luiz	4	4,3	6	6,4	0	0,0	74	78,7	7	7,4	3	3,2	94
Uiramutã	5	0,9	0	0,0	0	0,0	18	3,1	552	95,7	2	0,3	577
Ignorado	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	5
Total	1.165	9,9	380	3,2	16	0,1	7.035	59,7	3.161	26,8	15	0,1	11.776

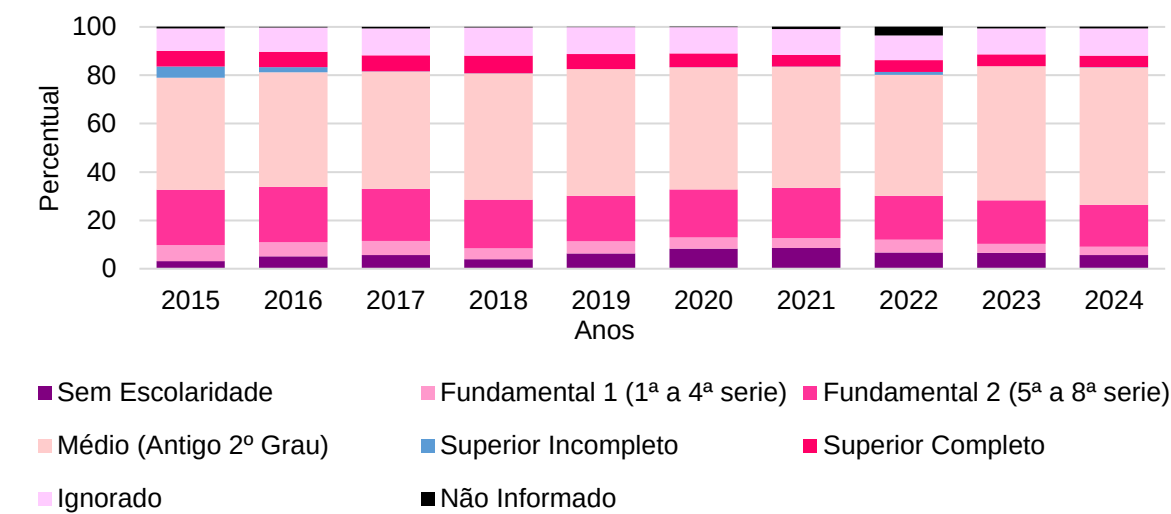
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.5.3 Escolaridade da mãe

A escolaridade da mãe é um diferencial no processo de acesso ao pré-natal e a educação. Vários estudos referem que a baixa escolaridade materna está associada a um maior risco de mortalidade da mulher, bem como da mortalidade fetal e infantil, e que menos anos de estudo estão relacionados a uma atenção inadequada durante o pré-natal, multiparidade e baixo peso ao nascer.

No período de 2015 a 2024, dos 127.517 nascimentos vivos, em 14.662 declaração de nascidos vivos não tiveram a escolaridade da mãe informada (dados ignorado e não informado) o equivalente a 11,5% desses nascimentos (Tabela 25). Esse fato demonstra a baixa qualidade no preenchimento da declaração de nascidos vivos pelo profissional que assistiu ao parto. Além disso, a ausência da escolaridade da mãe na declaração de nascidos vivos pode gerar implicações tanto no âmbito da saúde pública quanto no estatístico e de planejamento de políticas públicas. Informações incompletas ou ausentes sobre a escolaridade materna dificultam a análise da correlação entre nível educacional e indicadores de saúde materna e infantil, como mortalidade infantil, taxas de aleitamento materno, e acesso a serviços de saúde.

Figura 25. Percentual de nascidos vivos segundo ano de nascimento e escolaridade de mães residentes, Roraima, 2015 a 2024



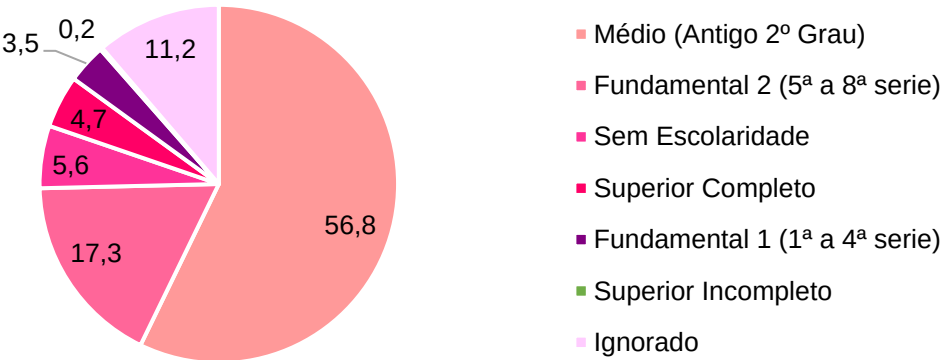
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Nos últimos 10 anos o percentual de mães sem escolaridade quase dobrou no estado com aumento de 90,6% entre 2015 (3,2%) e 2024 (6,1%) (Tabela e Figura

25). A baixa escolaridade da mãe pode acarretar diversas implicações negativas para a família, especialmente para os filhos, em termos de saúde, desenvolvimento socioeconômico e oportunidades educacionais. Mulheres com menor escolaridade frequentemente enfrentam maiores dificuldades no mercado de trabalho, o que pode levar a menor renda familiar e insegurança financeira. Além disso, a falta de escolaridade da mãe pode impactar negativamente o desempenho escolar dos filhos, a sua saúde e o seu futuro profissional.

Em 2024, houve predomínio de mães com ensino médio, seguido do ensino fundamental 2 (equivalente a anterior 5ª a 8ª série) e de mães com ensino superior completo (Figura 26). O maior percentual de mães sem escolaridade ocorreu nos municípios de Alto Alegre (58,5%), Amajari (44%) e Caracaraí (18,4%) – esses municípios possuem importante população indígena – (Tabela 26). Do total de mães sem escolaridade, 26,2% (172/657) são adolescentes (<20 anos) e destas 96,5% (634/657) são indígenas. Quanto maior a escolaridade da mãe maior é o percentual de mães que realizam o pré-natal e a assistência à saúde materno-infantil (Tabela 27).

Tabela 26. Percentual de nascidos vivos segundo a escolaridade de mães residentes, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Tabela 25. Número e percentual de nascidos vivos segundo ano de nascimento e escolaridade de mães residentes, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Sem Escolaridade		Fundamental 1 (1ª a 4ª série)		Fundamental 2 (5ª a 8ª série)		Médio (Antigo 2º Grau)		Superior incompleto		Superior Completo		Ignorado		Não Informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	365	3,2	754	6,6	2.612	22,9	5.286	46,3	521	4,6	747	6,5	1.046	9,2	92	0,8	11.423
2016	580	5,1	675	5,9	2.596	22,8	5.398	47,4	248	2,2	720	6,3	1.144	10,1	20	0,2	11.381
2017	670	5,7	682	5,8	2.535	21,6	5.694	48,4	10	0,1	775	6,6	1.321	11,2	68	0,6	11.755
2018	492	3,9	579	4,5	2.562	20,1	6.664	52,3	15	0,1	912	7,2	1.485	11,7	24	0,2	12.733
2019	919	6,3	734	5	2.774	18,9	7.679	52,4	5	0	906	6,2	1.630	11,1	10	0,1	14.657
2020	1.139	8,3	639	4,6	2.745	19,9	6.947	50,5	13	0,1	779	5,7	1.485	10,8	23	0,2	13.770
2021	1.196	8,6	565	4,1	2.895	20,8	6.948	50	14	0,1	664	4,8	1.485	10,7	140	1	13.907
2022	879	6,7	688	5,3	2.380	18,2	6.550	50	158	1,2	638	4,9	1.337	10,2	469	3,6	13.099
2023	859	6,6	483	3,7	2.343	18	7.211	55,4	2	0	642	4,9	1.389	10,7	87	0,7	13.016
2024	657	5,6	415	3,5	2.034	17,3	6.686	56,8	24	0,2	553	4,7	1.318	11,2	89	0,8	11.776
Total	7.756	6,1	6.214	4,9	25.476	20,0	65.063	51,0	1010	0,8	7.336	5,8	13.640	10,7	1.022	0,8	127.517

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Tabela 26. Número e percentual de nascidos vivos segundo a escolaridade da mãe e município de residência, Roraima, 2024

Município	Sem Escolaridade		Fundamental 1 (1ª a 4ª série)		Fundamental 2 (5ª a 8ª série)		Médio (Antigo 2º Grau)		Superior Incompleto		Superior Completo		Ignorado		Não Informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	307	58,5	8	1,5	41	7,8	146	27,8	5	1,0	12	2,29	4	0,8	2	0,4	525
Amajari	162	44,0	9	2,4	39	10,6	132	35,9	4	1,1	11	2,99	10	2,7	1	0,3	368
Boa Vista	40	0,6	142	2,1	929	13,5	4.247	61,5	440	6,4	1.064	15,41	38	0,6	4	0,1	6.904
Bonfim	9	2,3	37	9,6	120	31,2	199	51,7	7	1,8	8	2,08	3	0,8	2	0,5	385
Cantá	2	0,5	17	4,5	101	26,9	226	60,3	7	1,9	21	5,60	0	0,0	1	0,3	375
Caracaraí	61	18,4	9	2,7	86	26,0	139	42,0	7	2,1	25	7,55	3	0,9	1	0,3	331
Caroebe	0	0,0	5	2,9	49	28,2	88	50,6	7	4,0	24	13,79	1	0,6	0	0,0	174
Iracema	16	12,9	3	2,4	28	22,6	62	50,0	6	4,8	8	6,45	1	0,8	0	0,0	124
Mucajaí	19	6,0	8	2,5	73	23,0	184	58,0	6	1,9	21	6,62	5	1,6	1	0,3	317
Normandia	6	1,3	27	6,0	114	25,4	277	61,7	5	1,1	15	3,34	1	0,2	4	0,9	449
Pacaraima	9	1,9	36	7,7	114	24,4	247	52,9	13	2,8	30	6,42	15	3,2	3	0,6	467
Rorainópolis	1	0,2	17	3,1	115	21,0	331	60,5	22	4,0	60	10,97	0	0,0	1	0,2	547
São João da Baliza	0	0,0	5	3,6	34	24,6	84	60,9	5	3,6	6	4,35	3	2,2	1	0,7	138
São Luiz	0	0,0	4	4,3	18	19,1	57	60,6	7	7,4	4	4,26	1	1,1	3	3,2	94
Uiramutã	25	4,3	88	15,3	173	30,0	266	46,1	12	2,1	9	1,56	4	0,7	0	0,0	577
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1
Total	657	5,6	415	3,5	2.034	17,3	6.686	56,8	553	4,7	1.318	11,19	89	0,8	24	0,2	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.5.4 Situação conjugal da mãe/estado civil

A maternidade é um período de grandes mudanças na vida de uma mulher, tanto físicas quanto emocionais, e a situação conjugal da mãe pode influenciar essa experiência. A relação com o parceiro, o apoio familiar e a dinâmica familiar prévia são fatores que podem impactar positiva ou negativamente o bem-estar da mãe e o desenvolvimento da criança. Segundo Novellino (2011) para as mulheres jovens, o casamento e maternidade precoces podem reduzir severamente oportunidades de estudo e de trabalho e é provável que tenham um impacto longo e adverso na qualidade de vida dessas adolescentes e de seus filhos.

Tabela 27. Número e percentual de nascidos vivos segundo a escolaridade da mãe residentes e consulta no pré-natal (< 6 semanas e ≥ 6semanas), Roraima, 2024

Escolaridade	<6 consultas		≥ 6 consultas		Não informado	Total
	Nº	%	Nº	%		
Sem Escolaridade	322	67,2	63	13,2	94	479
Fundamental 1 (1ª a 4ª série)	202	49,3	186	45,4	22	410
Fundamental 2 (5ª a 8ª série)	852	42,2	1.101	54,5	67	2.020
Médio (Antigo 2º Grau)	1.763	26,4	4.769	71,5	142	6.674
Superior Incompleto	95	17,2	446	80,7	12	553
Superior Completo	149	11,3	1.162	88,2	7	1.318
Ignorado	40	47,1	26	30,6	19	85
Não Informado	12	54,5	10	45,5	215	22
Total	3.435	29,2	7.763	65,9	578	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Nos últimos 10 anos houve o predomínio de mães com situação conjugal solteira e um aumento de 26,3% no período, passando de 57,7% em 2015 para 72,9% em 2024 (Tabela 28). O número de nascidos vivos de mãe solteira é uma variável importante para caracterizar uma gestação com risco, pois sugerem que estas mães poderiam reunir um quadro mais desfavorável, ou seja, essa condição civil poderia estar ligada a alguns fatores socioeconômicos e culturais que limitariam um acesso pleno à assistência na gravidez (Brasil, 2014a). Além disso, em Roraima, 21,6% (1.853/8.588) das mães solteiras são adolescentes, 24,6% (2.110/8.588) não tem escolaridade ou baixa escolaridade (até o ensino fundamental), e 29,7% (2.548/8.588) tiveram menos de seis consultas no pré-natal.

Tabela 28. Número e percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe por ano, Roraima, 2015 a 2024

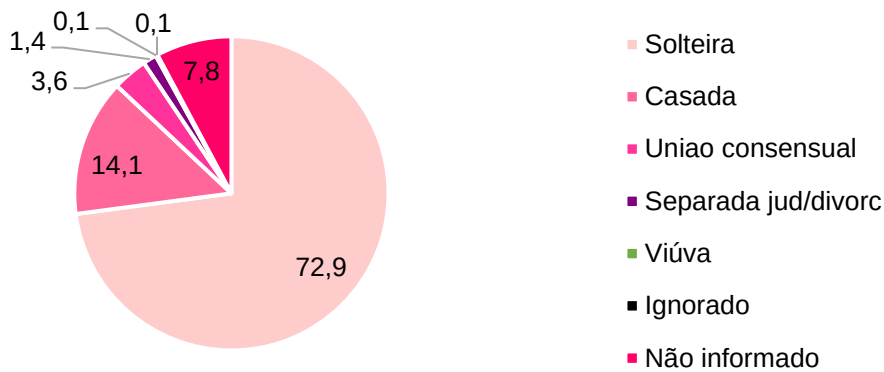
Ano	Solteira		Casada		Viúva		Separada judicialmente/ divorciada		União consensual		Ignorado		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	6.592	57,7	2.638	23,1	14	0,1	71	0,6	1.980	17,3	101	0,9	27	0,2	11.423
2016	4.848	42,6	2.524	22,2	19	0,2	67	0,6	3.872	34,0	30	0,3	21	0,2	11.381
2017	6.773	57,6	2.302	19,6	10	0,1	99	0,8	2.521	21,4	38	0,3	12	0,1	11.755
2018	9.253	72,7	2.156	16,9	10	0,1	105	0,8	1.122	8,8	41	0,3	46	0,4	12.733
2019	10.945	74,7	2.281	15,6	15	0,1	89	0,6	1.265	8,6	49	0,3	13	0,1	14.657
2020	9.832	71,4	2.099	15,2	20	0,1	98	0,7	1.640	11,9	62	0,5	19	0,1	13.770
2021	10.654	76,6	1.897	13,6	10	0,1	105	0,8	1.082	7,8	88	0,6	71	0,5	13.907
2022	10.324	78,8	1.848	14,1	11	0,1	96	0,7	775	5,9	33	0,3	12	0,1	13.099
2023	10.213	78,5	1.818	14,0	9	0,1	100	0,8	790	6,1	67	0,5	19	0,1	13.016
2024	8.588	72,9	1.661	14,1	13	0,1	162	1,4	425	3,6	12	0,1	915	7,8	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No estudo de Melo, Soares e Silva (2022) a presença do companheiro fixo não foi um dado diferencial na adesão às orientações recebidas durante o pré-natal. A maior diferença entre as medianas foi notada no domínio comportamento de risco. A vivência da gravidez na ausência do parceiro pode ser entendida como fator negativo por não encontrar o apoio necessário e esperado durante essa fase. O relacionamento estável com o pai da criança faz com que a gestante adolescente se sinta mais confortável e segura, inclusive para cuidados contraceptivos menos rigorosos do que adotaria em caso de troca de parceiro, decorrendo, assim, a reincidência da gravidez na adolescência (Silva; Coutinho; Souza, 2013).

Por outro lado, as variáveis como os estados civis das mães nas categorias casada, separada e viúva, determinam que estas mães possuam algum tipo de assistência, apoio do cônjuge ou do companheiro, ou mesmo uma rede de proteção familiar favorecendo um parto com condições mais estáveis, diferentemente das mães solteiras (Brasil, 2014a). Embora em Roraima diminuiu o percentual de mães com situação conjugal casada em 38,9% entre 2015 (23,1%) e 2024 (14,1%) e de mães com união consensual em 79,2% entre 2015 (17,3%) e 2024 (3,6%), houve o aumento em 133,3% de mães separadas judicialmente/divorçadas entre 2015 (0,6%) e 2024 (1,4%).

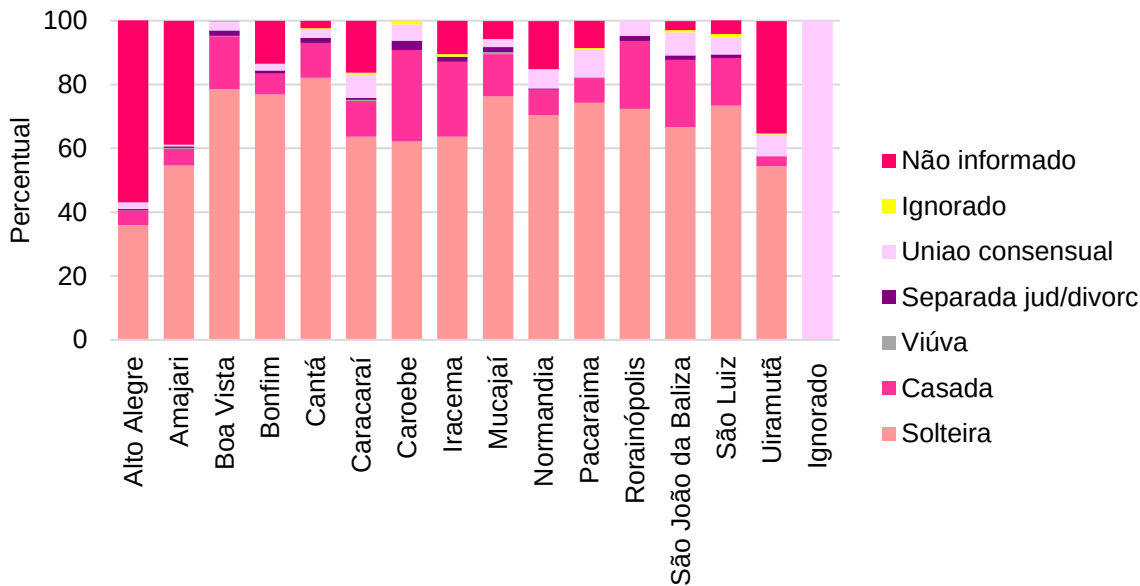
Figura 27. Percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, 72,9% dos nascidos vivos são filhos de mães com situação conjugal solteira, que segue o padrão dos anos anteriores, 14,1% são mães casadas, 3,6% são mães em união consensual, 1,4% são mães separadas judicialmente/divorciadas e 0,1% são mães viúvas. Chama a atenção que 7,8% das declarações de nascidos vivos estão com a situação conjugal da mãe “ignorado” ou “não informado” demonstrando falha no preenchimento da declaração de nascidos vivos pelo profissional que assistiu ao parto (Figura 27).

Figura 28. Percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe por município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Os dados sobre a situação conjugal da mãe dos municípios são similares aos dados do estado com predomínio de mães solteiras (Tabela 29). Alto Alegre foi o único município que não teve predomínio de mães com situação conjugal solteiras, provavelmente pelo grande número de dados “não informados” na declaração de nascidos vivos (Figura 28). É importante destacar que o município de Alto Alegre possui extensa área indígena com população aldeada e que 78,1% das mães são indígenas.

Tabela 29. Número e percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe por município de residência, Roraima, 2024

Município	Solteira		Casada		Viúva		Separada jud/divorc		Uniao consensual		Ignorado		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	189	36,0	24	4,6	0	0,0	2	0,4	11	2,1	0	0,0	299	57,0	525
Amajari	201	54,6	19	5,2	1	0,3	2	0,5	2	0,5	0	0,0	143	38,9	368
Boa Vista	5.420	78,5	1.145	16,6	9	0,1	119	1,7	203	2,9	0	0,0	8	0,1	6.904
Bonfim	296	76,9	25	6,5	0	0,0	4	1,0	8	2,1	0	0,0	52	13,5	385
Cantá	308	82,1	41	10,9	0	0,0	6	1,6	10	2,7	1	0,3	9	2,4	375
Caracaraí	211	63,7	37	11,2	1	0,3	2	0,6	24	7,3	2	0,6	54	16,3	331
Caroebe	108	62,1	50	28,7	0	0,0	5	2,9	9	5,2	2	1,1	0	0,0	174
Iracema	79	63,7	29	23,4	0	0,0	2	1,6	0	0,0	1	0,8	13	10,5	124
Mucajaí	242	76,3	42	13,2	2	0,6	5	1,6	8	2,5	0	0,0	18	5,7	317
Normandia	316	70,4	36	8,0	0	0,0	2	0,4	27	6,0	0	0,0	68	15,1	449
Pacaraima	347	74,3	36	7,7	0	0,0	1	0,2	41	8,8	2	0,4	40	8,6	467
Rorainópolis	396	72,4	116	21,2	0	0,0	9	1,6	26	4,8	0	0,0	0	0,0	547
São João da Baliza	92	66,7	29	21,0	0	0,0	2	1,4	10	7,2	1	0,7	4	2,9	138
São Luiz	69	73,4	14	14,9	0	0,0	1	1,1	5	5,3	1	1,1	4	4,3	94
Uiramutã	314	54,4	18	3,1	0	0,0	0	0,0	40	6,9	2	0,3	203	35,2	577
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	8.588	72,9	1.661	14,1	13	0,1	162	1,4	425	3,6	12	0,1	915	7,8	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.6 REFERENTES A GRAVIDEZ E AO PARTO

4.6.1 Assistência ao pré-natal

O pré-natal pode ser definido como o cuidado prestado por profissionais de saúde a gestantes, a fim de garantir as melhores condições de saúde, tanto para a mãe quanto para o bebê durante a gravidez, incluindo identificação de risco, prevenção e manejo de doenças relacionadas à gravidez ou simultâneas e educação

em saúde e promoção da saúde, esta assistência quando qualificada pode reduzir a mortalidade materna e perinatal (Lo Ré; Nascimento; Fonseca, 2022).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, de modo a permitir o nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, que inclusive aborde aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (Brasil, 2013; Melo; Soares; Silva, 2022).

O acompanhamento pré-natal é constituído pelo desenvolvimento de atividades relacionadas à captação precoce da gestante, acolhimento com escuta qualificada, avaliação física e gineco-obstétrica continuada, realização de exames complementares, imunização oportuna, suplementação vitamínica e férrica necessária e atividades educativas relacionadas à saúde, com incentivo ao autocuidado (Brasil, 2016; Melo; Soares; Silva, 2022).

O cuidado pré-natal é mundialmente reconhecido como uma intervenção que gera grande impacto na redução dos coeficientes de morbimortalidade materna e perinatal e sua implementação guarda relação com os indicadores de saúde e de desenvolvimento social de um país (Paiz et al., 2021; Lessa et al, 2022).

Tendo em vista o alcance de melhores resultados nos indicadores de saúde nacional, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi criado no ano 2000 e estabeleceu critérios relacionados à melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto e puerpério (Lessa et al, 2022). Muitos estudos têm demonstrado, porém, que esses critérios mínimos não estão sendo executados satisfatoriamente para a grande maioria das gestantes, alcançando de forma ainda mais limitada aquelas mulheres que se encontram em condição de vulnerabilidade, podendo também variar de acordo com a região e o estabelecimento onde se oferece a assistência (Polgliane et al., 2014; Guimarães et al., 2018; Prudêncio; Mamede, 2018; Mario et al., 2019; Paiz et al., 2021). De uma maneira geral, a literatura aponta para a persistência do baixo cumprimento do conjunto das metas propostas e sua correlação com os determinantes sociais da saúde, entre os quais a raça/cor se destaca (Mario et al., 2019).

Entre os diversos programas que foram implementados com o objetivo de melhorar o serviço pré-natal na rede pública, destaca-se a Rede Cegonha em 2011, com o objetivo de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

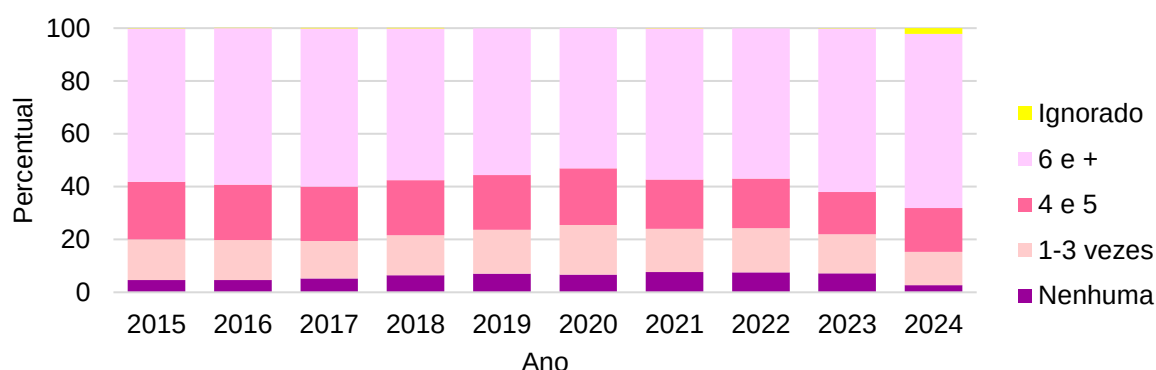
puerpério e as crianças o direito do nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2018; Lo Ré; Nascimento; Fonseca, 2022).

A cobertura do pré-natal no Brasil tem acompanhado uma tendência de crescimento ao longo dos anos, chegando a aproximadamente 100% quando analisados independentemente das características maternas e da qualidade da assistência prestada (Livramento et al., 2019). No entanto, quando avaliada segundo a adequabilidade da assistência, os níveis de cobertura caem assustadoramente, revelando que a abrangência do pré-natal em termos de eficácia ainda está muito aquém do desejado (Mario et al., 2019; Lessa et al, 2022).

Segundo a OMS, recomenda-se no mínimo seis consultas de pré-natal intercaladas entre profissional médico e enfermeiro com a seguinte periodicidade: até a 28ª semana: mensalmente, com intervalo mínimo de 4 semanas entre as consultas; da 28ª até a 36ª semana: quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana: semanalmente (Minas Gerais, 2025).

No Brasil, para ser considerado acompanhado no pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. A primeira consulta deve idealmente ocorrer até a 12ª semana de gestação (Brasil, 2014b). A Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) recomenda ainda acompanhamento mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª e 36ª semana, e semanal até o parto.

Figura 29. Percentual de nascidos vivos segundo a o número de consultas da mãe no pré-natal, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A Figura 29 e Tabela 30 apresentam a distribuição do número de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal no período de 2015 a 2024.

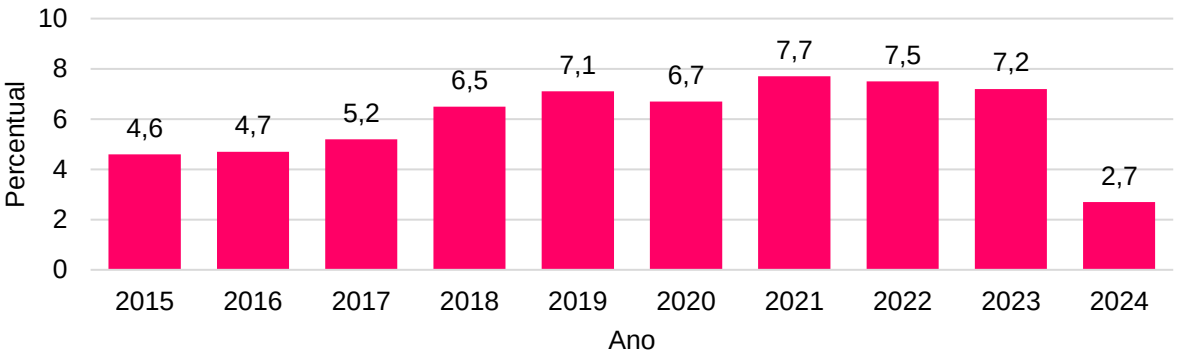
Tabela 30. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Nenhuma		1 a 3 consultas		4 e 5 consultas		6 e + consultas		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	524	4,6	1.764	15,4	2.504	21,9	6.619	57,9	12	0,1	11.423
2016	531	4,7	1.718	15,1	2.377	20,9	6.749	59,3	6	0,1	11.381
2017	607	5,2	1.664	14,2	2.421	20,6	7.041	59,9	22	0,2	11.755
2018	828	6,5	1.919	15,1	2.646	20,8	7.319	57,5	21	0,2	12.733
2019	1046	7,1	2.429	16,6	3.040	20,7	8.137	55,5	5	0,0	14.657
2020	917	6,7	2.595	18,8	2.944	21,4	7.310	53,1	4	0,0	13.770
2021	1.068	7,7	2.265	16,3	2.599	18,7	7.957	57,2	18	0,1	13.907
2022	988	7,5	2.203	16,8	2.443	18,7	7.459	56,9	6	0,0	13.099
2023	942	7,2	1.930	14,8	2.080	16,0	8.036	61,7	28	0,2	13.016
2024	320	2,7	1.485	12,6	1.950	16,6	7.763	65,9	258	2,2	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Nos últimos 10 anos, o percentual de mães sem nenhuma consulta no pré-natal diminuiu 41,3% entre 2015 (4,6%) e 2024 (2,7%), o maior percentual ocorreu em 2021 (7,7%), segundo ano da pandemia de Covid-19, mas não é possível atribuir esse percentual exclusivamente a pandemia pois em 2019 o percentual foi bem próximo, de 7,1% (Figura 30). Fatores socioeconômicos podem estar associados a esse fenômeno uma vez que 58,1% das mães sem nenhuma consulta no pré-natal são mães pardas e 30,6% são mães indígenas (Figura 31). O acesso à assistência pré-natal é uma condição muito importante para que a gestação transcorra sem problemas tanto para a mãe quanto para o filho ou, pelo menos, que haja um acompanhamento médico para as situações de risco (Brasil, 2014a).

Figura 30. Percentual de nascidos vivos de mães sem nenhuma consultas no pré-natal, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O percentual de mães com seis e mais consultas no pré-natal aumentou 13,8% entre 2015 (57,9%) e 2024 (65,9%) e o percentual ficou acima de 57% em todo o período, ou seja, pouco mais da metade das mães realizaram o pré-natal adequadamente.

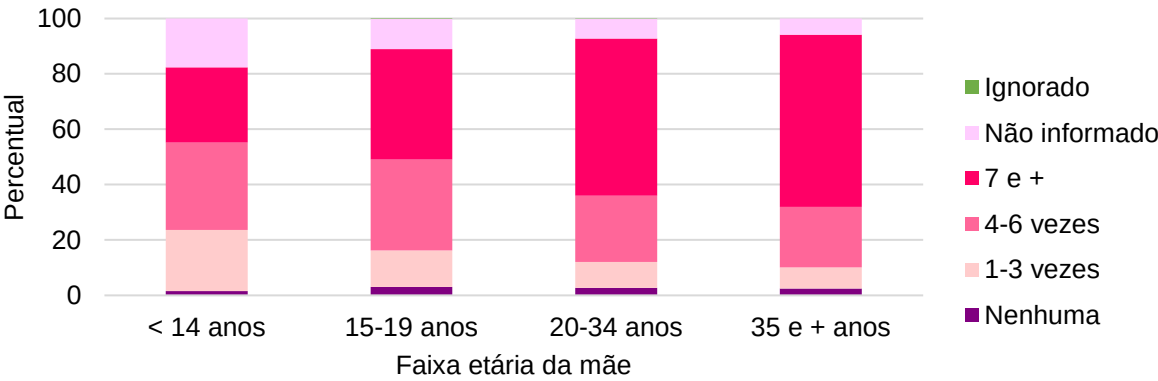
Figura 31. Percentual de nascidos vivos de mães sem nenhuma consultas no pré-natal segundo a raça/cor da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2021, no Brasil, 73,1% de mães tiveram sete ou mais consultas pré-natal (Brasil, 2024). A realização do pré-natal é fundamental para prevenção e identificação de patologias maternas e fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do feto e reduzindo riscos da gestação (Brasil, 2013). No Brasil, em 2014, o acesso ao pré-natal adequado foi de 70% das mulheres, com valores menores para estados do Nordeste e maiores para Sul e Sudeste (Brasil, 2018).

Figura 32. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e faixa etária da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

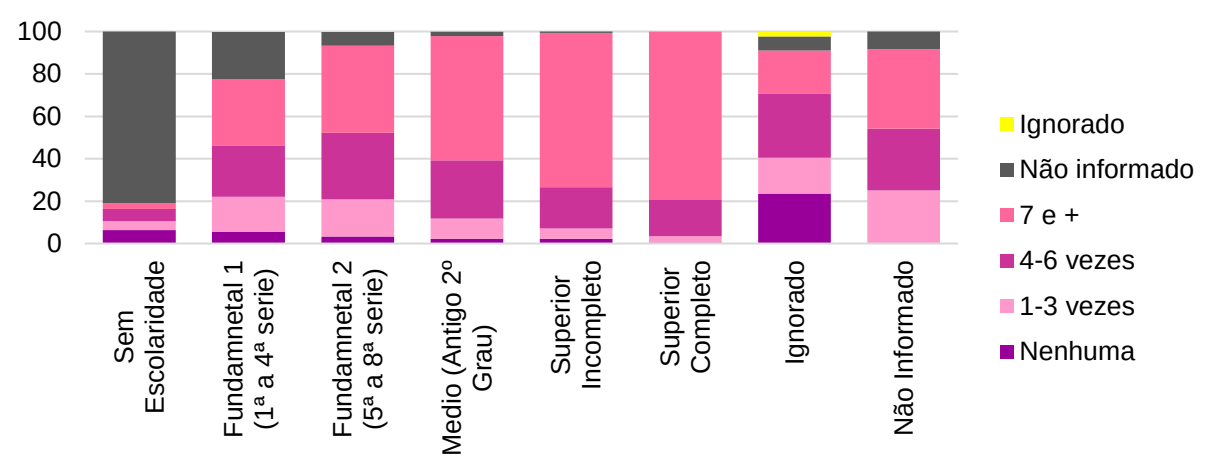
Tabela 31. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e faixa etária da mãe, Roraima, 2024

Número de consultas	< 14 anos		15-19 anos		20-34 anos		35 e + anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	2	1,5	63	3,1	219	2,7	36	2,5	320	2,7
1-3 vezes	30	22,1	270	13,1	765	9,4	112	7,6	1.177	10
4-6 vezes	43	31,6	677	32,9	1.939	23,9	322	21,9	2.981	25,3
7 e +	37	27,2	818	39,8	4.612	56,8	913	62,2	6.380	54,2
Não informado	24	17,6	223	10,9	571	7,0	85	5,8	903	7,7
Ignorado	0	0,0	4	0,2	11	0,1	0	0,0	15	0,1
Total	136	100,0	2.055	100,0	8.117	100,0	1.468	100,0	11.776	100

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Os dados da mostram que quanto maior a idade gestacional, maior a adesão ao pré-natal (Figura 32 e Tabela 31). Estudos identificaram esse fenômeno pode ser explicada pelo aumento da procura espontânea, que se dá pela confirmação gestação, da pressão familiar ou da captação das pacientes pelas unidades de saúde e ações comunitárias locais (Melo; Soares, Silva, 2022).

Figura 33. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e a escolaridade, Roraima, 2024



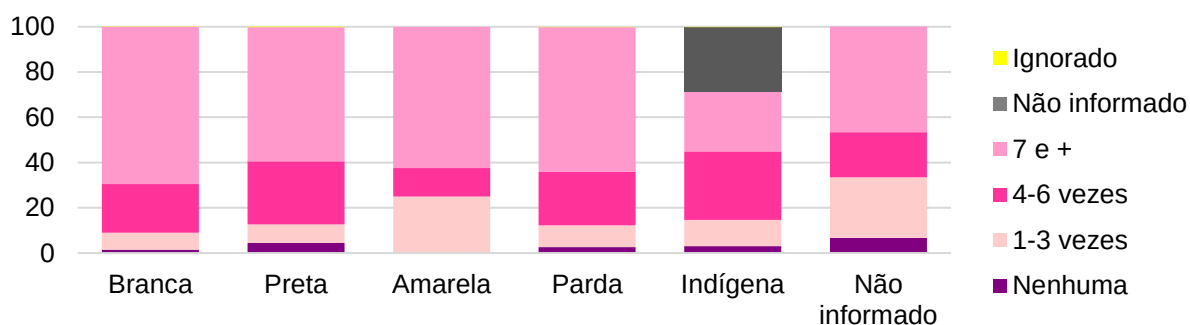
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A adequação de consultas no pré-natal aumentou com a escolaridade. Em geral, mães com maior nível de escolaridade tendem a realizar mais consultas de pré-natal. Estudos mostram que mulheres com mais anos de estudo têm maior probabilidade de iniciar o pré-natal mais cedo e realizar um maior número de consultas. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, como maior acesso à

informação, maior conscientização sobre a importância do acompanhamento pré-natal e maior facilidade em acessar os serviços de saúde (Figura 33).

Especificamente no campo da atenção pré-natal, os achados decorrentes de estudos nacionais e regionais ratificam essa afirmação, à medida que mostram que as mulheres de cor da pele preta ou parda, com baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos vivenciam menor adequação na assistência (Viellas et al., 2014; Silva, 2016; Santos, 2020). São elas, portanto, as mais afetadas pelas complicações decorrentes da ausência ou iniquidades do cuidado.

Figura 34. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e a raça/cor da mãe, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Entre as mães brancas o percentual de pré-natal foi de 69,4% (808/1.165), apesar do melhor percentual entre todas as raça/cor, ficou abaixo de 70%, e um número de consultas de pré-natal abaixo de 70% não é considerado bom. Idealmente, o número de consultas deve ser igual ou superior a seis, conforme recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Esse número mínimo visa garantir um acompanhamento adequado da gestação, permitindo a identificação e tratamento precoce de possíveis problemas, o que contribui para a saúde da mãe e do bebê. Entre as mães indígenas o percentual de adequação ao pré-natal foi de apenas 26,3% (832/3.161) (Figura 34).

No Brasil, a adequação do pré-natal aumentou com a idade e a escolaridade da mulher e foi maior para a raça/cor branca/amarela (Brasil, 2018). Os efeitos do cuidado pré-natal sobre a vida e a saúde das mulheres, evidencia que o acesso a esse cuidado está intimamente relacionado aos fatores sociodemográficos, culturais e de desenvolvimento econômico que mediam o acesso aos serviços de saúde (Joshi et al, 2014; Domingues et al., 2015; Guimarães et al., 2018). Sociedades

caracterizadas pelas desigualdades, gênero e racismo constituem elementos estruturantes e explicam o acesso diferenciado e desigual das mulheres negras aos serviços de saúde considerados relevantes, quando comparadas com as brancas (Lessa et al., 2022).

Achados relacionados à adequação do pré-natal evidenciam que a raça/cor e os fatores sociodemográficos das mulheres guardam influência com a adequabilidade da assistência e as experiências discriminatórias, de forma que as configurações sociais fomentam processos de discriminação no acesso, na oferta e na qualidade da atenção à saúde (Freitas, 2014; Almeida, 2018; Santos et al., 2018; Theophilo; Rattner; Pereira, 2018).

A qualidade do pré-natal pode ser avaliada por meio de indicadores que não é apenas o número de consultas, é importante considerar aspectos como a realização de exames, a adesão a medidas preventivas e a satisfação da gestante. É importante que o pré-natal seja abrangente, com foco na saúde da mãe e do bebê, incluindo acompanhamento nutricional, psicológico e social, além de orientações sobre parto e pós-parto.

Tabela 35. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e o mês de início do pré-natal, Roraima, 2024

Mês	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Não informado		Ign.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeiro	5	1,6	29	2,5	167	5,6	944	14,8	28	3,1	0	0,0	1.173	10,0
Segundo	4	1,3	102	8,7	740	24,8	3.039	47,6	81	9,0	0	0,0	3.966	33,7
Terceiro	0	0,0	166	14,1	803	26,9	1.550	24,3	117	13,0	1	5,9	2.637	22,4
Quarto	1	0,3	194	16,5	556	18,7	505	7,9	127	14,1	0	0,0	1.383	11,7
Quinto	2	0,6	209	17,8	407	13,7	219	3,4	128	14,2	0	0,0	965	8,2
Sexto	3	0,9	182	15,5	188	6,3	45	0,7	78	8,6	0	0,0	496	4,2
Sétimo	0	0,0	131	11,1	79	2,7	29	0,5	30	3,3	0	0,0	269	2,3
Oitavo	0	0,0	115	9,8	26	0,9	20	0,3	22	2,4	0	0,0	183	1,6
Nono	0	0,0	33	2,8	7	0,2	10	0,2	5	0,6	0	0,0	55	0,5
Não Inf.	294	91,9	8	0,7	3	0,1	11	0,2	1	0,1	0	0,0	317	2,7
Ignorado	11	3,4	8	0,7	5	0,2	6	0,1	286	31,7	14	82,4	330	2,8
Total	320	100,0	1177	100,0	2981	100,0	6378	100,0	903	100,0	17	100,0	11776	100,0

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). Ign – ignorado.

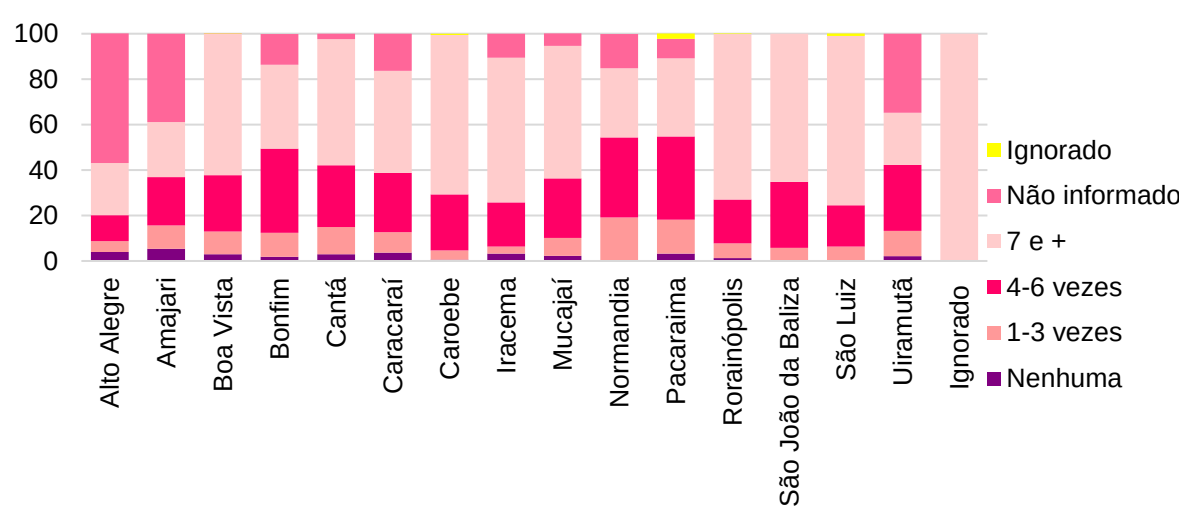
Além disso, o início precoce do pré-natal é um indicador importante da qualidade do cuidado no pré-natal. Em 2024, apenas 66,1% das gestantes em Roraima tiveram o pré-natal iniciado até o terceiro mês, entre as mães com sete ou

mais consultas esse percentual foi de 86,7%. Um acompanhamento pré-natal iniciado logo após a descoberta da gravidez, idealmente antes da 12ª semana, permite a identificação precoce de riscos, a realização de exames e intervenções necessárias, e o estabelecimento de um vínculo entre a gestante e a equipe de saúde. No Brasil, em 2021, 62,2% das gestantes iniciaram o atendimento antes do terceiro mês (Brasil, 2024).

Chama a atenção que entre as mães sem nenhuma consulta no pré-natal, há informação sobre o mês de início do pré-natal da declaração de nascidos vivos, possivelmente um erro de preenchimento da declaração ou de digitação dos dados no Sinasc. Esse tipo de erro coloca em descrédito a qualidade dos dados do Sistema (Tabela 35).

A distribuição de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e município de residência encontra-se na Figura 36 e Tabela 32. Os municípios com maior proporção de gestantes com o número de consultas adequadas no pré-natal foram: São Luiz (74,5%), Rorainópolis (72,8%), Caroebe (70,1%), São João da Baliza (65,2%), Iracema (63,7%) e Boa Vista (62,3%). Os quatros municípios com maior adequabilidade estão localizados no sul do estado e possuem menor percentual de população indígena aldeada.

Figura 36. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Destaca-se que os 46,7% dos municípios ficam com a proporção de mães sem nenhuma consulta no pré-natal acima da média estadual de 2,7% em 2024. Os cinco

municípios com mais proporção de mães sem nenhuma consulta no pré-natal possuem alta proporção de população indígena aldeada, além disso Pacaraima enfrenta a entrada diária de imigrantes venezuelos que trazem várias vulnerabilidades e isso também pode estar associado a essa alta proporção no município (Figura 37).

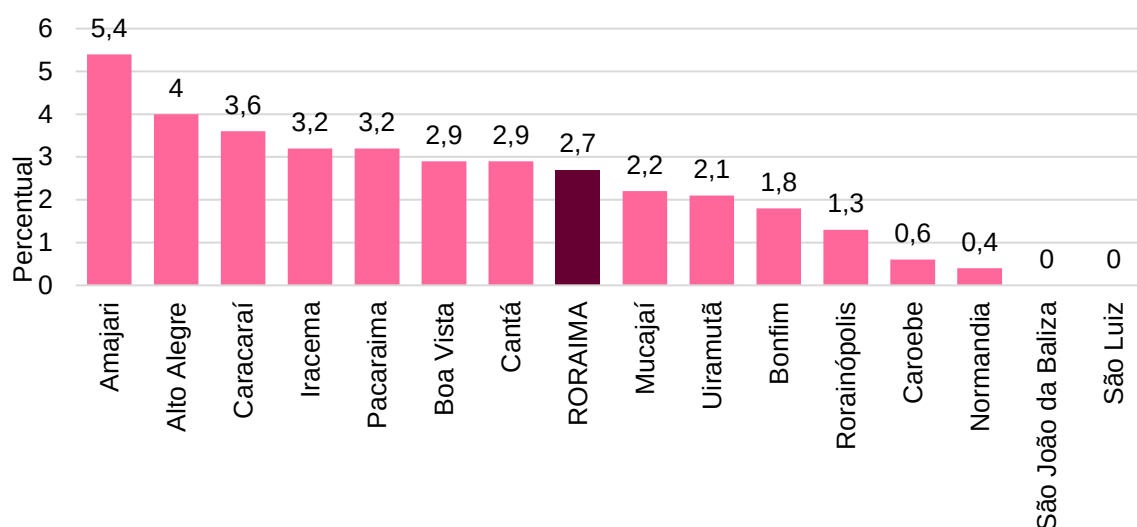
O acesso ao pré-natal, o tipo de parto e o local do nascimento são informações de grande interesse para o planejamento na área de saúde materna e da criança em todos os níveis de gestão do SUS. O governo federal incentiva a atenção primária nos municípios por meio do financiamento de 25% do gastos com as equipes de saúde da família, os outros 75% são pagos pelo município (Tarantino, 2023).

Tabela 32. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e o mês de início do pré-natal, Roraima, 2024

Município	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Não informado		Ign.		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	21	4,0	25	4,8	60	11,4	120	22,9	299	57,0	0	0,0	525
Amajari	20	5,4	38	10,3	78	21,2	89	24,2	143	38,9	0	0,0	368
Boa Vista	201	2,9	695	10,1	1.702	24,7	4.298	62,3	7	0,1	1	0,01	6.904
Bonfim	7	1,8	41	10,6	143	37,1	142	36,9	52	13,5	0	0,0	385
Cantá	11	2,9	45	12,0	102	27,2	208	55,5	9	2,4	0	0,0	375
Caracaraí	12	3,6	30	9,1	86	26,0	149	45,0	54	16,3	0	0,0	331
Caroebe	1	0,6	7	4,0	43	24,7	122	70,1	0	0,0	1	0,6	174
Iracema	4	3,2	4	3,2	24	19,4	79	63,7	13	10,5	0	0,0	124
Mucajá	7	2,2	25	7,9	83	26,2	185	58,4	17	5,4	0	0,0	317
Normandia	2	0,4	84	18,7	158	35,2	137	30,5	68	15,1	0	0,0	449
Pacaraima	15	3,2	70	15,0	171	36,6	160	34,3	40	8,6	11	2,4	467
Rorainópolis	7	1,3	35	6,4	106	19,4	398	72,8	0	0,0	1	0,2	547
São João da Baliza	0	0,0	8	5,8	40	29,0	90	65,2	0	0,0	0	0,0	138
São Luiz	0	0,0	6	6,4	17	18,1	70	74,5	0	0,0	1	1,1	94
Uiramutã	12	2,1	64	11,1	168	29,1	132	22,9	201	34,8	0	0,0	577
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	320	2,7	1.177	10,0	2.981	25,3	6.380	54,2	903	7,7	15	0,1	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). Ign – ignorado.

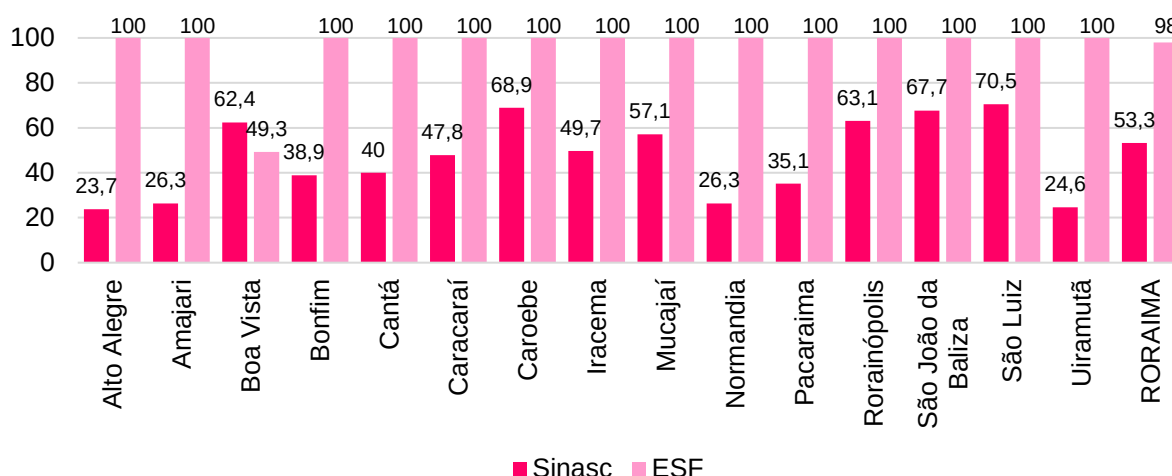
Figura 37. Percentual de nascidos vivos de mães sem nenhuma consultas no pré-natal segundo o município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2020, na comparação entre o percentual de mães com cobertura adequada do pré-natal (6 e mais consultas de pré-natal) do Sinasc e a cobertura adequada da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária da Saúde disponibilizado pelo Sistema e-Gestor Atenção Básica em dezembro, há discrepância entre essas coberturas (Figura 38). Essa discrepância reforça a necessidade de aproximação entre a vigilância epidemiológica com a Atenção Primária da Saúde.

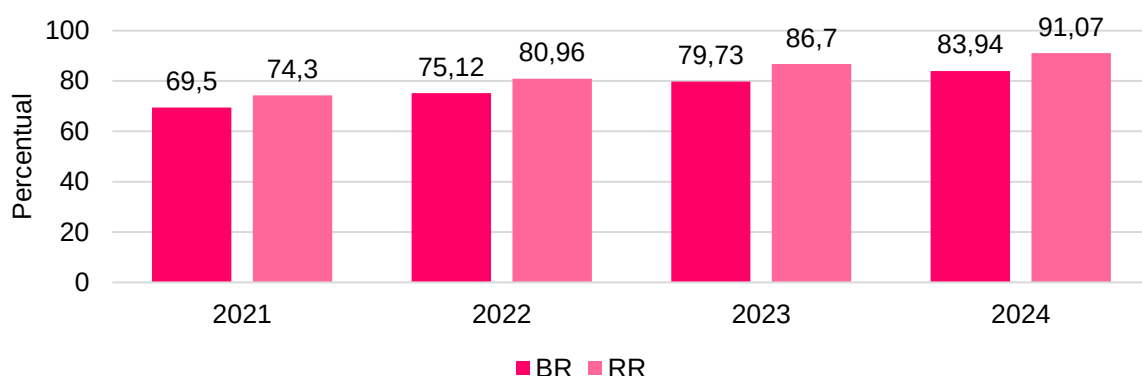
Figura 38. Comparação entre a cobertura adequada do pré-natal pela Estratégia Saúde da Família (dezembro/2020) e a do Sinasc/2020 (6 e + consultas), Roraima, 2020



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração). Sistema e-Gestor Atenção Básica em dezembro de 2020.

Dados recentes sobre a cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde em Roraima estão abaixo da cobertura em 2020 (98%), mas estão em crescimento entre 2021 (74,3%) e 2024 (91,07%) e são superiores a cobertura nacional (Figura 39).

Figura 39. Comparação da cobertura da atenção primária à saúde Roraima e Brasil*, 2021 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde - e-Gestor (2021 - 2024). Disponível em:

<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/estado/roraima/>.

Fonte Primária: [Histórico de Cobertura - APS](#).

*Dados consolidados dos meses de dezembro para 2021, 2022 e 2023 e do mês de abril para 2024.

O percentual corresponde ao quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária financiadas pelo Ministério da Saúde em relação à população estimada pelo IBGE.

4.6.2 Duração da gestação

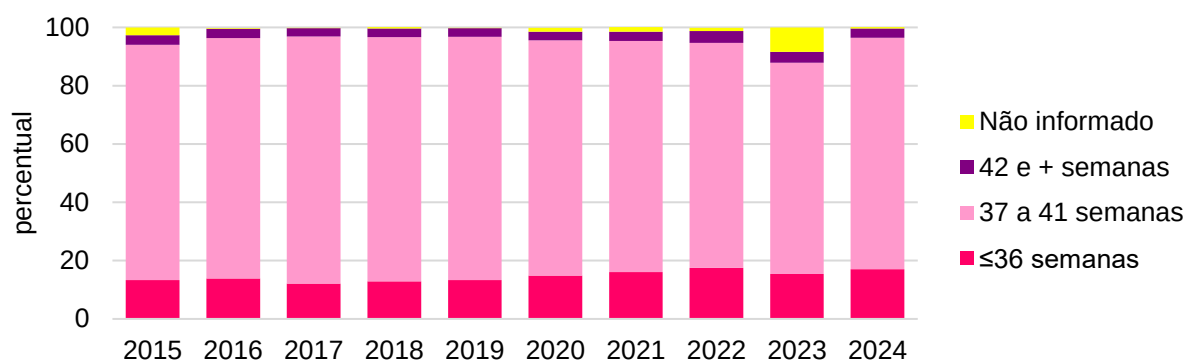
É crucial avaliar a duração da gestação (idade gestacional) para garantir a saúde tanto da mãe quanto do bebê, permitindo um acompanhamento pré-natal adequado e identificando possíveis complicações precocemente. A avaliação da idade gestacional é um processo importante durante toda a gravidez e deve ser realizada por profissionais de saúde qualificados, utilizando métodos adequados para cada fase da gestação.

A idade gestacional serve como base para determinar quando realizar exames, avaliar o desenvolvimento fetal e planejar o parto. A duração ideal da gravidez é considerada entre 37 e 41 semanas, com o bebê sendo chamado de "a termo". Dentro desse período, os bebês são considerados aptos para nascer e estão mais

preparados para se adaptar à vida fora do útero.

Por meio da idade gestacional é possível identificar o quantitativo de prematuros – Quando o nascimento ocorre antes de 37 semanas de idade gestacional contados a partir do primeiro dia do último período menstrual da mulher –. A idade gestacional ao nascer determina a base das subcategorias do recém-nascido prematuro: pré-termo extremo (< 28 semanas); muito pré-termo (28 a < 32 semanas); pré-termo moderado (32 a < 37 semanas) e pré-termo tardio (34 a < 37 semanas).

Figura 40. Percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação da mãe está apresentado na Tabela 33 e Figura 40. O percentual de nascimentos com a idade gestacional adequada, entre 37 e 41 semanas de gestação, reduziu em 1,7% entre 2015 (80,7%) e 2024 (79,3%) e em todo o período esteve entre 72,5% e 84,8%.

Nos últimos 10 anos, o percentual de prematuridade no estado aumentou 28,6% entre 2015 (13,3%) e 2024 (17,1%) e esteve acima de 12% em todo o período (Figura 41). O percentual de prematuridade do estado é alto, e essa situação aumenta o risco de mortalidade infantil bem como requer serviços de saúde de alta complexidade uma vez que os prematuros devem ser acompanhados de perto e normalmente precisam ficar internados em unidades de terapia intensiva por períodos cuja duração podem variar de dias a meses.

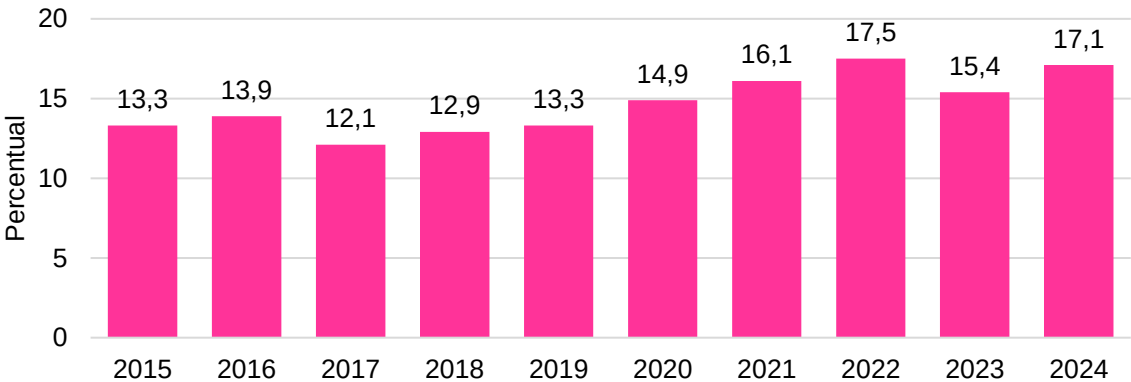
Tabela 33. Número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e ano, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Menos 22		22 a 27		28 a 31		32 a 36		37 a 41		42 e +		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	10	0,1	58	0,5	116	1,0	1.331	11,7	9.219	80,7	376	3,3	313	2,7	11.423
2016	16	0,1	71	0,6	140	1,2	1.371	12,0	9.380	82,4	369	3,2	34	0,3	11.381
2017	4	0,0	49	0,4	120	1,0	1.260	10,7	9.974	84,8	338	2,9	10	0,1	11.755
2018	9	0,1	80	0,6	118	0,9	1.435	11,3	10.665	83,8	364	2,9	62	0,5	12.733
2019	5	0,0	80	0,5	169	1,2	1.707	11,6	12.243	83,5	432	2,9	21	0,1	14.657
2020	12	0,1	94	0,7	183	1,3	1.768	12,8	11.108	80,7	406	2,9	199	1,4	13.770
2021	8	0,1	68	0,5	174	1,3	1.981	14,2	11.023	79,3	432	3,1	221	1,6	13.907
2022	17	0,1	76	0,6	209	1,6	1.992	15,2	10.113	77,2	542	4,1	150	1,1	13.099
2023	12	0,1	89	0,7	214	1,6	1.687	13,0	9.436	72,5	481	3,7	1097	8,4	13.016
2024	6	0,1	66	0,6	187	1,6	1.745	14,8	9.334	79,3	382	3,2	56	0,5	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em Roraima, em 2024, os nascidos vivos de mães adolescentes tiveram 1,2 vezes para risco de prematuridade em comparação as mães não adolescentes, e os nascidos vivos de mães com menos de 6 consultas no pré-natal tiveram 1,4 vezes maior risco de prematuridade que as mães com seis e mais consultas no pré-natal, e os nascidos vivos prematuros tiveram 4,3 vezes mais risco de baixo peso ao nascer em compração com os nascidos vivos não prematuros. Esses riscos podem ser reduzido com bom atendimento no pré-natal.

Figura 41. Percentual de nascidos vivos prematuros por ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O percentual de prematuridade de Roraima está cima da taxa de prematuridade no Brasil em 2024 que se mantém em torno de 11,7% dos nascimentos, o que equivale a aproximadamente 330 mil bebês nascidos antes das 37 semanas de

gestação. Essa taxa, embora tenha apresentado uma leve redução na última década, ainda é considerada alta, especialmente quando comparada a outros países. O Brasil não só está acima da média global, que é em torno de 10%, como também é um dos 10 países com maior número de nascimentos prematuros por ano (Freire, 2025).

A prematuridade acarreta diversas implicações para o desenvolvimento e a saúde do bebê, tanto a curto quanto a longo prazo. Essas implicações estão diretamente relacionadas ao grau de prematuridade, com riscos maiores para bebês nascidos antes de 34 semanas. Na Tabela 34 consta o percentual de nascidos vivos prematuros por subcategorias no período de 2015 a 2024 e destaca-se que entre os nascimentos com menos de 22 semanas de gestação o percentual se manteve entre 0% e 0,1%; entre 22 e 27 semanas de gestação o percentual foi em média de 0,6%; entre 28 e 31 semanas de gestação o percentual variou de 0,9% e 1,6%; e entre 32 e 36 semanas de gestação o percentual variou de 10,7% a 15,2%. A prevenção da prematuridade envolve cuidados antes, durante e após a gestação, incluindo planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, hábitos saudáveis e controle de infecções.

Tabela 34. Número e percentual de nascidos vivos prematuros por ano, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Menos 22		22 a 27		28 a 31		32 a 36		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	10	0,1	58	0,5	116	1,0	1.331	11,7	11.423
2016	16	0,1	71	0,6	140	1,2	1.371	12,0	11.381
2017	4	0,0	49	0,4	120	1,0	1.260	10,7	11.755
2018	9	0,1	80	0,6	118	0,9	1.435	11,3	12.733
2019	5	0,0	80	0,5	169	1,2	1.707	11,6	14.657
2020	12	0,1	94	0,7	183	1,3	1.768	12,8	13.770
2021	8	0,1	68	0,5	174	1,3	1.981	14,2	13.907
2022	17	0,1	76	0,6	209	1,6	1.992	15,2	13.099
2023	12	0,1	89	0,7	214	1,6	1.687	13,0	13.016
2024	6	0,1	66	0,6	187	1,6	1.745	14,8	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

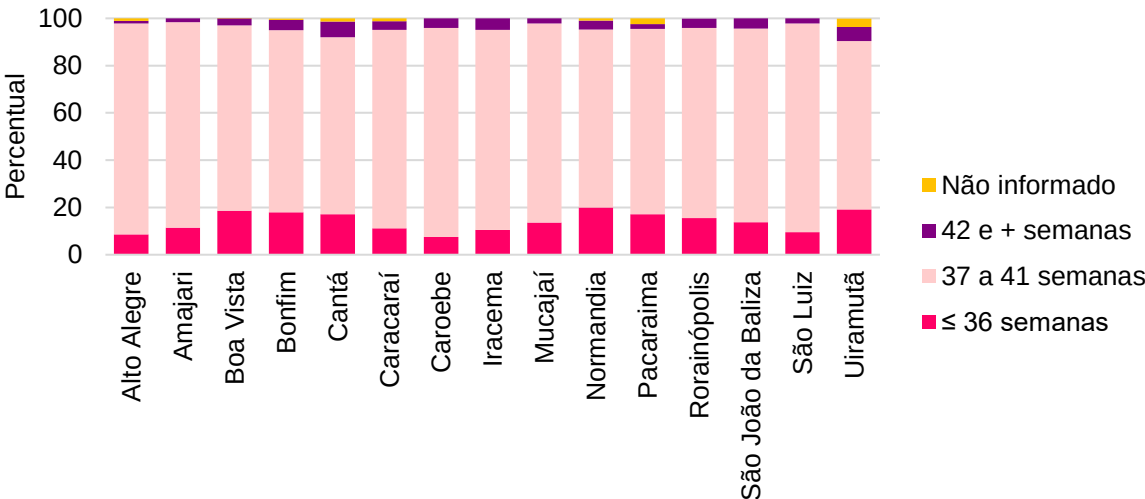
Entre as causas da prematuridade destaca-se a ruptura prematura da bolsa que é mais frequente em gestantes adolescentes ou com idades mais avançadas, pessoas com alguma malformação uterina, mal nutridas e também que ingerem bebidas alcoólicas, fumam ou usam outros entorpecentes durante a gravidez. O risco

também é maior em gestações de mais de um bebê, e quando a placenta está mal inserida no útero. Mesmo nas situações em que a causa não pode ser revertida, a gestante pode ser monitorada com mais frequência e até mesmo internada em um hospital, e receber medicamentos para acelerar a maturidade dos órgãos do bebê e tentar prolongar ao máximo a gestação (Freire, 2025).

As infecções bacterianas, principalmente a urinária, e as de transmissão sexual, também são grandes causa de prematuridade. As infecções de transmissão sexual podem ser detectadas em exames laboratoriais e prevenidas com sexo seguro, já a infecção urinária é bastante comum na gestação e nem sempre tem sintomas nesse período. Mas um desconforto abdominal incomum, ou o aumento repentino da vontade de urinar podem ser sinais de alerta, e se a doença for tratada com antibiótico, o parto prematuro pode ser evitado (Freire, 2025).

Já a hipertensão arterial é o principal fator de complicações na gravidez, e além de provocar partos prematuros, é a maior causa de morte materna e perinatal do Brasil. Estima-se que 15% das gestantes tenham pressão alta durante a gestação e que um quarto dos partos prematuros ocorram por esse motivo. Por isso, a aferição de pressão é um dos procedimentos básicos das consultas de pré-natal (Freire, 2025).

Figura 42. Número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A grande quantidade de cesarianas do Brasil também contribui pra esse cenário. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2023, quase 60% dos nascimentos ocorreram via cirurgia. Tem muitas cesáreas eletivas, que é aquela

cesárea agendada sem necessariamente uma indicação médica e isso pode trazer mais bebês prematuros. Atualmente, o Conselho Federal de Medicina (CRM) autoriza o agendamento sem indicação médica só a partir de 39 semanas, mas muitas vezes quando o médico agenda uma cesárea com 39 semanas, por desinformação da mulher ou algum erro no cálculo, o bebê pode ter menos de 37. E ele está imaturo. É um bebê que não precisa ir para uma unidade de terapia intensiva de imediato, mas quando ele vai mamar ele se atrapalha, ele tem dificuldade pra respirar (Freire, 2025).

Tabela 35. Número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e município de residência, Roraima, 2024

Municípios	≤ 36 semanas		37 a 41 semanas		42 e + semanas		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	45	8,6	469	89,3	6	1,1	5	1,0	525
Amajari	42	11,4	320	87,0	6	1,6	0	0,0	368
Boa Vista	1.284	18,6	5.411	78,4	205	3,0	4	0,1	6.904
Bonfim	69	17,9	297	77,1	17	4,4	2	0,5	385
Cantá	64	17,1	281	74,9	25	6,7	5	1,3	375
Caracaraí	37	11,2	278	84,0	12	3,6	4	1,2	331
Caroebe	13	7,5	154	88,5	7	4,0	0	0,0	174
Iracema	13	10,5	105	84,7	6	4,8	0	0,0	124
Mucajaí	43	13,6	267	84,2	7	2,2	0	0,0	317
Normandia	90	20,0	338	75,3	17	3,8	4	0,9	449
Pacaraima	80	17,1	366	78,4	10	2,1	11	2,4	467
Rorainópolis	85	15,5	440	80,4	22	4,0	0	0,0	547
São João da Baliza	19	13,8	113	81,9	6	4,3	0	0,0	138
São Luiz	9	9,6	83	88,3	2	2,1	0	0,0	94
Uiramutã	111	19,2	411	71,2	34	5,9	21	3,6	577
Ignorado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	2.004	17,0	9.334	79,3	382	3,2	56	0,5	11.776

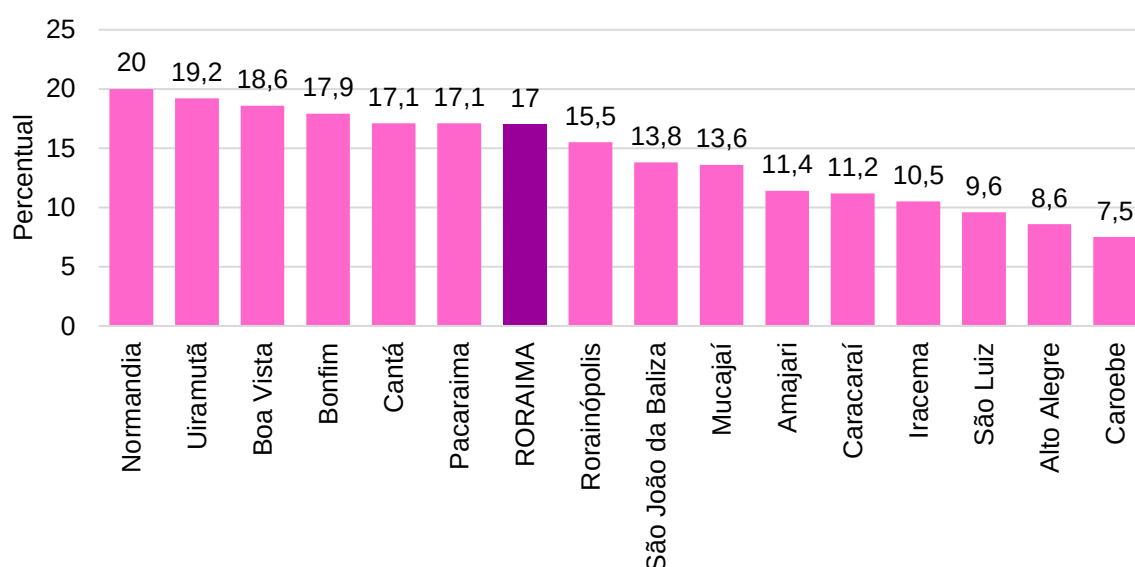
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No Brasil, o nascimento prematuro está associado, principalmente, a dois componentes: o primeiro deles, composto de pré-termos tardios e associado às cesarianas em mulheres de nível educacional mais elevado; e o segundo, de maior relevância e composto por todos os graus da prematuridade, está vinculado principalmente à pobreza. A ruptura prematura de membranas foi o principal fator associado a esse último em estudo de Barros e colaboradores em 2018 (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Nas crianças que sobrevivem, a prematuridade aumenta o risco de condições crônicas, como alterações nos padrões de crescimento desde o período neonatal, atrasos no desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo e problemas psíquicos com todas as consequências associadas a cada um e ao conjunto desses eventos. Além disso, essas crianças terão risco aumentado de evoluírem com condições crônicas, tais como, diabetes tipo II e doenças cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). Acredita-se que 10 a 15% dos prematuros desenvolvem uma grande variedade de sequelas no desenvolvimento neurológico durante a infância e que 30% a 40% deles apresentam pequenas desordens motoras, comportamentais e de aprendizado na idade escolar (Caçola; Bobbio, 2010).

A distribuição de nascidos vivos segundo a duração da gestação por município de residência consta na Tabela 35 e Figura 42. Destaca-se que 40% dos municípios tiveram percentuais de prematuridade maior que a média do estado em 2024 (Figura 43).

Figura 43. Percentual de nascidos vivos prematuros segundo o município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.6.3 Tipo de gravidez e tipo de parto

O tipo de gravidez (única ou múltipla) é importante para a saúde pública, pois gestações múltiplas apresentam riscos maiores tanto para a mãe quanto para os bebês, exigindo cuidados pré-natais e obstétricos diferenciados e, portanto,

impactando as políticas de saúde.

Nos últimos 10 anos houve predomínio de gravidez única em Roraima, em média representaram 98%. Em relação a gravidez dupla se observa aumento de 13,3% no percentual entre 2015 (1,5%) e 2024 (1,7%). Em 2024, ocorreram 208 gravidezes múltiplas no estado, ou seja, 1 em 56,6 nascimentos são de gravidezes múltiplas (Tabela 36). Estudos apontam que cerca de 1 em 80 nascimentos são de gêmeos, entre os trigêmeos são 1 em 6.400 nascimentos, e para quadrigêmeos e mais a frequência diminui drasticamente, sendo 1 em 512.000 para quadrigêmeos.

Em gestações múltiplas, como de gêmeos ou trigêmeos, o parto pode ocorrer antes da data prevista, muitas vezes entre 37 e 38 semanas para gêmeos e antes para trigêmeos. Cerca de 60% dos gêmeos nascem prematuros, e o parto prematuro é ainda mais comum em gestações de trigêmeos. O parto normal é possível em gestações gemelares, mas a cesariana é mais comum, especialmente em casos de trigêmeos. Além disso, vários estudos apontam que esse tipo de gravidez aumenta os riscos maternos, especialmente acima de dois fetos, elevam as chances de complicações como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, anemia, sangramento, parto prematuro e descolamento prematuro da placenta.

Pode trazer impacto na saúde infantil pois bebês de gestações múltiplas podem nascer com baixo peso, prematuros, apresentar restrição de crescimento intrauterino e maior risco de complicações no período neonatal.

Requer um acompanhamento pré-natal mais frequente e especializado incluindo ultrassonografias para monitorar o crescimento fetal e a saúde da mãe. Logo, a demanda por serviços de saúde para gestações múltiplas é maior, exigindo maior número de leitos hospitalares, equipamentos e profissionais qualificados.

Destaca-se que gestação múltipla pode ser um resultado de técnicas de reprodução assistida, e a discussão sobre planejamento familiar e aconselhamento genético é importante para a saúde pública.

A escolha do tipo de parto (vaginal/normal ou cesárea) tem impacto significativo na saúde pública, tanto a curto quanto a longo prazo, para a mãe e o bebê. Partos normais bem assistidos oferecem benefícios como recuperação mais rápida, menor risco de infecção e melhor estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Já o excesso de cesáreas, frequentemente desnecessárias, pode aumentar os riscos de complicações maternas e neonatais, além de gerar custos adicionais ao sistema de saúde.

Tabela 36. Número e percentual de nascidos vivos segundo o tipo de gravidez e ano, Roraima, 2015 a 2024

Tipo de Gravidez	Única		Dupla		Tripla e+		Não informado		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	11.243	98,4	167	1,5	3	0,0	0	0,0	10	0,1	11.423
2016	11.179	98,2	193	1,7	6	0,1	2	0,02	1	0,02	11.381
2017	11.579	98,5	173	1,5	2	0,0	0	0,0	1	0,02	11.755
2018	12.526	98,4	207	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12.733
2019	14.446	98,6	199	1,4	12	0,1	0	0,0	0	0,0	14.657
2020	13.513	98,1	252	1,8	4	0,0	0	0,0	1	0,02	13.770
2021	13.672	98,3	226	1,6	6	0,0	3	0,02	0	0,0	13.907
2022	12.893	98,4	203	1,5	3	0,0	0	0,0	0	0,0	13.099
2023	12.756	98,0	251	1,9	9	0,1	0	0,0	0	0,0	13.016
2024	11.568	98,2	196	1,7	12	0,1	0	0,0	0	0,0	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O tipo de parto permite avaliar a qualidade de acesso da assistência à mulher durante o pré-natal e o parto, bem como, em parte, as práticas obstétricas. Na Tabela 37 apresentamos a distribuição dos nascidos vivos segundo o tipo de parto no período de 2015 a 2024. Nos últimos 10 anos, o percentual de partos vaginal diminuiu 6,7% entre 2015 (63,8%) e 2024 (59,5%) e no período não alcançou mais que 70% do total de partos, apesar de ser um tipo de parto de baixo custo, natural, mais acessível às mães e, portanto, mais recomendado.

Tabela 37. Número e percentual de nascidos vivos segundo o tipo de parto e ano, Roraima, 2015 a 2024

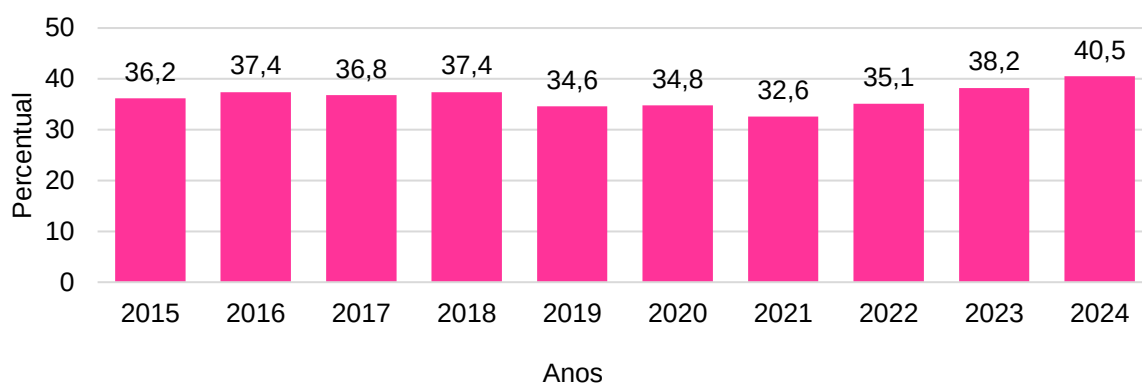
Tipo de Parto	Vaginal		Cesário		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	7.283	63,8	4.132	36,2	8	0,1	11.423
2016	7.124	62,6	4.257	37,4	0	0,0	11.381
2017	7.429	63,2	4.324	36,8	2	0,0	11.755
2018	7.966	62,6	4.766	37,4	1	0,0	12.733
2019	9.584	65,4	5.073	34,6	0	0,0	14.657
2020	8.984	65,2	4.786	34,8	0	0,0	13.770
2021	9.367	67,4	4.540	32,6	0	0,0	13.907
2022	8.505	64,9	4.594	35,1	0	0,0	13.099
2023	8.045	61,8	4.970	38,2	1	0,0	13.016
2024	7.002	59,5	4.774	40,5	0	0,0	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Por outro lado, o percentual de partos cesáreos aumentou 11,9% entre 2015

(36,2%) e 2024 (40,5%) e ficou acima de 30% em todo o período. Em 2024, esse tipo de parto representou 40,5% do total de partos. O percentual de parto cesáreo foi 2,7 vezes superior ao percentual preconizado pela OMS – o percentual de partos cesáreos (cirúrgico) deve ser no máximo de 15%, tendo em vista sua associação ao aumento das taxas de morbimortalidade materna e infantil – (Organização Mundial da Saúde, 2015) (Figura 44). Segundo a OMS, as taxas de cesarianas realizadas têm aumentado, mas sem benefícios significativos para a saúde da mulher ou do bebê (Estadão, 2020).

Figura 44. Número e percentual de nascidos vivos por parto cesáreo e ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No Brasil, o número de cesareas continua a crescer e se distanciar do patamar recomendado pela OMS. No país, aproximadamente 59,7% dos partos realizados no ano de 2023, incluindo nascimento através de hospital públicos, foram por meio de cesariana, ante 58,1% em 2022. Se considerar apenas os planos, as cesarianas representaram cerca de 82% dos nascimentos em 2022 (Pilar, 2024).

As causas do aumento de cesáreas no país são múltiplas. Mudanças nas características da população, como o aumento na prevalência da obesidade, ou os aumentos na proporção de mulheres que nunca tiveram filhos, mulheres idosas ou nascimentos múltiplos, foram citados como possíveis contribuintes para o aumento. Outros fatores, como diferenças no estilo de prática profissional, o medo dos médicos de processos, e fatores organizacionais, econômicos, sociais e culturais também são citados (G1, 2018).

Para que o índice de cesáreas diminua nos próximos anos, os partos vaginais devem oferecer maiores garantias de segurança para as mulheres. Um dos grandes

fatores que levam as futuras mães a optarem pelos procedimentos cirúrgicos é a menor incidência de casos de violência obstétrica durante cesarianas. A violência obstétrica se caracteriza por situações em que as mulheres sofrem algum tipo de abuso físico ou psicológico. Além disso, a opinião e os desejos de uma gestante têm que ser postos em primeiro lugar na hora de planejar um parto. Portanto, a capacitação dos profissionais que atuam com partos naturais é um caminho importante para que as mulheres se sintam mais confortáveis durante todo o processo. Além do mais, o treinamento ajuda a reduzir os riscos de falha por parte da equipe médica e, conseqüentemente, os casos de violência obstétrica (Estadão, 2020).

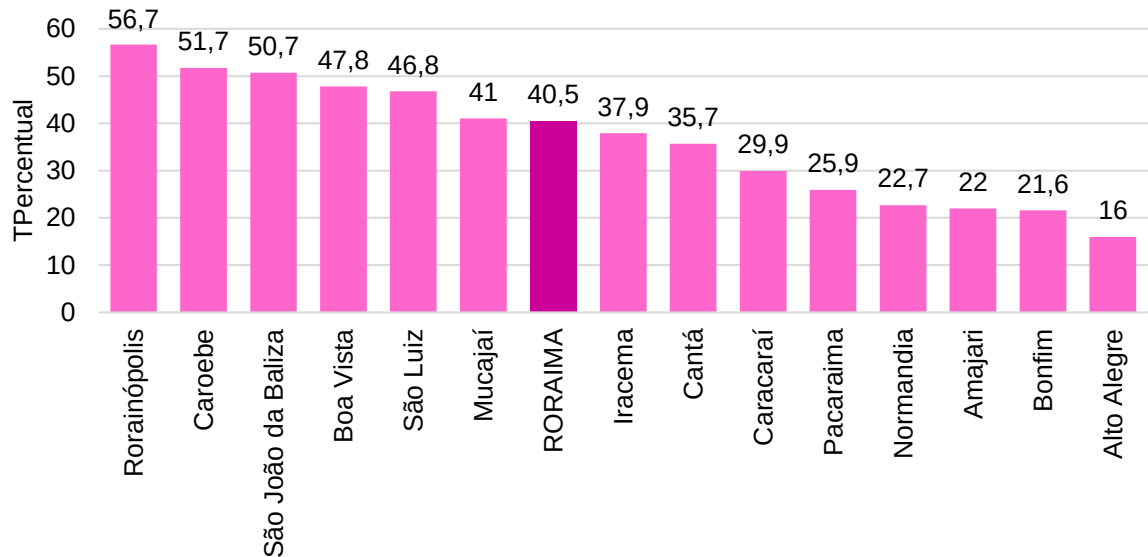
Tabela 38. Número e percentual de nascidos vivos segundo o tipo de parto e município de residência, Roraima, 2024

Município	Vaginal		Cesário		Total
	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	441	84,0	84	16,0	525
Amajari	287	78,0	81	22,0	368
Boa Vista	3.605	52,2	3.299	47,8	6.904
Bonfim	302	78,4	83	21,6	385
Cantá	241	64,3	134	35,7	375
Caracaraí	232	70,1	99	29,9	331
Caroebe	84	48,3	90	51,7	174
Iracema	77	62,1	47	37,9	124
Mucajaí	187	59,0	130	41,0	317
Normandia	347	77,3	102	22,7	449
Pacaraima	346	74,1	121	25,9	467
Rorainópolis	237	43,3	310	56,7	547
São João da Baliza	68	49,3	70	50,7	138
São Luiz	50	53,2	44	46,8	94
Uiramutã	498	86,3	79	13,7	577
Ignorado	0	0,0	1	100,0	1
Total	7.002	59,5	4.774	40,5	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Os municípios com população indígena aldeada tiveram as maiores taxas de partos vaginais. Em 2024, os municípios com maiores índices de cesáreas foram: Rorainópolis (56,7%), Caroebe (51,7%) e São João da Baliza (Tabela 38). O percentual de cesáreas foi maior que a média estadual em 40% dos municípios. Em Boa Vista, os 3.299 partos cesáreos representaram 47,8% do total de partos (Figura 45).

Figura 45. Percentual de nascidos vivos segundo o tipo de parto e município de residência, Roraima, 2024



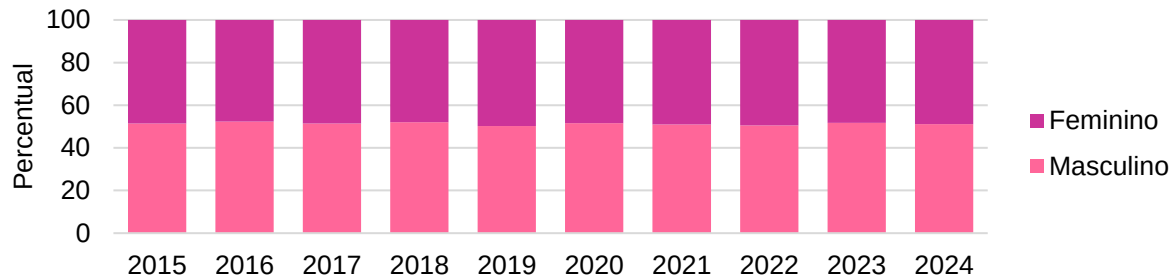
Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.7 REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO

4.7.1 Sexo

O sexo designado ao nascimento é um dado importante para a saúde pública pois influencia como os indivíduos são tratados e como as políticas públicas são formuladas. Informações sobre sexo são usadas para planejar e implementar políticas de saúde, como programas de prevenção de doenças e serviços de saúde reprodutiva.

Figura 46. Percentual de nascidos vivos segundo o sexo ao nascimento e ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em Roraima, em todo o período de 2015 a 2024, houve predomínio em 51,3%

de nascimento com o sexo designado masculino. A existência de dado ignorado demonstra falha no preenchimento da declaração de nascidos vivos (Figura 46).

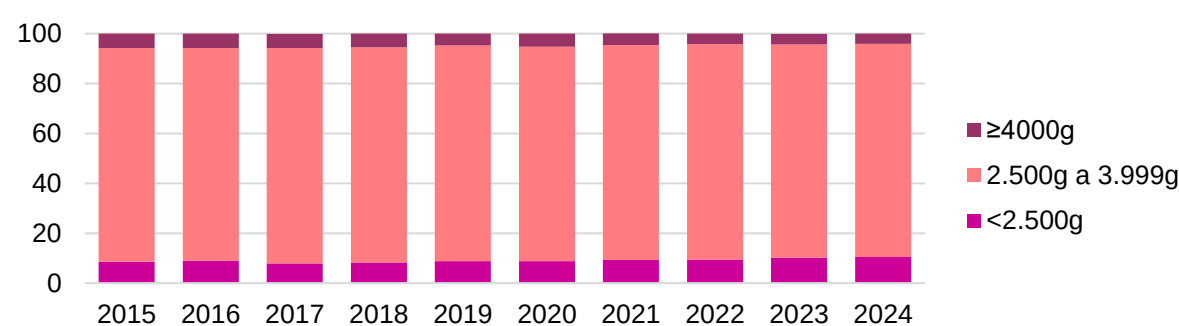
4.7.2 Peso ao nascer

O peso ao nascer constitui um importante indicador da saúde da população por refletir as condições sociais, econômicas e ambientais às quais a mulher se encontra durante o período de gestação, tendo no baixo peso ao nascer ou peso insuficiente, o fator de risco principal para a sobrevivência do recém nascido e preditor da qualidade de vida do indivíduo (Capelli et al., 2014).

O peso ao nascer é a primeira medida de peso do recém-nascido que é feita preferencialmente na primeira hora de vida e pode ser classificado em muito baixo peso (<1.500g), baixo peso ao nascer (1.500-2.499g), peso adequado (2.500- 3.999g) e excesso de peso (≥4.000g). Para a OMS o recém-nascido de baixo peso é aquele que nasce com peso inferior a 2.500 gramas (Ferraz; Neves, 2011; Miranda; Jorge; Abreu, 2022). No Brasil, o Ministério da Saúde classifica o peso ao nascer como: baixo peso (2.500g), peso normal (2.500- 3.999g) e sobrepeso (≥4.000g) (Brasil, 2024).

Em Roraima, nos últimos 10 anos, o percentual de nascidos vivos com peso adequado ao nascer (2.500- 3.999g) ficou em torno de 85%, esse peso expressa que a nutrição e cuidados da mãe durante a gestação foram adequados e que comportaria menos riscos para os recém-nascidos (Tabela 98 e Figura 47).

Figura 47. Percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Nos últimos 10 anos o percentual de baixo peso ao nascer aumentou 20,9%, entre 2015 (8,6%) e 2024 (10,4%) (Figura 48). O baixo peso ao nascer pode expressar

retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada nos países desenvolvidos varia em torno de 6%. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associados, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil (Observavix, 2025). No Brasil, a maior concentração provém da clientela usuária do SUS, onde é maior a demanda por serviços de maior complexidade (Brasil, 2016).

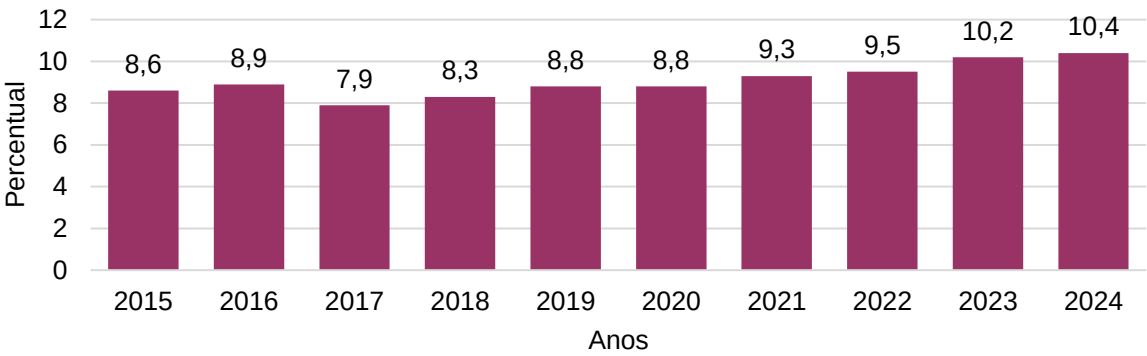
Figura 38. Número e percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e ano, Roraima, 2015 a 2024

Ano	<2.500g		2.500g a 3.999g		≥4000g		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	978	8,6	9.779	85,6	663	5,8	3	0,03	11.423
2016	1.011	8,9	9.716	85,4	651	5,7	3	0,03	11.381
2017	934	7,9	10.157	86,4	661	5,6	3	0,03	11.755
2018	1.053	8,3	10.976	86,2	701	5,5	3	0,02	12.733
2019	1.286	8,8	12.672	86,5	694	4,7	5	0,03	14.657
2020	1.209	8,8	11.830	85,9	731	5,3	0	0,0	13.770
2021	1.288	9,3	11.970	86,1	648	4,7	1	0,01	13.907
2022	1.241	9,5	11.304	86,3	553	4,2	1	0,01	13.099
2023	1.334	10,2	11.135	85,5	547	4,2	0	0,0	13.016
2024	1.229	10,4	10.070	85,5	477	4,1	0	0,0	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No estado, em 2024, os nascidos vivos prematuros tiveram 4,3 vezes mais risco de baixo peso ao nascer em comparação com os nascidos vivos não prematuros. De acordo com observações epidemiológicas crianças com baixo ao nascer têm um risco aproximadamente 20 vezes maior de morrer em comparação às de peso maior (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Figura 48. Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

O percentual de nascidos vivos por subcategorias de baixo peso ao nascer consta na Tabela 40. Os estudos mostram que quanto menor o peso ao nascer, maior a possibilidade de morte precoce. No estudo de Miranda, Jorge e Abreu (2022) a relação entre a mortalidade e o baixo peso ao nascer é inversamente proporcional: a probabilidade de morte diminui à medida que aumenta o peso, sendo que o risco de óbito entre os recém-nascidos de muito baixo peso (menos de 1.500 gramas), é 30 vezes maior que aquele que nasce com 2.500 gramas.

Figura 40. Número e percentual de nascidos vivos por subcategoria de baixo peso ao nascer e ano, Roraima, 2015 a 2024

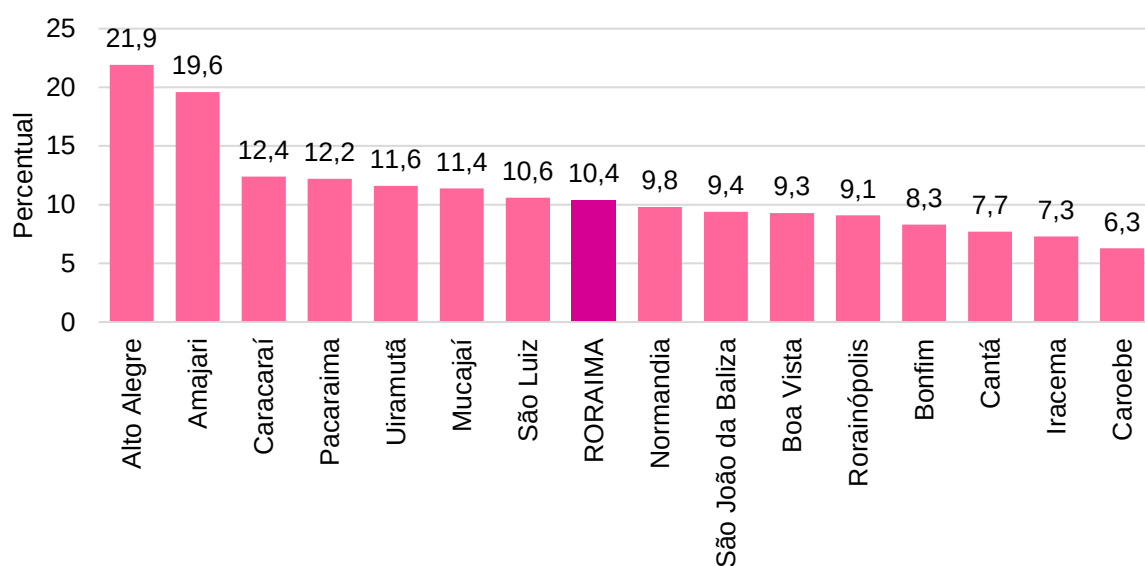
Ano	101 – 500g		501 – 999g		1.000-1.499g		1.500-2.499g		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	23	0,2	39	0,3	69	0,6	847	7,4	11.423
2016	18	0,2	46	0,4	64	0,6	883	7,8	11.381
2017	18	0,2	36	0,3	85	0,7	795	6,8	11.755
2018	21	0,2	61	0,5	91	0,7	880	6,9	12.733
2019	14	0,1	41	0,3	103	0,7	1.128	7,7	14.657
2020	22	0,2	74	0,5	87	0,6	1.026	7,5	13.770
2021	21	0,2	63	0,5	85	0,6	1.119	8,0	13.907
2022	16	0,1	47	0,4	85	0,6	1.093	8,3	13.099
2023	27	0,2	71	0,5	120	0,9	1.116	8,6	13.016
2024	25	0,2	66	0,6	87	0,7	1.051	8,9	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Na Tabela 41 consta o número de nascidos vivos por peso ao nascer e município de residência da mãe. Conhecer e acompanhar o percentual de nascidos vivos de baixo peso ao nascer em relação ao total de nascidos vivos do município é

muito importante pois o nascimento de bebês com baixo peso serve como balizador das políticas de pré-natal e sua eficácia, possibilitando ajustes na política se necessário. É um preditor da sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a possibilidade de morte precoce.

Figura 49. Percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e município de residência, Roraima, 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, os municípios com maior proporção de baixo peso ao nascer foram Alto Alegre (21,9%), Amajari (19,6%) e Caracaraí (12,4%), e 46,7% dos municípios tiveram o percentual de baixo peso ao nascer acima da média do estado (10,4%) (Figura 49).

As principais causas relacionadas ao baixo peso são condições socioeconômicas, precariedades pré-natais, tabagismo, alcoolismo, altos índices de infecção, alguns casos de prematuridade e outras condições que resultam em alterações cognitivas. Na realidade, é bastante difícil saber se tais alterações estão realmente relacionadas ao baixo peso ao nascer (Miranda; Jorge; Abreu, 2022).

É necessário priorizar intervenções para prevenir e diminuir o índice do baixo peso ao nascer no estado. Para isso é crucial focar na saúde materna antes e durante a gravidez, incluindo acompanhamento pré-natal adequado, nutrição balanceada, não ingerir bebidas alcoólicas e drogas, e tratamento de condições médicas que possam afetar o desenvolvimento fetal. O apoio social e o acesso a cuidados de saúde de

qualidade também desempenham um papel importante.

Tabela 41. Número e percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e município de residência, Roraima, 2024

Município	<2.500g		2.500g a 3.999g		≥4000g		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	115	21,9	397	75,6	13	2,5	525
Amajari	72	19,6	280	76,1	16	4,3	368
Boa Vista	643	9,3	5.988	86,7	273	4	6.904
Bonfim	32	8,3	334	86,8	19	4,9	385
Cantá	29	7,7	327	87,2	19	5,1	375
Caracaraí	41	12,4	273	82,5	17	5,1	331
Caroebe	11	6,3	155	89,1	8	4,6	174
Iracema	9	7,3	110	88,7	5	4	124
Mucajá	36	11,4	266	83,9	15	4,7	317
Normandia	44	9,8	383	85,3	22	4,9	449
Pacaraima	57	12,2	383	82	27	5,8	467
Rorainópolis	50	9,1	474	86,7	23	4,2	547
São João da Baliza	13	9,4	124	89,9	1	0,7	138
São Luiz	10	10,6	81	86,2	3	3,2	94
Uiramutã	67	11,6	494	85,6	16	2,8	577
Ignorado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Total	1.229	10,4	10.070	85,5	477	4,1	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

4.7.3 Vitalidade ao nascer (Apgar)

A escala de Apgar é uma avaliação rápida e simples utilizada para determinar a condição de saúde de um recém-nascido logo após o nascimento. Ela avalia cinco sinais vitais: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, reflexos e cor da pele, cada um recebendo uma pontuação de 0 a 2. O objetivo é identificar rapidamente bebês que precisam de assistência médica imediata, como suporte respiratório ou reanimação.

O Apgar mede a vitalidade do nascido vivo no 1º e no 5º minutos de vida. Apgar entre 8 e 10 refletem boas condições de saúde no nascimento, o oposto ocorre com Apgar menor que 7.

No período de 2015 a 2024 85,6% dos nascidos vivos tiveram o Apgar entre 8 a 10 no 1º minuto de vida considerado como boas condições no nascimento (Tabela 42) e 88,2% no 5º minutos de vida (Tabela 43). No estado do Ceará, cerca de 90% dos bebês nascem em ótimas condições, com nota geral de 8 a 10 (Vanconcelos, 2023).

Figura 42. Percentual de nascidos vivos segundo Apgar no 1º minuto de vida e ano, Roraima, 2015 a 2024

Ano	0 a 3		4 a 7		8 a 10		Ignorado		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	178	1,6	717	6,3	9.351	81,9	2	0,02	1.175	10,3	11.423
2016	175	1,5	788	6,9	9.254	81,3	2	0,02	1.162	10,2	11.381
2017	190	1,6	650	5,5	9.910	84,3	0	0,00	1.005	8,5	11.755
2018	209	1,6	707	5,6	11.133	87,4	0	0,00	684	5,4	12.733
2019	264	1,8	852	5,8	12.141	82,8	0	0,00	1.400	9,6	14.657
2020	264	1,9	975	7,1	11.049	80,2	0	0,00	1.482	10,8	13.770
2021	282	2,0	954	6,9	11.195	80,5	1	0,01	1.475	10,6	13.907
2022	201	1,5	886	6,8	10.668	81,4	0	0,00	1.344	10,3	13.099
2023	164	1,3	805	6,2	10.800	83,0	0	0,00	1.247	9,6	13.016
2024	85	0,7	818	6,9	9.766	82,9	0	0,00	1.107	9,4	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No comparativo do Apgar (8 a 10) no no 1º e 5º minutos de vida nos últimos 10 anos mostram que se mantiveram no mesmo patamar, isso significa que a assistência neonatal tem sido eficaz em manter a estabilidade dos bebês que nascem com boa saúde (Figura 50).

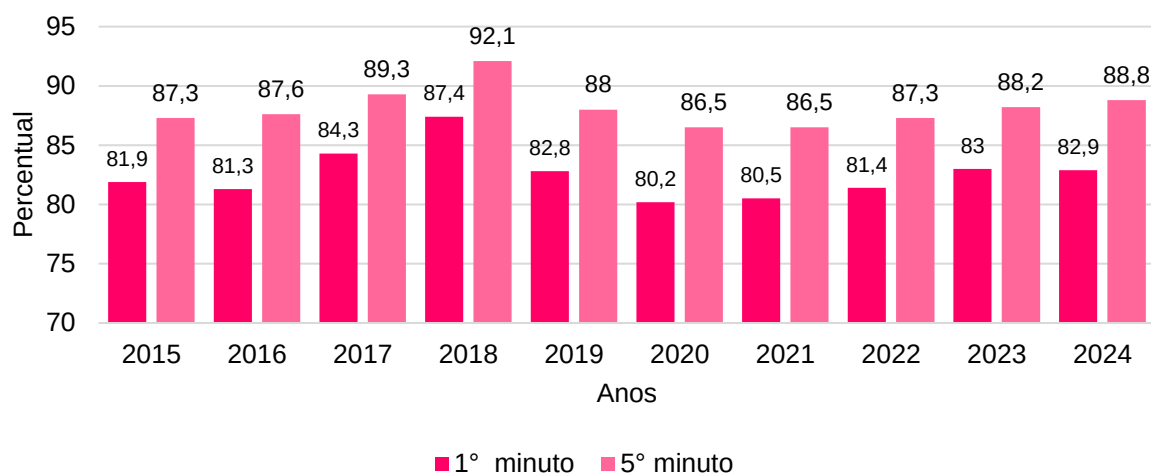
Apesar de essa medida ser realizada na sala de parto pelo profissional que o assistiu, o número de dado “não informado” é alto, demonstrando falhas no atendimento ou no preenchimento da declaração de nascidos vivos

Figura 43. Percentual de nascidos vivos segundo Apgar no 5º minuto de vida e ano, Roraima, 2015 a 2024

Ano	0 a 3		4 a 7		8 a 10		Ignorada		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	138	1,2	135	1,2	9.973	87,3	2	0,02	1.175	10,3	11.423
2016	149	1,3	93	0,8	9.975	87,6	1	0,01	1.163	10,2	11.381
2017	153	1,3	107	0,9	10.494	89,3	0	0,00	1.001	8,5	11.755
2018	188	1,5	130	1,0	11.731	92,1	0	0,00	684	5,4	12.733
2019	213	1,5	157	1,1	12.893	88,0	0	0,00	1.394	9,5	14.657
2020	208	1,5	167	1,2	11.907	86,5	0	0,00	1.488	10,8	13.770
2021	230	1,7	163	1,2	12.035	86,5	1	0,01	1.478	10,6	13.907
2022	174	1,3	146	1,1	11.435	87,3	0	0,00	1.344	10,3	13.099
2023	132	1,0	161	1,2	11.478	88,2	0	0,00	1.245	9,6	13.016
2024	86	0,7	124	1,1	10.456	88,8	0	0,00	1.110	9,4	11.776

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Figura 50. Percentual de nascidos vivos segundo Apgar 9 e 10 no 1º e 5º minutos de vida e ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Brasil registra menor número de nascimentos em quase 50 anos, diz IBGE.** Brasília, 16/05/25. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/brasil-registra-menor-numero-de-nascimentos-em-quase-50-anos-diz-ibge/>

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Participantes de debate defendem mais informação e investimento no parto domiciliar.** Brasília: Câmara dos Deputados. 18 ago 2023. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/noticias/988762-participantes-de-debate-defendem-mais-informacao-e-investimento-no-parto-domiciliar/#:~:text=O%20parto%20domiciliar%20%C3%A9%20realizado,Inform%C3%A1tica%20do%20SUS%20\(DataSUS\).](https://www.camara.leg.br/noticias/988762-participantes-de-debate-defendem-mais-informacao-e-investimento-no-parto-domiciliar/#:~:text=O%20parto%20domiciliar%20%C3%A9%20realizado,Inform%C3%A1tica%20do%20SUS%20(DataSUS).)

ALMEIDA S. O que é racismo estrutural? **Letramento**: Belo Horizonte: MG; 2018.

ALVES S; SEMENTE M. **Roraima lidera ranking de taxa de fecundidade entre as meninas de 10 a 14 anos.** Maio 2023. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/roraima-fecundidade-meninas/>

BERNARDES ACF et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 1, 10 Aug. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108701/>. Acesso em: 5 jul. 2025.

BRAGA L. **IBGE aponta Roraima como único estado com mais de 2 filhos por mulher.** Metrôpoles, 22/08/2024. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/ibge-aponta-roraima-como-unico-estado-com-mais-de-2-filhos-por-mulher>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de **Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 384 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013- 2015**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 154p. Disponível em: < http://189.28.128.10/0/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e dos desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 426p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Saúde Brasil 2022: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 502 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 453 p.

CAPELLI JCS et al. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. **Ciênc. saúde coletiva**, 19 (7), 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.20692013>

CAÇOLA P, BOBBIO TG. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. **Rev Paul Pediatr** 2010;28(1):70-6).

CHACHAM A. Cesárea e esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. **J Rede Saúde**, 2001;23:44-7.

CLIMA INFO. 2023 Disponível em: <https://climainfo.org.br/2023/09/12/reflexos-do-abandono-povo-yanomami-temo-menor-numero-de-bebes-vivos-desde-2018/>

CONTEL FB. **IBGE registra queda da taxa de natalidade no Brasil**. [Jornal da USP no Ar 1ª edição](https://jornal.usp.br/radio-usp/ibge-registra-queda-da-taxa-de-natalidade-no-brasil/), 22/03/2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/ibge-registra-queda-da-taxa-de-natalidade-no-brasil/>

[CYPRESTE](https://g1.globo.com/economia/censo/noticia/2025/06/27/numero-de-filhos-por-mulher-no-brasil-e-o-menor-da-historia-diz-ibge.ghtml) J. Número de filhos por mulher no Brasil é o menor da história, diz IBGE. G1, São Paulo, 27/06/2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/censo/noticia/2025/06/27/numero-de-filhos-por-mulher-no-brasil-e-o-menor-da-historia-diz-ibge.ghtml>

DOMINGUES RMSM et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2015; 37(3):140-147.

ESTADÃO. **Aumento de cesáreas pode prejudicar a saúde de mães e bebês. 17 de março de 2020**. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/aumento-de-cesareas-pode-prejudicar-a-saude-de-maes-e-bebes/>

FÉLIX P. **OMS diz que crise climática é ameaça urgente para grávidas e crianças**.

Revista Veja, 21 nov 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/SALA%20DE%20SITUA%C3%87%C3%83O%203/Documents/SALA%20DE%20SITUA%C3%87%C3%83O%20g/SOLEDADE/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20DE%20EPIDEMIOLOGIA%20DE%20RORAIMA%202023/OMS%20diz%20que%20crise%20clim%C3%A1tica%20%C3%A9%20amea%C3%A7a%20urgente%20para%20gr%C3%A1vidas%20e%20crian%C3%A7as%20%20VEJA.html>

FERRAZ TR, NEVES ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, RS, v. 32, n. 1, p. 86-92, mar. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 08 abr. 2020.

FONSECA JM et al. Racial inequality in perinatal outcomes in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian J. Med. Biol. Res.**, v. 54, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: [/pubmed/articles/ PMC7822460/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37822460/). Acesso em: 01 jul. 2025.

FREIRE T. **Taxa de nascimentos prematuros do Brasil está acima da média global**. Rio de Janeiro: Agência Brasil, 04/01/2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-01/taxa-de-nascimentos-prematuros-do-brasil-esta-acima-da-media-global>

FREITAS MPS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas e Coordenação de Métodos e Qualidade. **Pesquisa Nacional de Saúde Plano Amostral**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

G1. **Número de cesarianas aumenta no mundo e OMS divulga guia para reduzir procedimentos realizados**. 11/10/2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/10/11/numero-de-cesarianas-aumenta-no-mundo-e-oms-divulga-guia-para-reducao-do-procedimento.ghtml>

GUIMARÃES WSG et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saude Publica**, 2018; 34(5):e00110417.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa populacional 2024**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2023>. Acesso em: 22 jan 2025.

JONGH BE et al. The differential effects of maternal age, race/ethnicity and insurance on neonatal intensive care unit admission rates. **BMCPregnancy Childbirth**. 2012;12:97. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-97>

JOSHI C et al. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demo graphic and health survey data. **BMC Pregnancy Chil dbirth**, 14:94, 2014.

LESSA MSA et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(10):3881-3890, 2022.

<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>

LIVRAMENTO DVP et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev Gaucha Enferm**, 40:e20180211, 2019.

LO RÉ MM, NASCIMENTO ACAS, FONSECA MRCC. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e11111427180, 2022. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27180>

MALAVÉ-MALAVÉ M. **Gravidez tardia: chances e riscos**. Rio de Janeiro, IFF/Fiocruz, 19 outubro 2022. Disponível em: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/pt/?view=article&id=230:gravidez-tardia-2022&catid=8>

MARIO DN et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cien Saude Colet**., 24(3):1223-1232, 2019.

MATIJASEVICH A et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2001. **Epidemiol Serv Saude**. 2013;22(4):557-64. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000400002>

MELO MM, SOARES MBO, SILVA SR. Fatores que influenciam a adesão de gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal. **Cad. Saúde Colet**., 30(2), 2022. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020315>

MINAS GERAIS. **Pré-natal**. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cuidadomaterno/prenatal/#:~:text=Segundo%20a%20OMS%2C%20recomenda%2Dse,at%C3%A9%20a%2041%C2%AA%20semana%3A%20semanalmente>. Acesso em: 05 jul 2025.

MIRANDA MM, JORGE TM, ABREU NP. Prevalência de baixo peso ao nascer de um município do sul do estado do Tocantins. **Revista Extensão** - 2022 - v.6, n.1. P 165 A 173.

NEAL SM et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. **Acta Obstet Gynecol Scand**; v. 91, p. 1114–18, 2012.

NEXO POLÍTICAS PÚBLICAS. <https://pp.nexojornal.com.br/opinia0/2023/09/26/alta-taxa-de-gravidez-na-adolescencia-no-brasil-o-desafio-de-quebrar-o-ciclo-de-pobreza-intergeracional>. Acesso em: 26 set 2023.

NOVELLINO MSF. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [1]: 299-318, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100018>

NUNAN VA. **Queda na Taxa de Natalidade Mundial: Um Fenômeno Global e Seus Impactos**. [online] [09/11/2024](https://eduvem.com/a-queda-na-taxa-). Disponível em: <https://eduvem.com/a-queda-na-taxa->

[de-natalidade-mundial-um-fenomeno-global-e-seus-impactos/](#)

OBSERVAVIX. **Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500gr).** Vitória: Portal do Observatório de Indicadores da Cidade de Vitória. Disponível em: <https://observavix.vitoria.es.gov.br/objetivo/3/indicador/81>. Acesso em: 10/07/2025.

OLIVEIRA MM et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre nascidos vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 629-640, 2015

OLIVEIRA KA et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Revista De Saúde Pública**, p. 52, 26, 2018. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000406>

OLIVEIRA TA et al. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. v. 44, n. 5, pp. 452-457, 2022. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Departamento da Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>.

PACHECO VC. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811610>

PAIZ JC et al.. Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cien Saude Colet.**, 26(8):3041-3051, 2021.

PATEL RR et al. Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122,000 pregnancies with spontaneous onset of labour. **Int J Epidemiol.**, 33(1):107-13, 2004. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg238>

PILAR AF. **Parto normal: taxa de cesáreas segue em alta no Brasil, entenda os motivos.** O Globo, 06/05/2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/05/06/parto-normal-taxa-de-cesareas-segue-em-alta-no-brasil-entenda-os-motivos.ghtml>

POLGLIANE RBS et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Cien Saude Colet.**, 19(7):1999-2010, 2014.

PRUDÊNCIO PS, MAMEDE FV. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. **Rev Gaucha Enferm.**,39:e20180077, 2018.

RIBEIRO ERO et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 9, 22 Jul. 2009.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19622174/>. Acesso em: 5 jul. 2025.

ROSANELI CF, COSTA NB, SUTILE VM. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300114, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300114>

SILVA LM et al. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. **Brazilian J. Med. Biol. Res.**, v. 40, n. 9, p. 1187-1194, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17713668/>. Acesso em: 01 jul. 2023.

SILVA AAA et al. A case-control study of factors associated with repeat teen pregnancy based on a sample from a university maternity hospital. **Cad Saude Publica**, 29(3):496-506, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300008>. PMID:23532285

SILVA FS. **Mulheres negras e brancas: análise do acesso às consultas de pré-natal no Estado do Rio Grande do Sul**, 2016. Porto Alegre: UFRGS; 2018.

SANTOS LAV et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Cien Saude Colet.**, 23(2):617-625, 2018.

SANTOS LAV et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Cien Saude Colet.**, 23(2):617-625, 2018.

SANTOS B. **Iniquidades raciais na atenção pré-natal: estudo de coorte materna**. Porto Alegre: UFRGS; 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade. 17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade**, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf

TARANTINO M. **Saúde na berlinda: os avanços e as questões mais urgentes que o novo Ministério precisa abordar**. Medscape, abril 2023. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6509469?ecd=mkm_ret_230425_mscpmrk-PT_ExcNews&uac=323778SG&implID=5358525&faf=1#vp_3

THEOPHILO RL, RATTNER D, PEREIRA EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Cien Saude Colet.**, 23(11):3505-3516, 2018.

VASCONCELOS D. **Primeiros minutos de vida: Escala de Apgar auxilia na assistência neonatal**. Fortaleza: Assessoria de Comunicação do HMJMA, 13 abr 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2023/04/13/primeiros-minutos-de-vida-escala-de-apgar-auxilia-na-assistencia-neonatal/>

VIELLAS EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, 30(1):85-100, 2014.

5 ANOMALIAS CONGÊNITAS: ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

As anomalias congênitas são alterações estruturais ou funcionais que ocorrem durante o desenvolvimento e podem ser detectadas antes, durante ou após o nascimento. Diferentes tipos de fatores de risco (genéticos, infecciosos, nutricionais, ambientais, entre outros) podem atuar de forma separada ou conjunta na ocorrência de anomalias congênitas em diversos órgãos e sistemas do corpo humano (Brasil, 2025a).

A partir da Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018 (Brasil, 2018), a notificação das malformações congênitas passou a apresentar caráter compulsório nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. A Lei dispõe que a Declaração de Nascidos Vivos será o instrumento utilizado para a descrição das anomalias congênitas observadas nos nascidos vivos (Brasil, 2025b).

O Sinasc, implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, tem a declaração de nascidos vivos como instrumento para a coleta de informações referentes a todos os nascimentos ocorridos em território nacional. Desta forma, o Sinasc serve como base para o monitoramento dos casos de anomalias congênitas, sendo um dos principais instrumentos para a vigilância das anomalias congênitas no país (Brasil, 2025b).

A unidade técnica responsável pela vigilância de anomalias congênitas foi estabelecida no Ministério da Saúde a partir de 2019 e está sediada na Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). Tal unidade técnica visa estruturar e implantar a vigilância nacional de anomalias congênitas (Brasil, 2025a).

De maneira complementar, informações sobre mortalidade associadas as anomalias congênitas podem ser obtidas por meio do SIM (Brasil, 2025a).

5.1 VIGILÂNCIA PASSIVA – NOTIFICAÇÃO VIA SINASC

A utilização do Sinasc para o monitoramento da ocorrência de anomalias congênitas, em determinada área geográfica, é uma estratégia conhecida como vigilância passiva. Na vigilância passiva, a informação sobre recém-nascidos com anomalias congênitas é obtida por meio da consulta das bases de dados do Sinasc

(Brasil, 2024a).

A declaração de nascido vivo, documento base do Sinasc, deve ser preenchida por profissionais de saúde, no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência, ou por parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido, reconhecidas e vinculadas às unidades de saúde (Brasil, 2024a).

No Bloco VI da declaração de nascido vivo, denominado “Anomalia congênita – Campo 41”, o profissional deve descrever todas as anomalias congênitas observadas no recém-nascido. Compete ao profissional médico diagnosticar essas anomalias. Devem ser registradas todas as que forem observadas, sem hierarquia ou tentativa de agrupá-las em síndromes, priorizando a descrição, e não o uso de códigos. A codificação das anomalias descritas, em linguagem natural, deverá ser realizada, em um segundo momento, por profissionais capacitados e treinados para essa função nas secretarias municipais de saúde, com base na CID-10. Portanto, quanto melhor a descrição das anomalias congênitas, melhor será o trabalho de codificação. Após o completo preenchimento da DNV e da etapa de codificação das anomalias congênitas, os dados presentes no documento devem ser inseridos no Sinasc. O conteúdo da DNV precisa ser avaliado e validado pela Secretaria Municipal de Saúde (Brasil, 2024a).

Toda e qualquer anomalia congênita presente no Capítulo XVII da CID-10 e o código D18.0 (hemangiomas de qualquer localização) são de notificação compulsória no Sinasc não somente as anomalias presentes na lista prioritária para a vigilância ao nascimento.

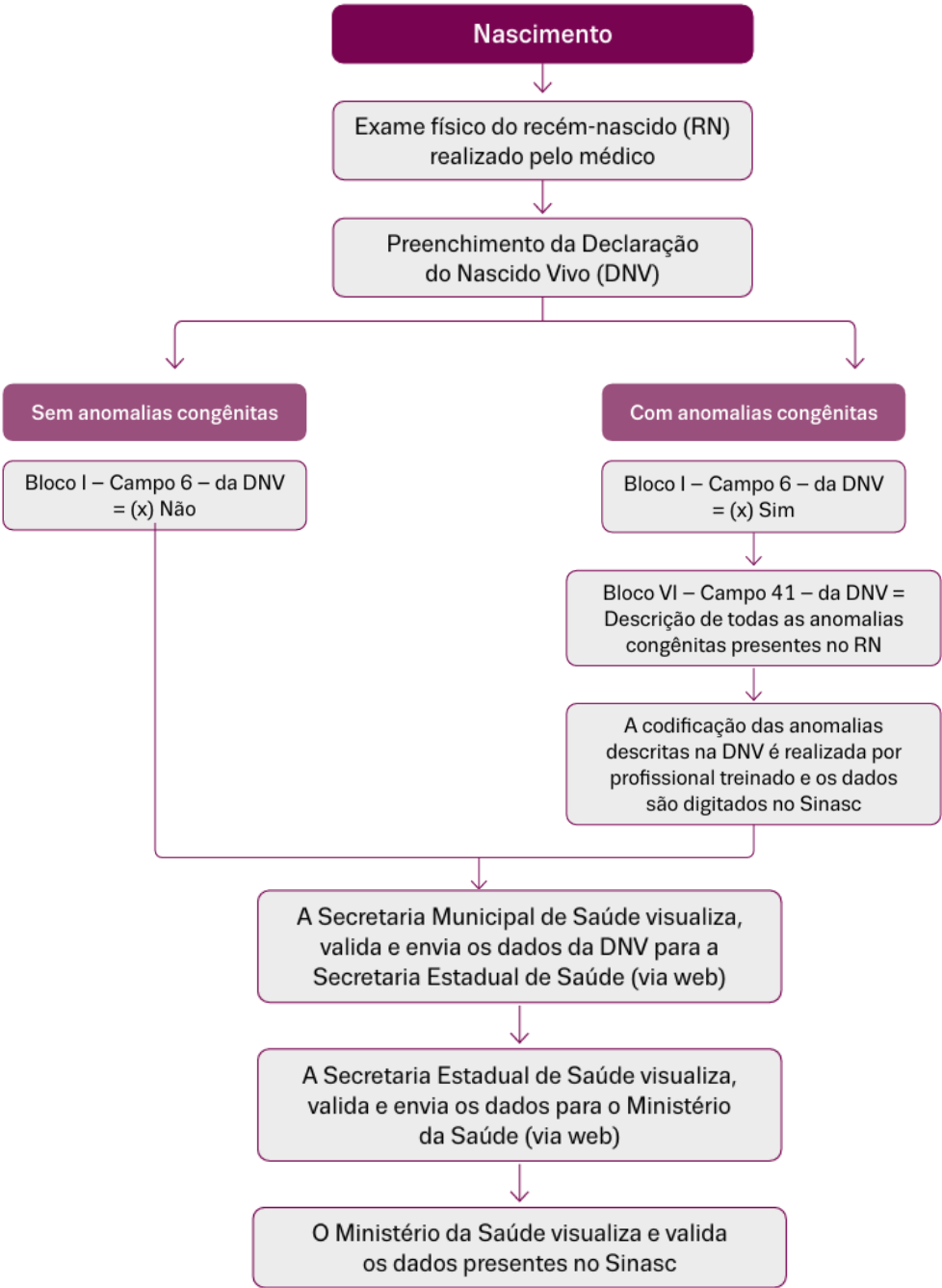
Uma representação esquemática, desde o reconhecimento das anomalias congênitas no recém-nascido até sua notificação no Sinasc, está na Figura 1.

Com o objetivo de fortalecer a notificação de anomalias no Sinasc, o Ministério da Saúde, com um grupo de especialistas e a Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica, propôs uma lista de anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento e fortalecimento da sua notificação via Sinasc, baseando-se em dois critérios principais: a anomalia deve ser diagnosticável ao nascimento ou deve existir intervenção disponível, em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2024a).

A lista de anomalias congênitas prioritárias para vigilância ao nascimento foi criada com o intuito de potencializar sua notificação via Sinasc e por conseguinte obter indicadores epidemiológicos mais fidedignos relacionadas a elas em todo o território

nacional (Brasil, 2024a).

Figura 1. Fluxograma da representação esquemática desde o reconhecimento das anomalias congênitas no recém-nascido até sua notificação no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos



Fonte: (Brasil, 2024a).

Desse modo, foram elencados oito grupos de anomalias congênitas presentes no Capítulo XVII da CID-10 (São Paulo, 2012; WHO, 2014):

Defeitos de tubo neural (Q00, Q01, Q05):

- Q00.0 – anencefalia: ausência parcial ou total da abóbada craniana, do couro cabeludo e degeneração cerebral.
- Q00.1 – craniorraquisque: anencefalia continuada em espinha bífida.
- Q00.2 – iniencefalia: defeito do osso occipital, ausência parcial ou total das vértebras cervicotorácicas, retroflexão fetal da cabeça e ausência característica do pescoço. Associada à espinha bífida e/ou à anencefalia.
- Q01 – encefalocele: herniação do cérebro e/ou meninges através de defeito no crânio.
- Q05 – espinha bífida: defeitos no fechamento da coluna vertebral caracterizados por herniação ou exposição da medula espinhal e/ou meninges através da coluna fechada incompletamente.

Microcefalia (Q02): crânio pequeno congênito, definido por um perímetro cefálico (PC) abaixo do 3º desvio-padrão das curvas apropriadas para idade e sexo, de acordo com as tabelas de crescimento de referência da InterGrowth.

Cardiopatias congênitas (Q20 a Q28): anomalias em diferentes estruturas do sistema cardio vascular (coração, veias, artérias, entre outras).

- Q20 – malformações congênitas das câmaras e das comunicações cardíacas.
- Q21 – malformações congênitas dos septos cardíacos.
- Q22 – malformações congênitas das valvas pulmonar e tricúspide.
- Q23 – malformações congênitas das valvas aórtica e mitral.
- Q24 – outras malformações congênitas do coração.
- Q25 – malformações congênitas de grandes artérias.
- Q26 – malformações congênitas de grandes veias.
- Q27 – outras malformações congênitas do sistema vascular periférico.
- Q28 – outras malformações congênitas do aparelho circulatório.

Fendas orais (Q35 a Q37):

- Q35 – fenda palatina: defeito no fechamento do palato mole, duro ou ambos sem

fenda labial.

- Q36 – fenda labial: fenda parcial ou completa do lábio superior sem fenda da região alveolar ou do palato duro.
- Q37 – fenda labial com fenda palatina: fenda parcial ou completa do lábio superior, com fenda da região alveolar ou do palato duro.

Anomalias de órgãos genitais (Q54 e Q56):

- Q54 – hipospádia: abertura da uretra na superfície ventral do pênis, distal ao sulco. Inclui hipospádia peniana, escrotal e perineal.
- Q56 – sexo indeterminado e pseudo-hermafroditismo: ambiguidade genital ao nascimento que não permite a determinação imediata do sexo. Inclui hermafroditismo ou pseudo-hermafroditismo feminino e masculino.

Defeitos de membros (Q66, Q69, Q71 a Q73 e Q74.3):

- Q66 – deformidades congênicas do pé: pé torto congênito.
- Q69 – polidactilia: duplicações de dígitos.
- Q71 – defeitos, por redução, do membro superior: ausência completa ou parcial ou hipoplasia grave de estruturas esqueléticas dos membros superiores.
- Q72 – defeitos, por redução, do membro inferior: ausência completa ou parcial ou hipoplasia grave de estruturas esqueléticas dos membros inferiores.
- Q73 – defeitos por redução de membro não especificado: ausência completa ou parcial ou hipoplasia grave de estruturas esqueléticas de membros superiores ou inferiores (não especificado).
- Q74.3 – artrogripose congênita múltipla: limitação congênita dos movimentos das articulações.

Defeitos de parede abdominal (Q79.2 e Q79.3):

- Q79.2 – exonfalia ou onfalocele: herniação do conteúdo abdominal através da inserção umbilical e coberta por uma membrana, que pode ou não estar intacta. Estando rompida, o defeito é extenso e pode haver saída de órgãos ocos e sólidos para fora da cavidade abdominal.
- Q79.3 – gastrosquise: herniação visceral através de defeito na parede abdominal lateralmente a um cordão umbilical intacto e não coberto por uma membrana. O defeito é pequeno, havendo apenas saída de órgãos ocos para fora da cavidade

abdominal.

Síndrome de Down (Q90): síndrome causada geralmente por uma anomalia cromossômica, a trissomia do cromossomo 2.

5.2 VIGILÂNCIA ATIVA

A vigilância ativa de anomalias congênitas consiste no monitoramento da ocorrência desses agravos em hospitais e instituições de saúde específicas. Nesse tipo de vigilância, a equipe de saúde realiza uma busca intencional, em várias fontes de dados, para identificação de casos de anomalias congênitas atendidos naquele local. Os profissionais de saúde buscam captar novos casos, pesquisando os registros rotineiros do serviço de saúde, como prontuários, registros de alta, de óbitos, entre outros, em diferentes áreas e setores da instituição de saúde (Brasil, 2024a).

Dessa forma, o objetivo desta vigilância é captar todos os casos de anomalias congênitas que ocorrem nessas instituições. Um exemplo de vigilância ativa é aquela realizada pelo Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (Eclamc) (Brasil, 2024a).

5.2.1 Vigilância da Síndrome Congênita associada à Infecção pelo Vírus Zika (SCZ)

A SCZ é composta por uma série de anomalias congênitas causadas devido à infecção congênita pelo vírus Zika (ZIKV) no período gestacional. As manifestações clínicas da SCZ podem incluir a microcefalia, calcificações intracranianas, ventriculomegalia, hidrocefalia, atrofia cerebral, entre outras anomalias cerebrais e alterações oculares, auditivas e neuropsicomotoras (Brasil, 2025a,b).

A unidade técnica responsável pela vigilância de anomalias congênitas também faz a vigilância da SCZ, sendo que o sistema utilizado para a notificação e investigação dos casos é o Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia) (Brasil, 2025a,b).

5.2.2 Orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênicas ou óbitos fetais

A Nota Técnica Conjunta Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS, de 31/08/2024, sobre as orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênicas ou óbitos fetais constam as situações que devem ser notificadas e investigadas:

a) Gestantes que apresentem sinais e sintomas compatíveis com infecção por arbovírus, como febre de início súbito, acompanhado de outros sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia, tontura, náuseas, vômitos, dor retro orbital, exantema, manifestações hemorrágicas (epistaxe, sangramento gengival, petéquias); ou sinais e sintomas de gravidade, como acometimento do sistema nervoso central (meningite asséptica, meningoencefalite);

Quadro 1. Principais achados clínicos e de imagem possivelmente relacionados à infecção por arbovírus durante o pré-natal

TIPO DE ALTERAÇÃO ACHADOS CLÍNICOS
Alterações do sistema nervoso • Microcefalia • Ventriculomegalia • Alteração de corpo caloso • Hpoplasia do córtex Outras alterações • Alteração do volume amniótico (polidrâmnio) • Artogripose • Retardo do crescimento intrauterino

Fonte: Brasil, 2024a.

b) Casos de anomalia congênita do sistema nervoso central no feto ou no recém-nascido, conforme Quadro 1, sem outras causas aparentes ou comprovadas (ex. doença genética ou outras doenças infecciosas tais como as STORCH - sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus), cuja gestante seja residente ou tenha histórico de deslocamento para área de circulação confirmada do OROV, ou apresente histórico de sintomas compatíveis com arboviroses durante a gestação;

c) Óbito fetal, sem outras causas aparentes ou comprovadas (ex. doença genética ou outras doenças infecciosas tais como as STORCH - sífilis, toxoplasmose, rubéola,

citomegalovírus, herpes vírus), cuja gestante seja residente ou tenha histórico de deslocamento para área de circulação confirmada do OROV, ou apresente histórico de sintomas compatíveis com arboviroses durante a gestação (Brasil, 2024).

5.3 VIGILÂNCIA SENTINELA

A vigilância sentinela consiste na vigilância de anomalias congênitas em um ou mais estabelecimentos de saúde que se tornam referência para a temática. Nesse tipo de vigilância, as instituições de saúde envolvidas tornam-se mais sensíveis à captação daquele agravo específico e são especializadas na oferta de serviços de atendimento aos indivíduos acometidos (Brasil, 2024a).

O objetivo dessa vigilância é diagnosticar corretamente e monitorar a ocorrência de uma ou mais anomalias congênitas em instituições específicas. Um exemplo de vigilância sentinela é a que vem ocorrendo em diferentes estabelecimentos de saúde no Brasil para identificação de casos de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika, desde a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em 2015 (Brasil, 2024a).

5.3.1 Vigilância epidemiológica das anomalias congênitas no estado de Roraima

Em Roraima, a vigilância das anomalias congênitas teve início com o advento da microcefalia em decorrência da SCZ, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN. Na ocasião foi elaborado o Protocolo de Vigilância, Atenção à saúde e Resposta à ocorrência de Microcefalia (Roraima, 2016) e por meio do Núcleo de Controle da febre Amarela e Dengue (NCFAD) estadual, juntamente com o Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) estadual e o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) foi implantado no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). Posteriormente, por ser tratar de uma ESPIN essa vigilância ficou centralizada no Centro de Informações Estratégicos de Vigilância em Saúde (Cievs) estadual.

Em 2022, foi divulgada a Portaria Nº 2.122/SESAU/CGVS/DVE, de 22 de junho de 2022, que instituiu o fluxo de atendimento e definição de casos de anomalias congênitas e microcefalia, notificação imediata e investigação pelas maternidades e unidades de atendimento às gestantes e recém-nascidos no estado de Roraima.

Em 2022, o Ministério da Saúde esteve no estado e realizou visita técnica com capacitação em anomalias congênitas no HMINSN. Nessa ocasião foi informado ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do HMINSN que as anomalias congênitas seriam notificadas no Sinasc por meio da Declaração de Nascidos Vivos. No caso de microcefalia o sistema utilizado para a notificação e investigação dos casos é o RESP-Microcefalia onde essas casos precisam seguir o protocolo de coleta de amostras existentes na Portaria Nº 2.122/SESAU/CGVS/DVE, de 22 de junho de 2022 (Brasil, 2025a,b).

Em 2024, o NCFAD estadual elaborou a Nota Técnica Nº 1/SESAU/CGVS/DVE/NCFAD, de 22/07/2024, sobre a recomendação para vigilância transmissão vertical do vírus do Oropouche no estado de Roraima considerando a Nota Técnica Conjunta Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS, de 31/08/2024, e traz as orientações para o diagnóstico laboratorial do oropouche segundo as diretrizes para detecção e vigilância em possíveis casos de infecção vertical, mal formação congênita ou morte fetal recomendadas pela OPAS (Roraima, 2024).

5.3.2 Situação das anomalias congênitas em Roraima, 2015 a 2024

As anomalias congênitas registradas na Declaração de Nascidos Vivos observadas pelo profissional que realizou o parto logo após o nascimento é a fonte de dados para esse relatório.

No período de 2015 a 2024, 0,8% (n=1.066) dos nascidos vivos apresentaram alguma anomalia congênita observada ao nascimento e o número aumentou 179,3% entre 2015 (58) e 2024 (162), isso indica um aumento significativo na ocorrência de malformações congênitas em relação ao número de nascimentos (Tabela 1).

O coeficiente de incidência por mil nascidos vivos com anomalia congênita apresentou aumento de 170,6%, com tendência crescente nos últimos 10 anos (Figura 1). O aumento na incidência dessas anomalias pode ter implicações significativas para a saúde pública, exigindo atenção e investimentos em programas de prevenção e tratamento. A identificação precoce e a intervenção adequada podem melhorar a qualidade de vida da criança afetada e reduzir o impacto dessa condição. A vigilância epidemiológica dessas anomalias é fundamental para monitorar tendências, identificar fatores de risco e implementar

medidas eficazes de prevenção.

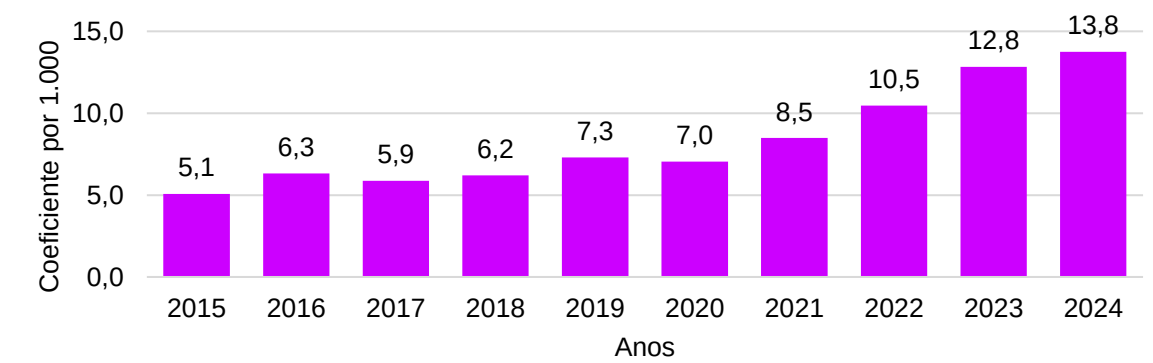
Tabela 1. Número e percentual de nascidos vivos com anomalias congênicas ao nascimento. Roraima, 2015 a 2024

Ano	Sim		Não		Ignorado		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	58	0,5	11.331	99,2	18	0,2	16	0,1	11.423
2016	72	0,6	11.274	99,1	15	0,1	20	0,2	11.381
2017	69	0,6	11.624	98,9	35	0,3	27	0,2	11.755
2018	79	0,6	12.616	99,1	20	0,2	18	0,1	12.733
2019	107	0,7	14.505	99,0	17	0,1	28	0,2	14.657
2020	97	0,7	13.633	99,0	27	0,2	13	0,1	13.770
2021	118	0,8	13.653	98,2	115	0,8	21	0,2	13.907
2022	137	1,0	12.808	97,8	44	0,3	110	0,8	13.099
2023	167	1,3	12.786	98,2	38	0,3	25	0,2	13.016
2024	162	1,4	11.599	98,5	8	0,1	7	0,1	11.776
Total	1.066	0,8	125.829	98,7	337	0,3	285	0,2	127.517

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Apesar do aumento no estado, até o momento, desconhecemos a realização de estudo que busque a identificação das causas e do aumento dessas anomalias, entretanto, no período de 2015 a 2024, 31,3% dos nascidos vivos com anomalias congênicas identificadas ao nascimento ream filhos de de mães sem escolaridade e com escolaridade até o ensino fundamental, 26,1% de mães adolescentes (< 20 anos), 27,8% de mães indígenas, e 28,6% desses nascidos vivos nasceram prematuramente (<36 semanas de gestação). Os dados detalhados estão disponíveis nas Tabela 2, 3 e 4.

Figura 1. Coeficiente de incidência nascidos vivos com anomalias congênicas ao nascimento (por 1.000 nascidos vivos), Roraima, 2015 a 2024

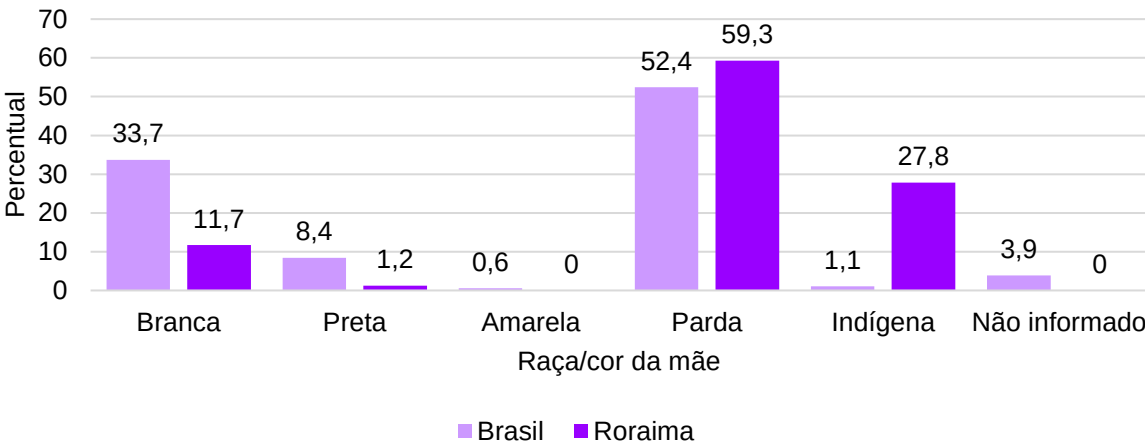


Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Com a introdução do Zika vírus no Brasil em 2016 houve o aumento de casos de microcefalia em todo o país, sobretudo na Região Nordeste. Em Roraima esse aumento foi percebido com a ocorrência de 15 casos de microcefalia nesse ano, que correspondeu a 50% dos casos do período de 2015 a 2024. Na Tabela 5 constam todas as malformações congênicas captadas pelo Sinasc nos últimos 10 anos em nascimentos vivos no estado.

Atualmente outra arbovirose preocupa as autoridades de saúde no país, o Oropouche, o Ministério da Saúde emitiu um alerta para gestantes em todo o Brasil sobre os riscos associados à febre oropouche. Este aviso segue a identificação de quatro casos de recém-nascidos com microcefalia, malformação neurológica grave, ligados à infecção materna pelo vírus Oropouche (Brasil, 2024c).

Figura 2. Comparação do percentual de nascidos vivos com anomalias congênicas ao nascimento segundo a raça/cor da mãe, Roraima (2024) e Brasil (2021)



Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

A comparação dos dados de Roraima com a média nacional revela que a incidência de anomalias congênicas pode variar significativamente dependendo da etnia da mãe e da localização geográfica, observa-se importante discrepâncias no percentual de nascidos vivos com anomalias congênicas ao nascimento em mães brancas e indígenas (Figura 2). Além da população indígena ser mais expressiva em Roraima, essa discrepância pode ser atribuída a uma combinação de fatores, como as diferenças genéticas, grupos étnicos distintos podem ter predisposições genéticas diferentes para certas anomalias, a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde pré-natal e de acompanhamento do parto podem variar entre as regiões e grupos

populacionais, impactando a detecção e notificação de anomalias, exposição a fatores ambientais específicos, como contaminantes ou infecções, podem variar entre diferentes áreas geográficas e grupos étnicos, influenciando a ocorrência de anomalias congênitas, e fatores socioeconômicos, as desigualdades socioeconômicas podem afetar o acesso a uma nutrição adequada, cuidados de saúde e informações sobre prevenção de anomalias congênitas, o que pode ser mais relevante em comunidades indígenas ou de baixa renda.

No Brasil, em 2021 foram reistrados no Sinasc 22.959 nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento que representaram 0,8% do total de nascimentos vivos (Brasil, 2024c).

Tabela 2. Número e percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento segundo a escolaridade da mãe, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Sem Escolaridade		Fundamental		Médio (Antigo 2º Grau)		Superior incompleto e completo		Ignorado		Não Informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	3	5,2	17	29,3	20	34,5	9	15,5	0	0	9	15,5	58
2016	2	2,8	25	34,7	30	41,7	12	16,7	1	1,4	2	2,8	72
2017	2	2,9	23	33,3	33	47,8	11	15,9	0	0	0	0	69
2018	6	7,6	21	26,6	37	46,8	14	17,7	1	1,3	0	0	79
2019	3	2,8	23	21,5	63	58,9	18	16,8	0	0	0	0	107
2020	7	7,2	28	28,9	45	46,4	16	16,5	1	1	0	0	97
2021	11	9,3	41	34,7	50	42,4	16	13,6	0	0	0	0	118
2022	6	4,4	36	26,3	69	50,4	16	11,7	10	7,3	0	0	137
2023	6	3,6	38	22,8	98	58,7	24	14,4	1	0,6	0	0	167
2024	5	3,1	31	19,1	99	61,1	27	16,7	0	0	0	0	162
Total	51	4,8	283	26,5	544	51	163	15,3	14	1,3	11	1	1.066

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

No período de 2015 a 2022, foram notificados no Brasil 21.196 casos suspeitos de SCZ, dos quais 17,6% (n=3.732) foram confirmados para alguma infecção congênita; entre estes, 49,8% (n=1.857) foram confirmados para SCZ. Do total de casos notificados, 15,0% (n=3.187) seguem em investigação. Ainda nesse período, dos casos notificados, 81,3% (n=17.245) eram recém- -nascidos, 12,4% (n=2.626) eram crianças com mais de 28 dias, 4,3% (n=918) eram fetos e 2,0% (n=422) eram natimortos e abortos espontâneos (Brasil, 2023a, 2024c).

Segundo o Ministério da Saúde, a carga das anomalias congênitas na saúde da população brasileira pode ser ainda maior, tendo em vista que seu diagnóstico e, conseqüentemente, sua notificação nos sistemas oficiais ocorrem

de maneira heterogênea pelo território nacional. Compreender o real cenário epidemiológico das anomalias congênitas é estratégico não apenas para o planejamento de ações pela saúde pública, mas também porque permite o entendimento sobre possíveis fatores causais e a atuar oportunamente para prevenir o surgimento de novos casos (Brasil, 2023b).

Muitos tipos de anomalias são potencialmente preveníveis, desde que haja atuação oportuna em nível individual e coletivo. Desde 2019, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente trabalha na elaboração de um modelo nacional de vigilância das anomalias congênitas com base no conceito de vigilância tripla, que inclui o monitoramento não apenas dos casos de anomalias, mas também dos fatores de risco envolvidos na sua origem e nos desfechos em saúde associados (Brasil, 2023b).

Tabela 3. Número e percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento segundo a faixa etária da mãe, Roraima, 2015 a 2024

Ano	<20 anos		20 a 34 anos		≥35 anos		Ignorado	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
2015	15	25,9	27	46,6	16	27,6	0	58
2016	23	31,9	44	61,1	5	6,9	0	72
2017	21	30,4	32	46,4	16	23,2	0	69
2018	21	26,6	48	60,8	10	12,7	0	79
2019	27	25,2	62	57,9	18	16,8	0	107
2020	25	25,8	54	55,7	17	17,5	1	97
2021	32	27,1	65	55,1	21	17,8	0	118
2022	35	25,5	86	62,8	15	10,9	1	137
2023	39	23,4	105	62,9	23	13,8	0	167
2024	40	24,7	106	65,4	16	9,9	0	162
Total	278	26,1	629	59,0	157	14,7	2	1066

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Nem todo caso de anomalia congênita pode ser associado a um fator etiológico específico. Todavia, há fatores de diferentes naturezas que aumentam o risco de desenvolver anomalias congênitas em embriões e fetos, a saber: agentes biológicos (como infecções por sífilis, HIV, toxoplasmose vírus Zika), físicos e químicos (como radiação e poluição ambiental), uso de álcool, drogas e medicamentos durante a gravidez, além de condições maternas, como idade, vacinação, doenças, exposição ocupacional, questões nutricionais, entre outras. Mais informações teóricas, epidemiológicas e práticas sobre as anomalias

congênitas podem ser encontradas na publicação Saúde Brasil 2020/2021: anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento organizada e publicada pela SVSA em parceria com especialistas (Brasil, 2023b).

Tabela 4. Número e percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento e idade gestacional (duração da gestação), Roraima, 2015 a 2024

Ano	≤36 semanas		37 a 41 semanas		≥42 semanas		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	15	25,9	39	67,2	0	0	4	6,9	58
2016	18	25	52	72,2	1	1,4	1	1,4	72
2017	14	20,3	54	78,3	1	1,4	0	0	69
2018	24	30,4	51	64,6	4	5,1	0	0	79
2019	31	29	74	69,2	2	1,9	0	0	107
2020	26	26,8	67	69,1	3	3,1	1	1	97
2021	33	28	81	68,6	2	1,7	2	1,7	118
2022	38	27,7	91	66,4	5	3,6	3	2,2	137
2023	64	38,3	94	56,3	6	3,6	3	1,8	167
2024	42	25,9	115	71	5	3,1	0	0	162
Total	305	28,6	718	67,4	29	2,7	14	1,3	1.066

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

Tabela 5. Número de nascidos vivos com anomalias congênicas detectadas ao nascimento segundo o tipo de anomalia, Roraima, 2015 a 2024

CID 10 Anomalia congênicas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Q00.0 Anencefalia	2	1	1	4	1	0	0	1	2	1	13
Q01.0 Encefalocele frontal	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Q01.1 Encefalocele nasofrontal	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Q01.2 Encefalocele occipital	0	0	1	0	0	4	0	2	0	1	8
Q01.9 Encefalocele NE	1	0	2	0	2	0	1	1	1	0	8
Q02 Microcefalia	0	15	1	1	3	3	1	4	2	0	30
Q03.1 Atresia fendas Luschka e foramen Magendie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q03.8 Outr hidrocefalia congen	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
Q03.9 Hidrocefalia congen NE	3	2	2	3	4	4	3	4	5	1	31
Q04.2 Holoprosencefalia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Q04.3 Outr deform p/reducao do encefalo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q04.5 Megalencefalia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q04.8 Outr malformacoes congen espec do encefalo	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Q04.9 Malformacao congen NE do encefalo	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Q05.0 Espinha bifida cervical c/hidrocefalia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q05.1 Espinha bifida toracica c/hidrocefalia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q05.3 Espinha bifida sacra c/hidrocefalia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q05.4 Espinha bifida NE c/hidrocefalia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q05.5 Espinha bifida cervical s/hidrocefalia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q05.8 Espinha bifida sacra s/hidrocefalia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q05.9 Espinha bifida NE	0	1	0	1	0	1	2	0	2	2	9
Q06.1 Hipoplasia e displasia da medula espinal	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q06.4 Hidromielia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q06.8 Outr malform congen espec medula espinal	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q07.9 Malformacao congen NE do sist nervoso	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q10.3 Outr malformacoes congen das palpebras	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Q10.4 Ausencia ou agenesia do aparelho lacrimal	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Q13.8 Outr malform congen camara anterior olho	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
Q13.9 Malformacao congen NE camara anterior olho	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q14.9 Malformacao congen NE camara posterior olho	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Q15.8 Outr malformacoes congen espec do olho	0	0	0	1	2	0	4	1	2	1	11
Q15.9 Malformacao congen NE do olho	1	0	0	0	1	1	2	3	2	0	10
Q16.0 Ausencia congen do pavilhao auricular	2	1	0	0	1	1	2	3	0	0	10
Q16.1 Ausencia atresia estreit congen cond audit	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	4
Q16.4 Outr malformacoes congen do ouvido medio	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Q16.5 Malformacao congen do ouvido interno	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Q16.9 Malform congen ouvido NE caus compr audicao	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Q17.0 Pavilhao supranumerario	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q17.2 Microtia	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	7
Q17.3 Outr deform da orelha	0	0	0	1	2	0	1	3	0	1	8
Q17.4 Anomalia de posicao da orelha	1	1	3	1	2	2	3	3	6	4	26
Q17.8 Outr malformacoes congen espec da orelha	0	0	0	0	1	1	1	3	0	5	11
Q17.9 Malformacao congen NE da orelha	0	2	2	1	1	1	5	2	2	5	21
Q18.1 Seio fistula e cisto pre-auricular	1	0	0	1	4	0	2	1	0	0	9
Q18.3 Pescoco alado	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Q18.4 Macrostomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q18.8 Outr malformacoes congen espec face pescoco	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
Q18.9 Malformacao congen NE da face e do pescoco	1	0	0	0	3	2	0	3	0	2	11
Q20.1 Ventriculo direito c/dupla via de saida	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
Q20.3 Comunicacao ventriculo-atrial discordante	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Q20.4 Ventriculo c/dupla via de entrada	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Q20.6 Isomerismo dos apendices atriais	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Q20.8 Outr malform congen camaras e comunic card	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Q21.0 Comunicacao interventricular	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Q21.1 Comunicacao interatrial	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	4
Q21.9 Malformacao congen NE de septo cardiaco	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Q22.0 Atresia da valva pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q22.2 Insuf congen da valva pulmonar	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q22.5 Anomalia de Ebstein	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q23.4 Sindr do coracao esquerdo hipoplasico	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q24.0 Dextrocardia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Q24.5 Malformacoes dos vasos coronarios	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q24.8 Outr malformacoes congen espec do coracao	1	1	1	0	0	1	0	2	2	0	8
Q24.9 Malformacao NE do coracao	0	0	0	1	0	0	0	0	4	4	9
Q25.0 Permeabilidade do canal arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q25.4 Outr malformacoes congen da aorta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q25.9 Malformacao congen NE das grandes arterias	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Q26.4 Comunicacao venosa pulmonar anormal NE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Q26.8 Outr malformacoes congen das grandes veias	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q27.0 Ausencia congen e hipoplasia arteria umbilic	0	2	0	0	0	0	0	1	3	1	7
Q27.2 Outr malformacoes congen da arteria renal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q28.3 Outr malformacoes dos vasos cerebrais	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q30.2 Fissura entalhe ou fenda nasal	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q30.8 Outr malformacoes congen do nariz	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Q31.1 Estenose subglotica congen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q33.6 Hipoplasia e displasia do pulmao	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Q33.8 Outr malformacoes congen do pulmao	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q34.1 Cisto congen do mediastino	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q34.8 Outr malform congen espec aparelho respirat	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Q35.1 Fenda do palato duro	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Q35.5 Fenda do palato duro c/fenda do palato mole	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q35.9 Fenda palatina NE	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	7
Q36.0 Fenda labial bilateral	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Q36.9 Fenda labial unilateral	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Q37.0 Fenda palato duro c/fenda labial bilateral	1	1	0	1	2	0	1	1	7	6	20
Q37.1 Fenda palato duro c/fenda labial unilateral	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	4

Q37.2 Fenda palato mole c/fenda labial bilateral	0	3	0	1	1	1	1	2	0	0	9
Q37.4 Fenda palatos duro mole c/fenda labial bilat	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Q37.5 Fenda palatos duro mole c/fend labial unilat	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	4
Q37.8 Fenda do palato c/fenda labial bilateral NE	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	17
Q37.9 Fenda do palato c/fenda labial unilateral NE	0	1	0	3	0	1	0	0	1	2	8
Q38.0 Malformacoes congen dos labios NCOP	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Q38.1 Anquiloglossia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Q38.2 Macroglossia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q38.3 Outr malformacoes congen da lingua	1	0	0	0	1	0	0	1	7	0	10
Q38.5 Malformacoes congen do palato NCOP	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q38.6 Outr malformacoes congen da boca	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Q39.0 Atresia de esofago s/fistula	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Q39.1 Atresia esofago c/fistula traqueoesofagica	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Q39.8 Outr malformacoes congen do esofago	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Q40.1 Hernia congen de hiato	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q41.0 Ausencia atresia e estenose congen duodeno	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Q42.2 Ausencia atresia estenose congen anus c/fist	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q42.3 Ausencia atresia estenose congen anus s/fist	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	6
Q42.9 Ausenc atresia estenose congen part NE colon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q43.5 Anus ectopico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q43.6 Fistula congen do reto e do anus	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Q43.9 Malformacao congen NE do intestino	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q44.5 Outr malformacoes congen das vias biliares	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q44.6 Doenc cistica do figado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q44.7 Outr malformacoes congen do figado	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q45.8 Outr malform congen espec aparelho digestivo	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Q45.9 Malformacao congen NE do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q50.1 Cisto ovariano de desenvolv	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q52.4 Outr malformacoes congen da vagina	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Q52.9 Malform congen NE dos orgaos genitais femin	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2

Q53.1 Testiculo nao-descido unilateral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q53.2 Testiculo nao-descido bilateral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Q53.9 Testiculo nao-descido NE	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	5
Q54.3 Hipospadia perineal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q54.8 Outr hipospadias	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4
Q54.9 Hipospadia NE	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	6
Q55.0 Ausencia e aplasia do testiculo	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	4
Q55.2 Outr malformacoes congen testiculo e escroto	0	1	0	0	1	0	1	2	0	0	5
Q55.6 Outr malformacoes congen do penis	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
Q55.9 Malform congen NE dos orgaos genitais masc	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	4
Q56.1 Pseudo-hermafroditismo masc NCOP	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q56.3 Pseudo-hermafroditismo NE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q56.4 Sexo indeterminado NE	1	1	0	1	1	0	1	0	0	3	8
Q61.1 Rim policistico autossomico recessivo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q61.8 Outr doenc cisticas do rim	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Q61.9 Doenc cistica NE do rim	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q62.0 Hidronefrose congen	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Q63.9 Malformacao congen NE do rim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q64.0 Epispadias	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q64.9 Malformacao congen NE do aparelho urinario	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q65.1 Luxacao congen bilateral do quadril	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Q65.2 Luxacao congen NE do quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q65.4 Subluxacao congen bilateral do quadril	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Q66.0 Pe torto equinovaro	0	2	2	0	3	2	2	0	0	3	14
Q66.1 Pe torto calcaneovaro	1	0	2	0	2	0	1	3	4	2	15
Q66.3 Outr deform congen dos pes em varo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q66.4 Pe torto calcaneovalgo	2	3	6	7	6	5	5	13	12	13	72
Q66.5 Pe chato congen	0	1	0	0	3	0	0	8	2	1	15
Q66.6 Outr deform congen dos pes em valgo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q66.8 Outr deform congen do pe	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	6

Q66.9 Deform congen NE do pe	0	1	0	0	2	0	2	2	3	2	12
Q67.0 Assimetria facial	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Q67.1 Deform facial p/compressao	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q67.3 Plagiocefalia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Q67.4 Outr deform congen cranio face e mandibula	0	0	0	1	1	2	2	0	1	1	8
Q67.5 Deform congen da coluna vertebral	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Q67.6 Torax escavado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q67.7 Torax carinado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q68.1 Deform congen da mao	2	0	2	0	0	3	4	0	4	4	19
Q68.2 Deform congen do joelho	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	4
Q69.0 Dedos da mao supranumerarios	2	5	4	6	8	3	2	2	7	6	45
Q69.9 Polidactilia NE	2	1	0	3	2	0	2	4	5	4	23
Q70.0 Coalescencia dos dedos	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Q70.1 Dedos palmados	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Q70.9 Sindactilia NE	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
Q71.2 Ausencia congen do antebraço e da mao	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Q71.3 Ausencia congen da mao e de dedos	1	0	1	2	1	2	0	0	1	1	9
Q71.4 Defeito de reducao longitudinal do radio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Q71.6 Mao em garra de lagosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q71.8 Outr defeitos de reducao do membro super	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	4
Q71.9 Defeito p/reducao do membro super NE	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Q72.2 Ausencia congen da perna e do pe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q72.7 Pe bifido	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q72.9 Defeito NE p/reducao do membro infer	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Q74.0 Out malform cong membr super incl cint escap	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3
Q74.2 Outr malform cong membros inf incl cint pelv	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	4
Q74.8 Outr malformacoes congen espec de membros	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Q74.9 Malformacoes congen NE de membros	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5
Q75.0 Craniossinostose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q75.3 Macrocefalia	0	2	0	1	0	0	0	1	0	3	7

Q75.8 Outr malform congen espec ossos cranio face	0	0	0	0	1	1	1	0	4	0	7
Q75.9 Malform congen NE dos ossos cranio e face	0	0	0	1	0	3	3	1	0	1	9
Q76.9 Malformacao congen NE dos ossos do torax	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Q77.1 Nanismo tanatoforico	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Q77.4 Acondroplasia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q78.0 Osteogenese imperfeita	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q79.0 Hernia diafragmatica congen	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	6
Q79.1 Outr malformacoes congen do diafragma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Q79.2 Exonfalia	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Q79.3 Gastrosquise	1	2	0	4	3	4	3	8	12	5	42
Q79.4 Sindr do abdome em ameixa seca	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q79.5 Outr malformacoes congen da parede abdominal	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	4
Q79.8 Outr malformacoes congen sist osteomuscular	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Q79.9 Malformacao congen NE do sist osteomuscular	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
Q82.9 Malformacao congen NE da pele	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Q83.3 Mamilo acessorio	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Q83.8 Outr malformacoes congen da mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q84.1 Alteracoes morfologicas congen cabelos NCOP	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q84.2 Outr malformacoes congen dos cabelos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q84.8 Outr malformacoes congen espec do tegumento	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Q85.0 Neurofibromatose	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Q87.0 Sindr c/malf cong afet predomin aspecto face	1	0	0	0	1	0	2	2	0	1	7
Q87.2 Sindr c/malf congen afetando predomin membr	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	4
Q87.4 Sindr de Marfan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Q87.5 Outr sindr c/malf cong c/outr alt esqueleto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Q87.8 Outr sindr c/malformacoes congen espec NCOP	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Q89.0 Malformacoes congen do baco	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q89.4 Reuniao de gemeos	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	4
Q89.7 Malformacoes congen mult NCOP	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q89.8 Outr malformacoes congen espec	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	5

Q89.9 Malformações congen NE	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Q90.2 Trissomia 21 translocacao	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Q90.9 Sindr de Down NE	7	1	5	4	2	3	8	3	12	6	51
Q91.3 Sindr de Edwards NE	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Q99.9 Anomalia cromossomica NE	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
D18.0 Hemangioma de qq locaclização	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4
Total	53	69	60	75	104	91	111	130	164	158	1015

Fonte: Sinasc/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2025 (sujeitos à alteração).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Nº 13.685, de 25 de junho de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas. Brasília: Diário Oficial da União, ano CLV Nº 121, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=26/06/2018>. ISSN 1677-7042.

BRASIL. **Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika, 2015 a 2022.** Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: MS, v. 54, n. 5, p. 1-13, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Saúde Brasil 2022: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. 502 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS. Nota Técnica conjunta SVSA/SAPS/SAES sobre orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais.** Brasília, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-135-2024-svsa-saps-saes-ms>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024b. 453 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde informa caso de anomalia congênita associada à Oropouche.** Brasília: Ministério da Saúde, publicado em 08/08/2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2024/ministerio-da-saude-informa-caso-de-anomalia-congenita-associada-a-oropouche>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anomalias congênitas.** Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/>. Acesso em: 09/05/2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância das Anomalias Congênitas.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-das-anomalias-congenitas>. Acesso em: 09/05/2025b.

RORAIMA. **Protocolo de Vigilância, Atenção à saúde e Resposta à ocorrência de Microcefalia**, versão 1.2. Benedetti MSGB (Coord.). Boa Vista: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, 2016. 38 p.

RORAIMA. **Portaria Nº 2122/SESAU/CGVS/DVE, de 22 de junho de 2022. Institui o fluxo de atendimento e definição de casos de anomalias congênitas e microcefalia, notificação imediata e investigação pelas maternidades e unidades de atendimento às gestantes e recém-nascidos no Estado de Roraima**. Boa Vista, Diário Oficial do estado de Roraima, edição Nº 4242, de 18/07/2022, p 58-59.

RORAIMA. **Nota Técnica Nº 1/SESAU/CGVS/DVE/NCFAD, de 22/07/2024, sobre a recomendação para vigilância transmissão vertical do vírus do Oropouche no estado de Roraima**. Boa Vista: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, 2014 SEI/GRR – 13725067, 03/09/2024.

6 MORBIDADE

A morbidade refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças num dado intervalo de tempo em uma determinada população. Neste relatório as morbidades são referentes as doenças, agravos e eventos de saúde pública (DAE) que são de notificação compulsórias.

Entende-se por agravo qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; a doença é uma enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos (Brasil, 2024a); e o evento de saúde pública (ESP) é uma situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes (Rio Grande do Sul, 2024).

Os critérios de seleção das DAEs são baseados na natureza específica de cada doença ou agravo, e tem obedecido a uma série de critérios, os mais utilizados são: magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, e compromissos internacionais, epidemias e agravos inusitados.

O processo da notificação é dinâmico, variável em função das mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos com as ações de controle e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos. As normas de notificação devem adequar-se no tempo e no espaço, quanto às doenças consideradas, áreas geográficas abrangidas, conteúdo de informação requerido, critérios de definição de casos, periodicidade da transmissão dos dados, modalidades de notificação e fontes de informação utilizadas (Brasil, 2014).

A Portaria GM/MS Nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024 incluiu a infecção pelo HTLV (vírus linfotrópico de células T humanas), da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV na lista nacional de notificação compulsória nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (Brasil, 2024b).

Os dados de morbidade foram extraídos do Sinan. O Sinan é um sistema da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde e a nível estadual está sob a responsabilidade do DVE/CGVS. Esse sistema tem como objetivo padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre DAE em todo o território nacional, desde o nível local. Apesar do grande avanço, o Sinan enfrenta algumas dificuldades, como o sub-registro e a demora para digitação e fechamento dos casos durante a investigação. Nos últimos tempos, outros sistemas têm ganhado espaço como o Sivep e o E-SUS notifica e e-SUS sinan.

Algumas áreas técnicas possuem programas específicos como o Sivep (malária, influenza e outros), e de dados da vigilância sentinela e de doenças em monitoramento. Destacamos a existência de DAE definidas por portaria estadual e do município de Boa Vista. Além disso, há os agravos e doenças que são monitorados pela estratégia de vigilância sentinela. A organização dessa vigilância em Roraima está descrita no documento “Vigilância sentinela conceitos e procedimentos padrões” elaborado pela Núcleo de Vigilância Hospitalar (Benedetti, 2024).

Nessa seção serão apresentadas as análises epidemiológicas das DAEs por áreas técnicas com análise da incidência/prevalência. A incidência é uma medida de controle para a vigilância epidemiológica que permitem analisar a ocorrência, a distribuição e a evolução das doenças, e a prevalência refere-se à proporção de indivíduos em uma população que possuem uma determinada doença ou condição em um ponto específico no tempo ou durante um período determinado.

REFERÊNCIAS

BENEDETTI MSG. Vigilância sentinela conceitos e procedimentos padrões, 2024. 62 p. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-dve-nvh/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.

BRASIL. **Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016** - Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 12/08/2024^a

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3148_15_02_2024.html. Acesso fev 2024^b.

RIO GRANDE DO SUL. **O que são eventos ou emergências em saúde pública?** Disponível em: <https://www.cievs.rs.gov.br/cievs->. Acesso em: 12/08/2024.

6.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV/AIDS E SÍFILIS

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidas principalmente no contato sexual sem uso de preservativos. Consideradas um problema de Saúde Pública, estão entre as doenças mais comuns em todo o mundo. Elas afetam a saúde e a vida das pessoas, causam um impacto importante sobre a saúde reprodutiva e infantil, contribuem para a infertilidade, complicações durante a gravidez e o parto, e facilitam a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, em extremo caso, podem levar à morte fetal.

No Brasil, as bases para prevenção, diagnóstico e tratamento das IST estão bem estabelecidas, bem como seu modelo de vigilância epidemiológica, composto por notificação compulsória, serviços sentinela e estudos transversais em determinados grupos populacionais. As IST que fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória incluem os casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), HIV, HIV em gestantes, Hepatites Virais, Sífilis em gestantes, Sífilis Adquirida e Síndrome do corrimento uretral masculino, entre outras.

O Núcleo de Controle de DST/AIDS/HV é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às IST/AIDS, visando à redução da transmissão do HIV e das demais ISTs e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo e convivendo com IST/HIV/AIDS.

Os eixos prioritários de atuação que subsidiam a definição de estratégias prioritárias são: fortalecimento da Rede de Atenção e Linhas de Cuidado às IST, AIDS e HV; prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV/HV, redução de risco e vulnerabilidade; promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais; aprimoramento do desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa; aprimoramento da governança e da gestão; acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.

A Política de IST/AIDS/HV está fundamentada nos direitos humanos e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, seguindo a Política do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, que tem fortalecido a cooperação técnica e financeira com estados, municípios, organismos internacionais e organizações da sociedade civil. As principais formas de cooperação financeiro-técnica se dão por meio

de projetos, pela Política de Incentivo e pela execução direta (aquisição e distribuição de medicamentos, testes rápidos e insumos de prevenção).

O desafio continua na observação e análise permanente da situação epidemiológica das IST/HIV/AIDS/HV com a articulação do conjunto de ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, visando subsidiar o processo de formulação, gestão e avaliação das políticas e ações estratégicas.

O impacto da imigração venezuelana permanece, destacando-se um aumento da demanda de atendimento ambulatorial, testagem rápida para HIV e Sífilis, dispensação de insumos de prevenção e antirretrovirais, diagnósticos tardios e internações. Para ampliação da oferta de alguns serviços, este Núcleo busca parceria com instituições formadoras e outras instituições não governamentais nacionais e internacionais, realizando capacitação de profissionais e voluntários para a realização de ações de promoção da saúde e testagem rápida, principalmente com foco na população imigrante.

Este relatório concentra informações relevantes sobre agravos de notificação compulsória a nível estadual, realizado no período de 2015 a 2024, a partir da análise dos dados coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, sendo possível realizar um breve perfil epidemiológico da população do estado de Roraima acometidos por estes agravos.

Nessa perspectiva, os dados epidemiológicos coletados no período estimado acima, visa subsidiar o planejamento das metas, ações de promoção, assistência/tratamento à saúde e de controle das IST/HIV/AIDS/HV no âmbito do estado de Roraima, contribuindo assim, para aprimoramento e fortalecimento da vigilância, linhas de cuidado, prevenção, diagnóstico precoce, redução de risco e vulnerabilidades, promoção de direitos humanos, da articulação com redes de atenção e movimentos sociais, a ampliação do acesso aos medicamentos, preservativos e outros insumos usados em saúde com objetivo de enfrentamento da Epidemia do HIV, AIDS, HV e outras ISTs.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA POR AGRAVO

HIV/AIDS em adulto

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2015 a 2024 foram notificados 1.712 casos de AIDS e 2.826 casos de HIV em adultos residentes em Roraima conforme demonstrado na Tabela 1 e 388 óbitos conforme a Tabela 2. Pode-se observar na Tabela 1, que nos anos de 2018 (n=556) e 2023 (n=589) houveram o maior número de casos notificados o Estado comparado com os anos anteriores. Do total de casos notificados 4.538 62,27% (n=2.826).

No que diz respeito aos casos de HIV em adultos, observou-se um crescimento expressivo ao longo da década analisada. Em 2015, foram registrados 157 casos, número que praticamente dobrou até 2018, quando atingiu 363 casos. Esse aumento abrupto de 72,04% entre 2017 e 2018 pode estar associado ao aprimoramento das estratégias de testagem rápida e à ampliação do acesso ao diagnóstico, sobretudo na capital. Em 2023, o número de notificações chegou ao seu ápice, com 371 casos, seguido de uma leve queda em 2024 (319 casos), o que pode sinalizar o início de uma tendência de estabilização ou um atraso na consolidação dos dados mais recentes.

Já a distribuição geográfica dos casos de HIV e AIDS em adultos no período evidencia um padrão fortemente concentrado na capital, Boa Vista, que sozinha respondeu por 3.753 casos, o que representa mais de 82,70% de todas as notificações registradas no estado. Esse dado, embora esperável devido à concentração populacional e aos serviços especializados na capital, também indica a centralização da testagem, diagnóstico e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, podendo camuflar subnotificações em municípios do interior.

Em segundo lugar, aparece o município de Pacaraima, com 192 casos acumulados no período. A posição de destaque desse município na fronteira com a Venezuela pode estar associada à intensa movimentação migratória e ao fluxo de populações em situação de vulnerabilidade social, o que exige atenção especial da vigilância em saúde e das redes de cuidado. Pacaraima também registrou um crescimento importante nas notificações a partir de 2019, possivelmente refletindo o impacto da crise migratória e da interiorização das ações de testagem.

Tabela 1 – Casos de AIDS e HIV em adultos residentes em Roraima, segundo ano de diagnóstico e município de residência, no período de 2015 a 2024, estado de Roraima.

Município de Residência	Alto Alegre	Amajari	Boa Vista	Bonfim	Cantá	Caracarai	Caroebe	Iracema	Mucajai	Normandia	Pacaraima	Rorainópolis	São João	São Luiz	Uiramutã	Total
2015	AIDS	0	0	107	0	4	5	0	1	5	0	5	3	1	0	132
	HIV	1	1	133	1	3	0	1	0	3	4	5	3	0	2	157
2016	AIDS	2	0	142	1	1	3	0	1	3	2	3	0	2	0	160
	HIV	0	2	187	4	3	2	0	0	0	3	1	1	2	0	205
2017	AIDS	2	0	145	2	2	3	0	0	0	0	5	1	2	1	166
	HIV	1	3	178	3	4	6	0	1	1	5	4	1	0	0	211
2018	AIDS	3	2	158	5	2	4	0	2	1	3	7	2	0	0	193
	HIV	3	3	312	8	3	7	0	3	1	9	7	2	1	0	363
2019	AIDS	4	5	157	3	5	5	1	1	0	2	6	2	0	0	195
	HIV	3	2	273	4	9	7	0	5	0	10	7	2	4	0	327
2020	AIDS	2	0	92	0	1	3	1	3	1	2	2	1	2	1	113
	HIV	1	0	215	6	6	9	1	2	1	14	4	2	2	0	267
2021	AIDS	1	0	142	3	4	7	0	3	1	4	0	0	0	0	165
	HIV	1	1	285	4	0	7	0	6	0	14	3	0	0	0	321
2022	AIDS	3	0	152	3	4	3	0	5	0	4	3	2	0	1	181
	HIV	4	1	224	1	5	5	0	4	1	31	3	1	0	0	285
2023	AIDS	1	3	182	3	3	5	0	5	1	10	3	0	2	0	218
	HIV	0	1	293	3	10	8	0	7	0	30	11	2	2	0	371
2024	AIDS	6	2	147	1	6	6	0	3	3	10	3	0	1	0	189
	HIV	4	0	229	4	10	3	2	6	2	34	18	2	3	0	319
TOTAL	AIDS	24	12	1.424	21	32	12	33	7	38	37	11	10	3	3	1.712
	HIV	18	14	2.329	38	53	54	4	40	6	154	63	16	14	2	2.826

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

O Gráfico 1 demonstra o número de casos de AIDS, HIV e óbitos no estado no período de 2015 a 2024 sendo possível visualizar os dados das Tabelas 1 e 2 já discutidos.

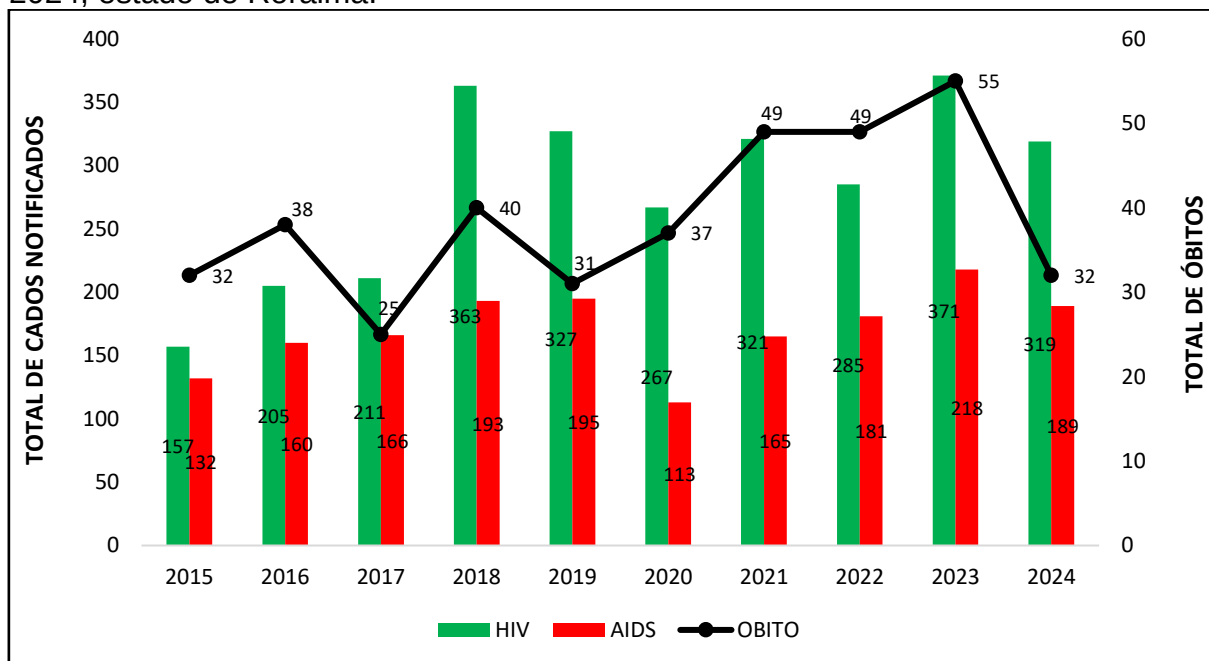
Outros municípios com números expressivos foram Rorainópolis (n=100), Caracaraí (n=98) e Cantá (n=85), que, apesar de apresentarem populações menores, mantiveram notificações consistentes ao longo do tempo. Em contraste, municípios como Uiramutã (n=5), Iracema (n=8) e Normandia (n=13) apresentaram os menores números absolutos no período, o que pode indicar baixa incidência, mas também pode refletir subdiagnóstico, ausência de oferta sistemática de testagem e acesso restrito aos serviços de saúde, especialmente nas áreas mais remotas e com população indígena predominante.

Tabela 2 – Número de Óbitos de Pessoas Vivendo com HIVAIDS, segundo município de residência, no período de 2015 a 2024, estado de Roraima.

Município de Residência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	4
Amajari	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Boa Vista	25	27	16	31	24	29	42	38	44	23	299
Bonfim	0	0	0	1	0	0	2	1	2	0	6
Cantá	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	8
Caracaraí	1	2	1	0	1	2	1	1	1	0	10
Caroebe	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	3
Iracema	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Mucajá	0	3	0	1	2	1	0	2	1	2	12
Normandia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Pacaraima	1	1	1	0	1	0	1	3	3	1	12
Rorainópolis	3	2	2	2	0	3	1	2	2	0	17
São João da Baliza	0	1	0	0	3	0	0	0	0	1	5
São Luiz	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4
Uiramutã	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	4
Total	32	38	25	40	31	37	49	49	55	32	388

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 1 – Demonstrativo de casos de AIDS, HIV e Óbitos no período de 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

A evolução dos óbitos por AIDS em Roraima no período de 2015 a 2024 revela uma trajetória marcada por oscilações, com tendência geral de crescimento até 2023, seguida por uma redução significativa em 2024. No total, foram contabilizados 388 óbitos por complicações associadas à AIDS nesse intervalo, com média anual de aproximadamente 39 mortes.

Em 2015, o estado registrou 32 óbitos, número que apresentou variações nos anos seguintes, com destaque para o ano de 2018, quando foram contabilizadas 40 mortes, um aumento de 62,50% em relação ao ano anterior. Essa elevação pode estar relacionada ao crescimento abrupto dos casos de HIV em 2018, já que o diagnóstico tardio ou a ausência de tratamento efetivo são fatores decisivos na evolução da infecção para AIDS e no risco de óbito.

Entre 2020 e 2023, observa-se uma tendência sustentada de aumento nos óbitos, com pico em 2023, quando foram registrados 55 óbitos, o maior valor da série. Esse crescimento, além de refletir a persistência da infecção pelo HIV no estado, também pode ser um indicativo da sobrecarga dos serviços de saúde durante e após a pandemia de COVID-19, que comprometeu a continuidade do tratamento antirretroviral e o acompanhamento clínico adequado de muitas pessoas vivendo com HIV.

A redução observada em 2024 (32 óbitos) pode sinalizar uma possível inflexão positiva na curva, resultado da retomada das ações de cuidado continuado, expansão da testagem e fortalecimento da rede de tratamento.

Em termos de distribuição territorial, a capital Boa Vista concentra 77,06% dos óbitos (299 no total), reafirmando seu papel como epicentro da epidemia no estado, mas também como principal polo de diagnóstico e tratamento, o que pode levar a um registro mais robusto em relação aos municípios do interior. Municípios como Rorainópolis (17 óbitos), Mucajaí e Pacaraima (12 óbitos cada) e Caracaraí (10 óbitos) também apresentaram mortalidade expressiva, sendo necessária atenção especial para a estruturação da linha de cuidado nessas localidades.

O Gráfico 2 compara a taxa de detecção por 100.000 habitantes por município do Estado de Roraima 2024 com o Brasil 2023. Em 2024, o Estado de Roraima apresentou uma taxa de detecção de AIDS de 26,4 casos por 100 mil habitantes, valor que se mostra superior à média nacional, de 17,8/100 mil habitantes, e ligeiramente acima da média da Região Norte, que foi de 26,0/100 mil habitantes. Esses números colocam Roraima em uma posição de atenção epidemiológica, indicando a necessidade de intensificar as ações de prevenção, testagem, diagnóstico precoce e tratamento em todo o estado.

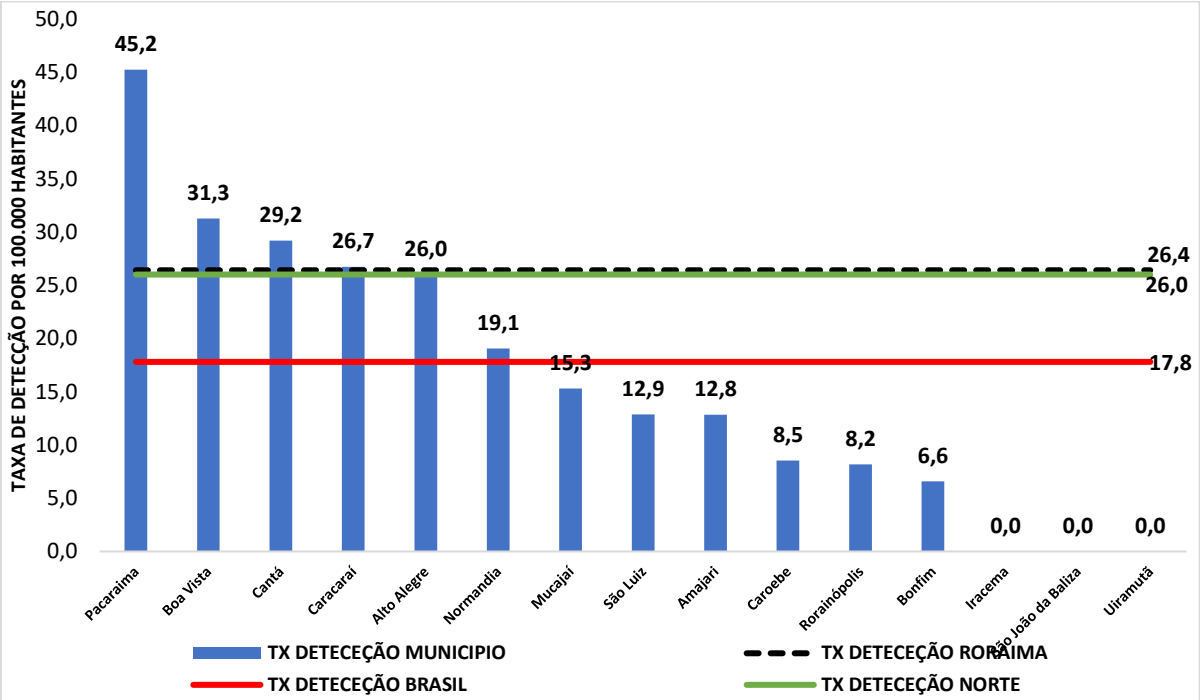
Ao observar a distribuição municipal, verifica-se uma grande heterogeneidade entre os 15 municípios. O município de Pacaraima apresentou a maior taxa de detecção do estado, com 45,2 casos por 100 mil habitantes, seguido por Boa Vista, capital do estado, com 31,3, e Cantá, com 29,2. Esses três municípios foram os únicos que apresentaram taxas significativamente acima da média estadual.

Caracaraí, com taxa de 26,7, e Alto Alegre, com 26,0, aproximam-se da média de Roraima e da Região Norte, enquanto os demais municípios apresentaram taxas inferiores. Dentre eles, destacam-se Normandia (19,1), Mucajaí (15,3), São Luiz (12,9), Amajari (12,8), Caroebe (8,5), Rorainópolis (8,2) e Bonfim (6,6). Embora esses municípios apresentem taxas mais baixas, ainda é importante considerar o contexto local e a possibilidade de subnotificação, além das limitações de acesso aos serviços de saúde que podem comprometer a vigilância ativa e o diagnóstico oportuno.

Os municípios de Iracema, São João da Baliza e Uiramutã não notificaram casos de AIDS em 2024, apresentando taxa de detecção igual a zero. Esse dado pode refletir tanto uma real ausência de novos casos quanto possíveis falhas na

detecção e na notificação, especialmente em regiões mais remotas, com baixa densidade populacional ou com dificuldades logísticas para a realização de ações regulares de vigilância em saúde.

Gráfico 2 – Taxa de detecção de casos de AIDS em adultos por município e em Roraima no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao número de casos segundo sexo, Roraima notificou um total de 4.538 casos de HIV e AIDS, sendo 3.218 (70,91%) no sexo masculino e 1.320 (29,09%) no sexo feminino. Esses dados revelam uma concentração expressiva da epidemia entre os homens, com predomínio estável ao longo da série histórica.

A análise do percentual por sexo mostra que a proporção de casos masculinos variou entre 67,89% (em 2020) e 76,44% (em 2016). Já o percentual de casos femininos oscilou entre 23,56% e 32,11%, demonstrando certa estabilidade, porém com ligeira tendência de crescimento na participação feminina nos últimos anos, especialmente em 2020 e 2024, quando o percentual de mulheres ultrapassou 31% dos casos.

A razão por sexo (número de casos masculinos dividido pelos casos femininos) reforça essa assimetria. Ao longo da série, a razão oscilou entre 2,11 (2020) e 3,24 (2016), com média geral de 2,44. Isso indica que, em média, para cada 1 caso em

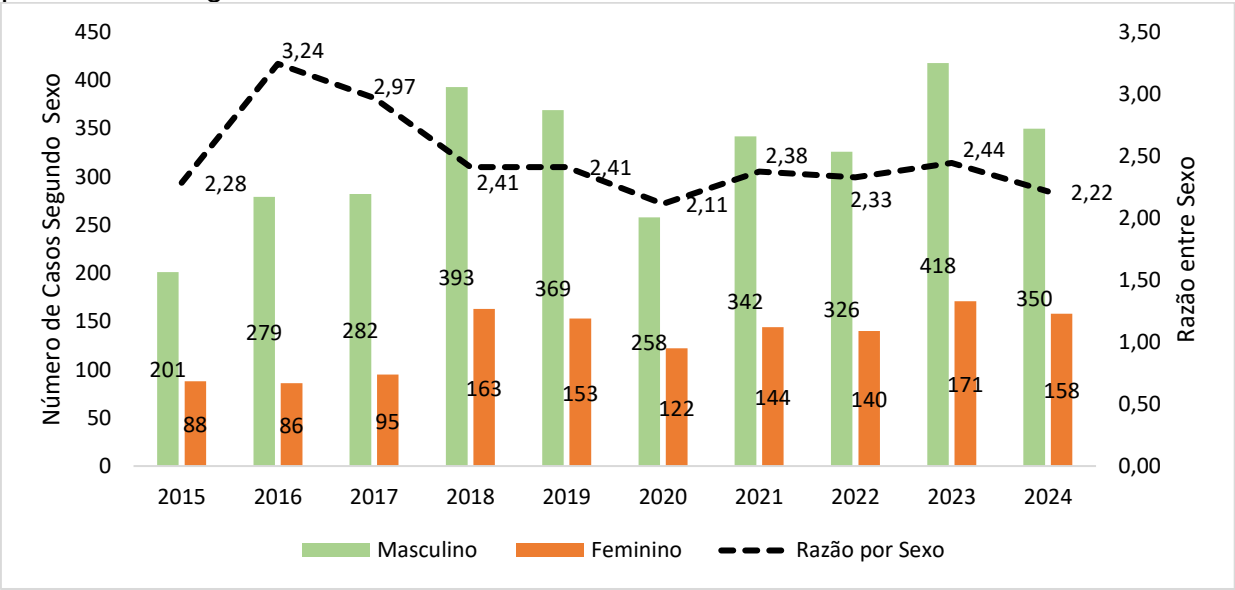
mulher, foram registrados mais de 2 casos em homens no estado. A razão mais baixa em 2020 e 2024 sugere uma redução na disparidade entre os sexos, o que pode estar relacionado à ampliação da testagem em populações femininas, sobretudo em serviços como o pré-natal.

Tabela 3 – Casos de AIDS em adultos residentes em Roraima, segundo sexo no período de 2015 a 2024.

Sexo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Masculino	201	279	282	393	369	258	342	326	418	350	3.218
Feminino	88	86	95	163	153	122	144	140	171	158	1.320
TOTAL GERAL	289	365	377	556	522	380	486	466	589	508	4.538
% Masculino	69,55	76,44	74,80	70,68	70,69	67,89	70,37	69,96	70,97	68,90	70,91
% Feminino	30,45	23,56	25,20	29,32	29,31	32,11	29,63	30,04	29,03	31,10	29,09
Razão	2,28	3,24	2,97	2,41	2,41	2,11	2,38	2,33	2,44	2,22	2,44

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 3 – Casos de AIDS em adultos residentes em Roraima, segundo razão e sexo por ano de diagnóstico, 2015 a 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

No que se refere as faixas etárias conforme Tabela 4, a análise por faixa etária revela importantes aspectos sobre o comportamento da epidemia e os grupos prioritários, uma vez que se observa a predominância de casos na população jovem e adulta. A faixa etária com maior número de casos foi a de 20 a 29 anos, totalizando 1.739 casos (38,3%), seguida pela faixa de 30 a 39 anos, com 1.287 casos (28,4%). Juntas, essas duas faixas concentraram 66,7% de todos os casos notificados, o que

evidencia a alta carga da doença entre jovens adultos em idade economicamente ativa. Esse dado reforça a necessidade de estratégias específicas para esse público, incluindo educação em saúde, uso de preservativos, testagem regular e acesso facilitado à PrEP e PEP.

As faixas de 40 a 49 anos (16,9%) e 50 a 59 anos (7,0%) também apresentaram participação significativa nos casos, demonstrando que a epidemia se mantém presente em adultos maduros, sendo essencial manter ações preventivas voltadas também a essa população. Em relação ao perfil por sexo, a razão entre os sexos foi mais elevada na faixa de 20 a 29 anos, com 3,8 casos em homens para cada 1 em mulher, evidenciando o maior desequilíbrio de gênero nesse grupo etário. Essa razão segue alta nas faixas de 15 a 19 anos (2,1), 30 a 39 anos (2,2), 40 a 49 anos (1,7) e 60 a 69 anos (1,9), indicando predomínio masculino em quase todas as idades, com exceção das faixas extremas.

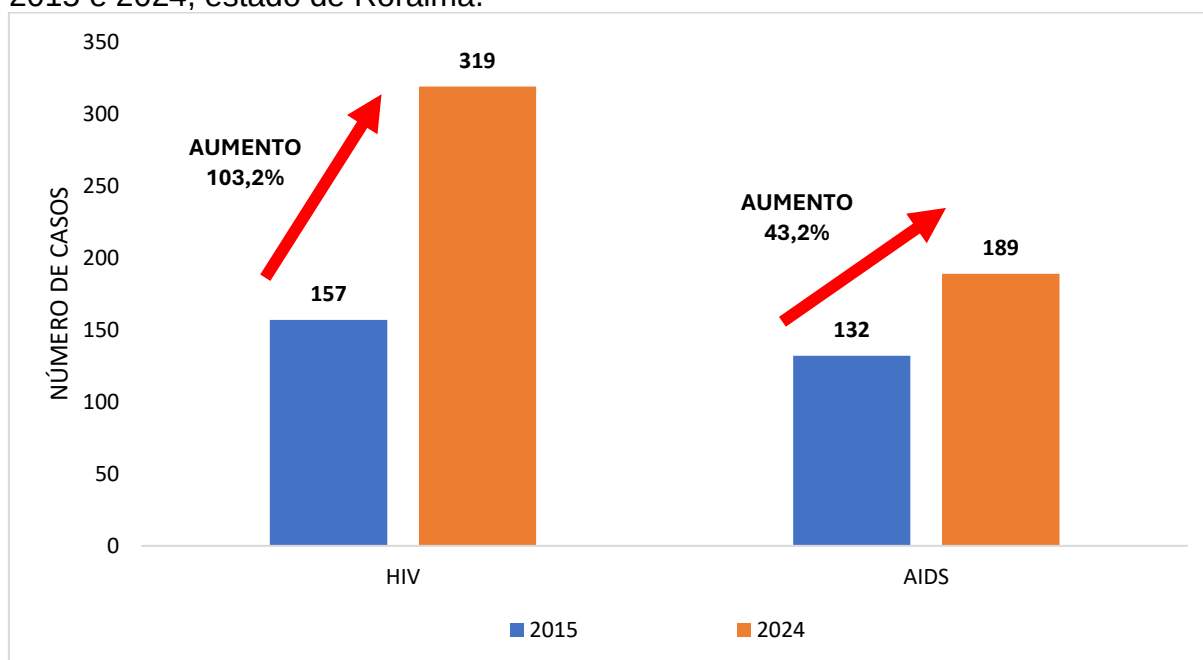
Tabela 4 – Número de casos de AIDS e HIV em adultos segundo ano de diagnóstico/notificação e faixa etária, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Ano Diagnóstico	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 anos e mais	Total
2015	0	20	97	84	54	20	13	0	1	289
2016	1	27	146	98	54	25	11	3	0	365
2017	0	40	142	101	51	36	6	0	1	377
2018	0	29	214	171	88	41	11	1	1	556
2019	0	32	210	161	88	19	9	3	0	522
2020	1	20	174	97	60	20	3	5	0	380
2021	1	35	203	132	66	40	7	2	0	486
2022	1	31	184	136	80	26	7	1	0	466
2023	0	40	196	171	117	45	15	5	0	589
2024	2	23	173	136	107	45	18	4	0	508
Total	6	297	1.739	1.287	765	317	100	24	3	4.538

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Nas faixas 10 a 14 anos e 70 a 79 anos, a razão por sexo é invertida (0,5), com maior número de casos em mulheres. Esse padrão pode estar associado a casos de transmissão vertical no passado ou características específicas da notificação nessas idades. Já na faixa de 80 anos e mais, não foram registrados casos em mulheres, apenas três em homens, o que resulta em razão indefinida.

Gráfico 4 – Comparativo do aumento do número de casos de AIDS e HIV em adultos 2015 e 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

No Gráfico 4, pode-se visualizar o um aumento significativo nos casos novos de infecção por HIV, que passaram de 157 para 319 notificações, representando um crescimento percentual de 103,2% ao longo da década. Esse dado indica que o número de pessoas com diagnóstico recente de HIV mais que dobrou na comparação entre os anos de 2015 e 2024, o que pode estar relacionado à ampliação da testagem, maior oferta de exames rápidos, bem como ao aumento da exposição a comportamentos de risco, sobretudo em populações vulneráveis.

No mesmo período, os casos de AIDS aumentaram de 132 para 189, o que representa um acréscimo de 43,2%. Embora também expressivo, esse crescimento foi proporcionalmente menor que o observado para os casos de HIV, o que pode ser um indicativo positivo: mais pessoas estão sendo diagnosticadas precocemente, ainda na fase assintomática, o que permite iniciar o tratamento antirretroviral de forma oportuna e prevenir a progressão para a AIDS.

Tabela 5 - Número de casos de AIDS/HIV em adultos segundo ano de diagnóstico e raça/cor, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Ano Diagnóstico	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ign/Branco
2015	34	24	1	216	10	4
2016	53	31	1	266	12	2
2017	48	26	1	282	19	1
2018	77	53	2	390	27	7
2019	72	52	3	370	15	10
2020	49	26	1	275	13	16
2021	65	37	0	350	22	12
2022	49	55	1	329	15	17
2023	60	48	2	446	23	10
2024	55	42	4	366	40	1
Total	562	394	16	3.290	196	80
Percentual	12,4	8,7	0,4	72,5	4,3	1,8

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

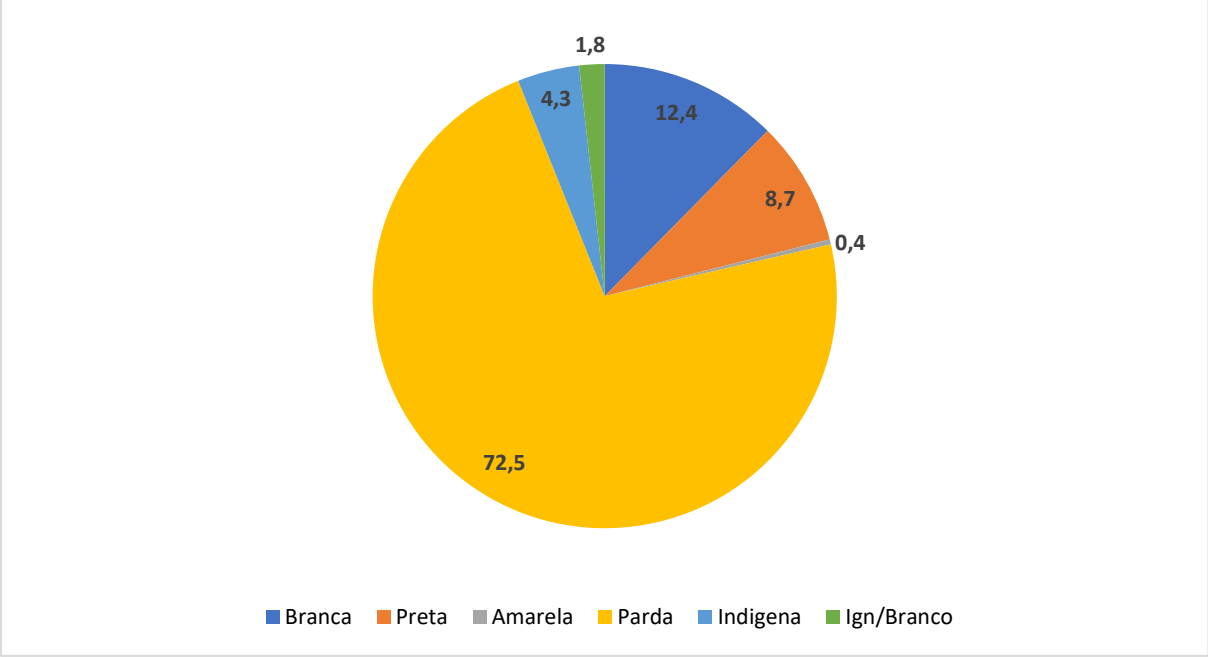
A distribuição dos casos revela um perfil epidemiológico marcadamente desigual, refletindo tanto a composição populacional local quanto fatores estruturais que influenciam o acesso à saúde, a vulnerabilidade social e a exposição ao risco de infecção. A população parda representa, de forma ampla, o grupo com maior número de casos ao longo da década com 3.290 casos (72,5%), concentrando mais de sete em cada dez notificações. Esse dado está em consonância com o perfil demográfico de Roraima, onde há predominância de pessoas autodeclaradas pardas, mas também reflete vulnerabilidades sociais historicamente associadas a esse grupo, como acesso limitado aos serviços de saúde, escolaridade inferior e maior exposição a contextos de risco.

A população branca aparece em segundo lugar, com 12,4% (n=562) dos casos, seguida pela preta, com 8,7% (n=394). Esses dois grupos somados representam 21,1% dos casos, o que reforça a importância de estratégias interseccionais no combate à epidemia.

A população indígena, com 196 casos (4,3%), merece destaque, uma vez que, os números indicam expressiva ocorrência da infecção em territórios indígenas, com aumento notável em 2024, quando foram notificados 40 casos entre indígenas — o maior número da série histórica. Essa elevação sugere a necessidade urgente de ações específicas para os povos indígenas, com respeito à diversidade cultural,

barreiras linguísticas e contextos territoriais, especialmente nas áreas de difícil acesso.

Gráfico 5 – Percentual do total acumulado (2015 – 2024) dos casos de AIDS/HIV em adultos segundo ano de diagnóstico e raça/cor, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

A população amarela apresentou números baixos ao longo de todo o período, com apenas 16 casos (0,4%) registrados. Já os casos com raça/cor ignorada ou em branco totalizaram 80 registros (1,8%), o que demonstra a necessidade de qualificação do preenchimento das fichas de notificação para garantir análises mais precisas (Tabela 5 e Gráfico 5).

Em relação ao provável modo de transmissão demonstrado na Tabela 6, a categoria de exposição mais frequente foi a sexual, responsável por 3.989 casos (87,90%), com distribuição entre os sexos: 2.782 homens e 1.207 mulheres, reforçando o perfil de transmissão concentrada em populações-chave homens. A exposição associada ao uso de drogas injetáveis foi registrada em 52 casos (1,15%), sendo 43 em homens e 9 em mulheres. As demais categorias apresentaram frequência reduzida: transmissão perinatal com 69 casos (1,52%), hemofílica com 1 caso (0,02%), transfusão/heterossexual com 2 casos (0,04%) e acidente de trabalho com 1 caso (0,02%).

Observa-se, portanto, que as formas de transmissão sexual correspondem à

quase totalidade dos casos registrados (aproximadamente 90%), reafirmando a importância das estratégias de prevenção voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, à testagem regular e ao uso de preservativos. Além disso, os dados revelam a necessidade de qualificação dos registros de informação sobre a categoria de exposição, bem como do fortalecimento das ações de vigilância.

Tabela 6 - Número de casos de AIDS/HIV em adultos segundo provável modo de transmissão e sexo, 2015 a 2024, estado de Roraima.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	IGNORADO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTUAL (%)
Ignorado	1	352	71	424	9,34
Sexual	0	2.782	1.207	3.989	87,90
Drogas	0	43	9	52	1,15
Hemofílico	0	1	0	1	0,02
Transfusão/Heterossexual	0	1	1	2	0,04
Acidente de Trabalho	0	0	1	1	0,02
Perinatal	0	38	31	69	1,52
Total	1	3.217	1.320	4.538	

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Observa-se na Tabela 7 a variável nacionalidade, sendo esta uma variável que não consta nas fichas de notificação compulsória do SINANNET, visto que, devido a situação migratória no Estado, a partir de 2017 Roraima passou a instituir na ficha de notificação o campo “complemento” como o campo nacionalidade. No período analisado a maioria dos casos notificados foi de pessoas de nacionalidade brasileira, representando 74,53% do total (n=3.382). Este dado confirma que a epidemia do HIV no estado continua fortemente concentrada na população nacional. Entretanto, observa-se uma proporção significativa de casos entre pessoas de nacionalidade venezuelana, com 1.120 registros, correspondendo a 24,68% do total. Este número evidencia o impacto direto da migração venezuelana sobre os serviços de saúde da região, considerando o intenso fluxo migratório ocorrido a partir de 2015, em decorrência da crise humanitária e política vivenciada pelo país vizinho.

As demais nacionalidades apresentaram baixa frequência relativa, somando juntas 36 casos: Cuba (n=12 casos; 0,26%), Guiana (n=11 casos; 0,24%), Haiti (n=9 casos; 0,20%) e Colômbia (n=4 casos; 0,09%). Apesar dos números absolutos reduzidos, essas ocorrências reforçam a necessidade de atenção específica à saúde

da população migrante internacional no estado. A presença expressiva de casos entre estrangeiros, especialmente venezuelanos, aponta para a importância da implementação de políticas públicas inclusivas e do fortalecimento da rede de atenção à saúde com estratégias específicas para o acolhimento, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das populações migrantes em situação de vulnerabilidade.

Tabela 7 - Número de casos de AIDS/HIV em adultos segundo nacionalidade, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Casos AIDS		
NACIONALIDADE	TOTAL	%
Brasil	3.382	74,53
Cuba	12	0,26
Guiana	11	0,24
Haiti	9	0,20
Venezuela	1.120	24,68
Colômbia	4	0,09
Total	4.538	100,00

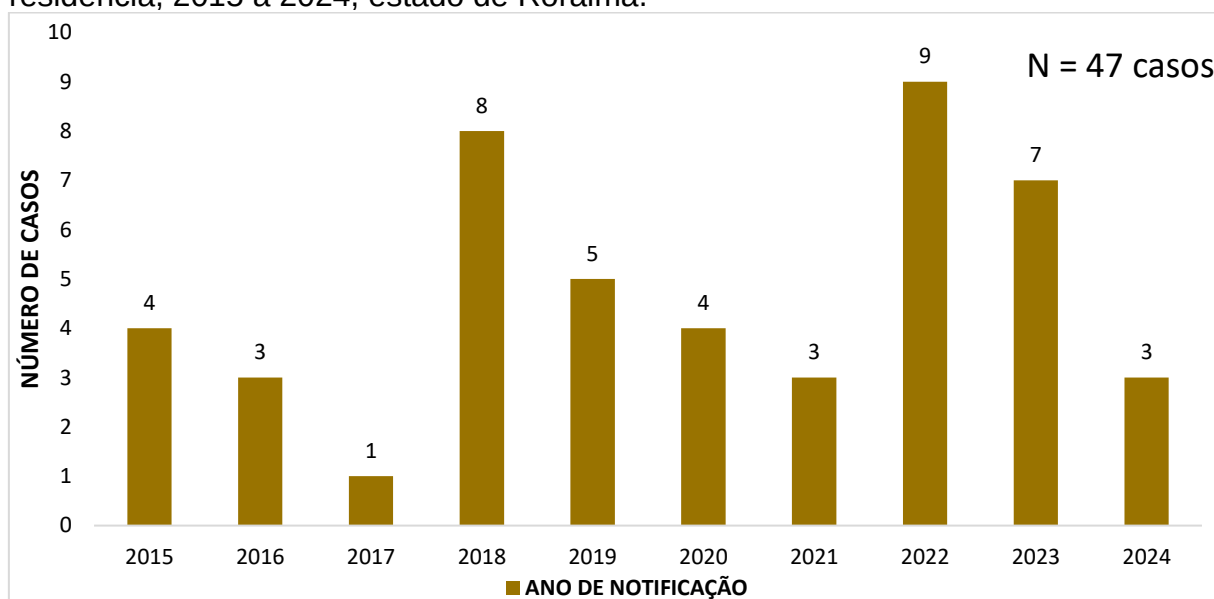
Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

HIV/AIDS em criança

No intervalo de 2015 a 2024, foram notificados 47 casos de AIDS em crianças menores de 13 anos no estado de Roraima. A distribuição anual dos casos demonstra variação ao longo do período, com picos e oscilações entre os anos analisados. O maior número de registros ocorreu em 2022, com 9 casos, seguido por 2018, com 8 casos, e 2023, com 7 casos. Em contrapartida, o menor número foi registrado em 2017, com apenas 1 caso notificado. Os demais anos apresentaram os seguintes quantitativos: 2015 (n=4), 2016 (n=3), 2019 (n=5), 2020 (n=4), 2021 (n=3) e 2024 (3 casos até o momento do encerramento da série).

A média anual de casos no período foi de aproximadamente 4,7 casos por ano. A persistência de notificações anuais, ainda que em número reduzido, indica a manutenção de falhas nos processos de prevenção da transmissão vertical do HIV, especialmente nos contextos de acompanhamento pré-natal, diagnóstico precoce em gestantes e início oportuno da terapia antirretroviral.

Gráfico 7 – Demonstrativo de casos de AIDS/HIV em crianças segundo município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

A presença constante de novos casos infantis ao longo da década analisada demonstra a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, com ênfase em testagem para HIV durante o pré-natal, adesão ao tratamento pelas gestantes soropositivas, profilaxia no parto e acompanhamento adequado das crianças expostas.

Conforme demonstrado na Tabela 8, o município de Boa Vista concentrou a maior parte dos casos, com 28 notificações, o que representa 59,57% do total, com registros de casos em todos os anos do período analisado e, com maior número em 2022 (n=7 casos), seguido de 2018 (n=5 casos), evidenciando uma persistência da transmissão vertical do HIV na capital, que também é o principal polo de atendimento médico-hospitalar do estado.

Os demais municípios apresentaram os seguintes totais: Cantá e Pacaraima com 4 casos (8,51%) cada, Rorainópolis 3 casos (6,38%), Uiramutã, Mucajaí e Caracará com 2 casos (4,26%) cada, Bonfim e Iracema com 1 caso (2,13%) cada. Dos 15 municípios do Estado, somente 6 não apresentam casos confirmados em crianças sendo: Alto Alegre, Amajari, Caroebe, Normandia, São João da Baliza e São Luiz.

A presença de casos infantis em praticamente todas as regiões do estado reforça a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, com

foco na prevenção da transmissão vertical em todos os níveis de atenção, incluindo ações de vigilância ativa, capacitação dos profissionais de saúde, melhoria na testagem e ampliação do acesso à terapia antirretroviral.

Tabela 8 – Casos de AIDS e HIV em crianças residentes em Roraima, segundo ano de notificação e município de residência, no período de 2015 a 2024, estado de Roraima.

MUNICÍPIO DE RESIDENCIA	ANO DE DIAGNÓSTICO										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Boa Vista	3	1	1	5	4	2	2	7	3	0	28
Bonfim	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cantá	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
Caracaraí	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Iracema	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mucajaí	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Pacaraima	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	4
Rorainópolis	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3
Uiramutã	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	4	3	1	8	5	4	3	9	7	3	47

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

A Tabela 9 refere-se aos casos de crianças menores de 13 anos segundo sexo e faixa etária, com predomínio de casos entre os meninos (53,19%) em relação às meninas (46,81%).

A faixa etária com maior concentração de casos foi a de 1 a 4 anos, com 23 registros (48,94%), sendo 12 do sexo masculino e 11 do feminino. Essa concentração indica um período crítico para o diagnóstico e início dos sintomas em crianças infectadas, possivelmente por transmissão vertical não prevenida ou não tratada adequadamente no pré-natal.

Em seguida, observa-se a faixa de 5 a 9 anos, com 11 casos (23,40%), também com distribuição próxima entre os sexos (5 meninos e 6 meninas), sugerindo casos em que o diagnóstico foi retardado ou evoluiu de forma silenciosa após a transmissão no período perinatal.

A faixa de 10 a 13 anos apresentou 7 casos (14,89%), sendo 2 em meninos e 5 em meninas. Embora menos prevalente, esse grupo etário exige atenção quanto à possibilidade de falhas no acompanhamento de crianças expostas ao HIV desde o nascimento ou de casos tardios não diagnosticados precocemente. Esses dados reforçam a necessidade de ações contínuas e efetivas de rastreamento, seguimento

e testagem precoce, bem como do fortalecimento da vigilância epidemiológica e da integração da atenção básica com os serviços especializados.

A faixa de menores de 1 ano concentrou 6 casos (12,77%), todos do sexo masculino, o que aponta para infecções recentes e possíveis falhas nas ações de prevenção da transmissão vertical durante a gestação, parto ou puerpério.

Tabela 9 – Casos de AIDS e HIV em crianças residentes em Roraima, segundo ano de notificação e faixa etária, no período de 2015 a 2024, estado de Roraima.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Menor 1 ano	6	0	6	12,77
1 a 4 anos	12	11	23	48,94
5 a 9 anos	5	6	11	23,40
10 a 13 anos	2	5	7	14,89
Total	25	22	47	100,00
%	53,19	46,81		

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

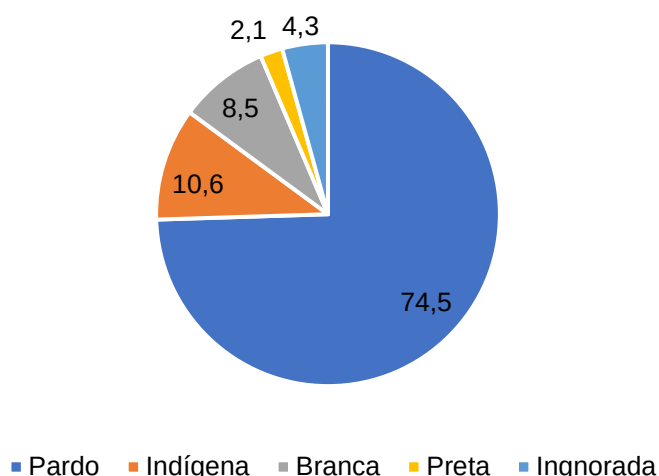
A análise segundo raça/cor revela (Gráfico 8), uma concentração expressiva de casos na população parda. A categoria “parda” correspondeu a 35 casos (74,47%), sendo 18 em meninos e 17 em meninas, o que reflete a composição demográfica predominante da população local e aponta para a maior vulnerabilidade social associada a esse grupo racial. Em relação a autodeclaração brancos totalizaram 4 casos (8,51%), igualmente distribuídos entre os sexos e pretos apenas 1 caso (2,13%), do sexo feminino.

Na população indígena foram notificados com 5 casos (10,64%) em crianças, dos quais 4 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Considerando a significativa presença de comunidades indígenas em Roraima, especialmente em regiões de fronteira e áreas remotas, esses dados evidenciam a necessidade de estratégias específicas de atenção e prevenção para esse grupo, respeitando sua diversidade sociocultural.

A predominância de casos entre crianças pardas e indígenas aponta para a interseção entre raça, desigualdades sociais e risco de infecção por HIV, ressaltando a importância de políticas públicas que considerem as determinantes sociais da saúde, a equidade racial e o acesso universal e qualificado aos serviços de atenção primária, pré-natal e pediatria.

Gráfico 8 – Percentual de casos de AIDS/HIV em crianças segundo raça/cor, 2015 a 2024, estado de Roraima.

N=47



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Na Tabela 10 é possível visualizar os casos de HIV/AIDS entre crianças menores de 13 anos, 28 casos (59,57%) ocorreram em crianças de nacionalidade venezuelana, enquanto 19 casos (40,43%) foram registrados em crianças brasileiras. A razão entre os casos de crianças venezuelanas e brasileiras foi de 1,47, indicando que, para cada 10 crianças brasileiras diagnosticadas com AIDS, houve aproximadamente 15 casos entre crianças venezuelanas.

Essa distribuição evidencia o impacto direto da crise migratória venezuelana sobre o perfil epidemiológico infantil no estado, especialmente em municípios fronteiriços como Pacaraima e Boa Vista, onde se concentram abrigos, assentamentos espontâneos e serviços públicos voltados à população migrante. A predominância de casos entre crianças venezuelanas pode estar relacionada a fatores como o diagnóstico tardio em contextos de vulnerabilidade, o baixo acesso a serviços de saúde no país de origem ou durante o processo migratório e a barreiras linguísticas, culturais.

Esse cenário reforça a urgência de políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde da população migrante, com enfoque na prevenção da transmissão vertical, testagem oportuna em gestantes, acolhimento humanizado e articulação entre serviços da saúde, assistência social e organismos internacionais.

Tabela 10 – Casos de AIDS e HIV em crianças residentes em Roraima, segundo nacionalidade e razão, no período de 2015 a 2024, estado de Roraima.

NACIONALIDADE	TOTAL
Brasil	19
Venezuela	28
Total	47
Razão	1,47

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

HIV+ em gestante

A notificação da infecção pelo HIV em gestante parturiente ou puérpera deve ser realizada a cada evento gestacional, ou seja, toda vez que uma mulher com HIV ficar grávida, a mesma deverá ser notificada. Entre os anos de 2015 a 2024, foram notificadas 787 gestantes HIV+ no estado de Roraima. Conforme a Tabela 11 pode-se observar um aumento crescente no número de casos notificados ano a ano, o que pode estar relacionado ao fortalecimento da oferta de Testagem Rápida e fortalecimento do diagnóstico durante a realização das consultas de pré-natal nas redes de serviços do Estado.

Tabela 11 – Número de casos de HIV em gestante segundo ano de notificação e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	0	0	1	0	1	1	0	2	1	2	8
Amajari	0	0	0	3	1	0	1	2	4	3	14
Boa Vista	36	27	39	43	50	69	72	74	94	79	583
Bonfim	1	0	3	2	2	4	3	2	8	4	29
Cantá	1	0	2	4	6	4	1	5	2	4	29
Caracaraí	0	0	2	0	4	3	7	3	3	2	24
Caroebe	1	3	3	1	0	0	0	0	1	0	9
Iracema	0	0	0	1	0	1	1	0	2	3	8
Mucajá	3	2	3	1	4	2	2	3	5	2	27
Normandia	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	4
Pacaraima	0	0	2	5	0	2	3	2	8	3	25
Rorainópolis	2	1	2	2	2	0	0	2	3	3	17
São João da Baliza	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	6
São Luiz	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Uiramutã	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3
Total	44	34	59	64	73	88	91	96	133	105	787

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 24/06/2024. Dados sujeitos a alterações.

A Taxa de Detecção de HIV em gestantes mede a frequência de gestantes com HIV segundo ano e local de residência, tendo como base o número de nascidos vivos no mesmo local e período. Os dados da Tabela 12 e do Gráfico 9 retratam a Taxa de Detecção em gestante no período analisado e demonstram que foram notificadas 787 gestantes HIV + e uma Taxa de Detecção de 9,66 por 1.000/nascidos vivos no ano de 2024 e, esta taxa foi crescente ano a ano e, 192,72% maior que a do Brasil que é de 3,3 gestante por 1.000/nascidos vivos no ano de 2023. Essa análise identifica possíveis falhas na linha de cuidado da gestante infectada pelo HIV e da criança exposta ao HIV materno ou a presença de algum fator de vulnerabilidade individual, social ou programática que afete o binômio mãe-filho que levaram à ocorrência do HIV ou da AIDS.

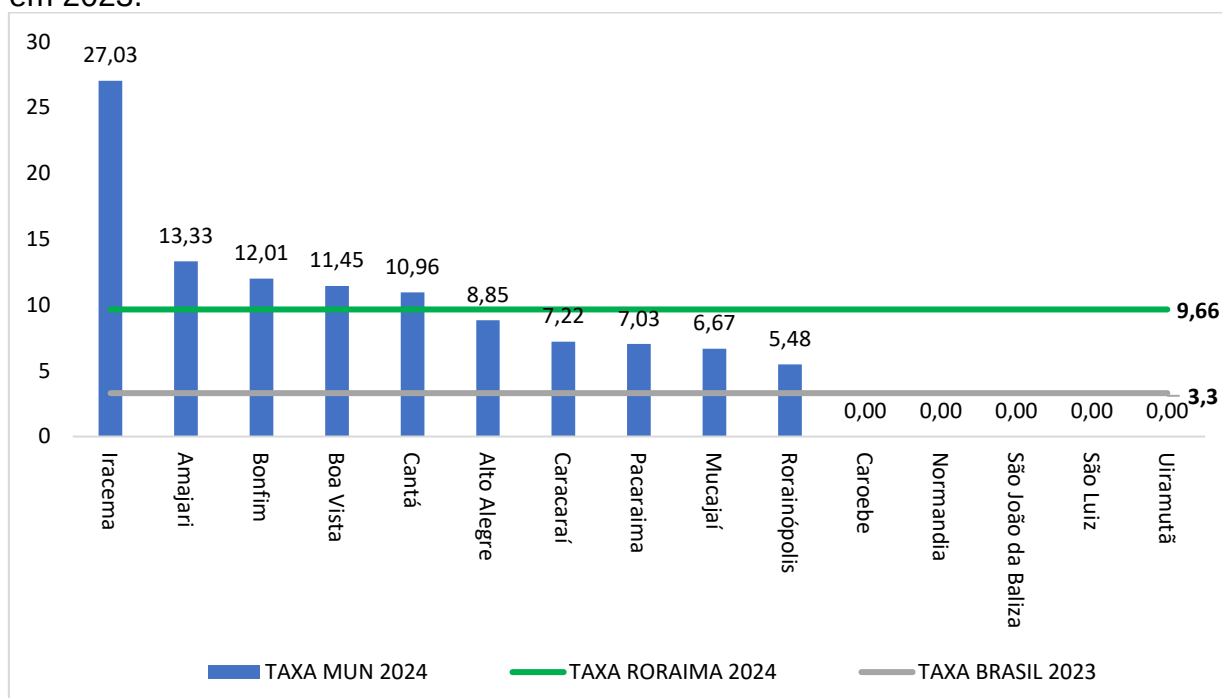
É necessário a adequação de ações no processo do cuidado, seguindo o protocolo da assistência, com o intuito de evitar novos casos de HIV e AIDS, visando a eliminação da transmissão vertical do HIV.

Tabela 12 – Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de casos de HIV em gestante segundo ano de notificação e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alto Alegre	0,00	0,00	4,83	0,00	3,77	3,65	0,00	7,46	3,77	8,85
Amajari	0,00	0,00	0,00	12,71	4,44	0,00	4,02	8,40	17,02	13,33
Boa Vista	5,37	4,01	5,53	5,27	5,59	8,43	8,89	9,45	12,10	11,45
Bonfim	3,15	0,00	8,93	6,21	5,04	9,30	7,54	4,96	22,47	12,01
Cantá	3,08	0,00	5,90	12,16	15,83	10,96	2,49	12,99	5,70	10,96
Caracaraí	0,00	0,00	5,52	0,00	10,18	8,29	18,67	10,38	9,71	7,22
Caroebe	7,25	20,83	16,57	5,59	0,00	0,00	0,00	0,00	4,74	0,00
Iracema	0,00	0,00	0,00	9,71	0,00	8,26	8,77	0,00	16,39	27,03
Mucajá	9,35	6,78	10,27	3,38	11,53	6,39	5,57	10,03	14,79	6,67
Normandia	0,00	2,90	0,00	0,00	0,00	3,97	2,43	0,00	0,00	0,00
Pacaraima	0,00	0,00	5,83	12,92	0,00	4,16	5,26	3,80	16,10	7,03
Rorainópolis	3,77	1,85	3,55	3,18	3,48	0,00	0,00	3,51	5,64	5,48
São João da Baliza	0,00	0,00	0,00	16,81	15,27	0,00	0,00	0,00	15,75	0,00
São Luiz	0,00	0,00	0,00	0,00	9,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Uiramutã	0,00	0,00	7,91	0,00	0,00	0,00	0,00	3,19	0,00	0,00
Total	4,17	3,30	5,45	5,27	5,45	7,00	7,15	7,98	11,09	9,66

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 9 –Taxa de Detecção por município de residência, Roraima em 2024 e Brasil em 2023.

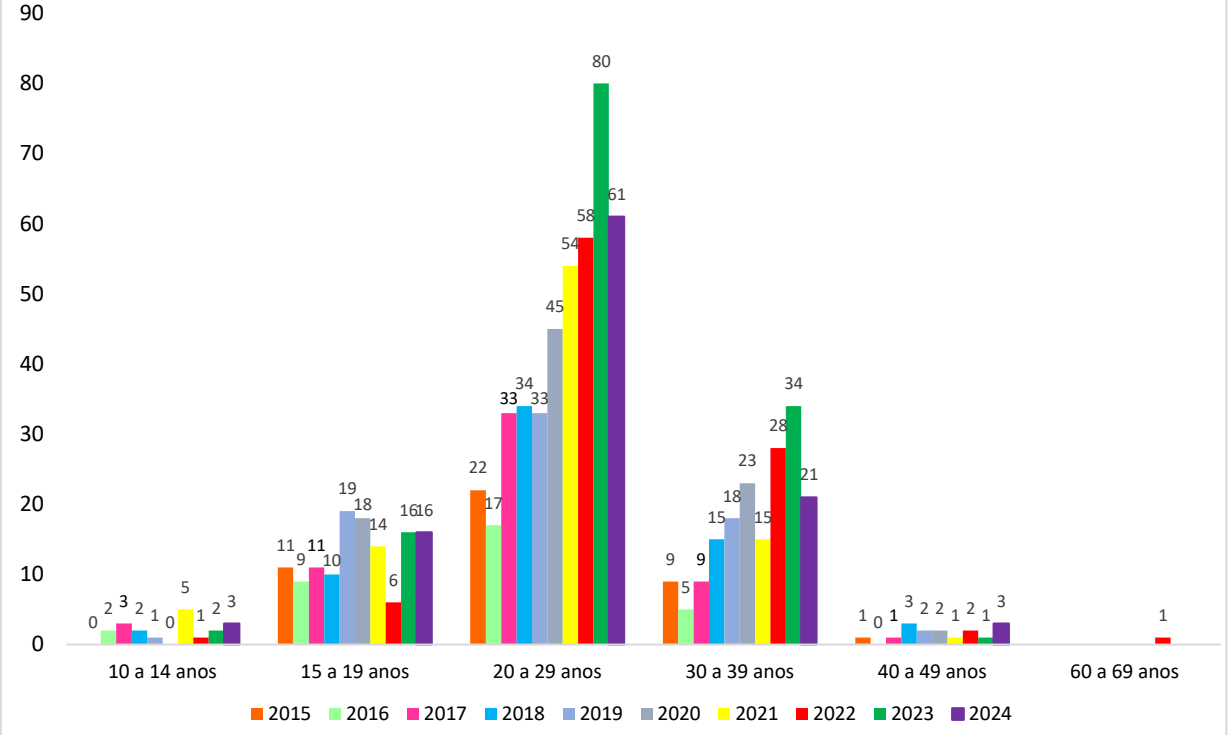


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Em relação a faixa etária da gestante HIV+, 55,53% (n=437) tem entre 20 a 29 anos, 22,49% (n=177) entre 30 a 39 anos e 16,52% (n=130) entre 15 a 29 anos, demonstrados no Gráfico 10 e Tabela 15. Essas faixas etárias apresentam casos em todos os últimos 10 anos. No período também foram identificadas inconsistências de notificação que já estão sendo corrigidas pela equipe de vigilância epidemiológica.

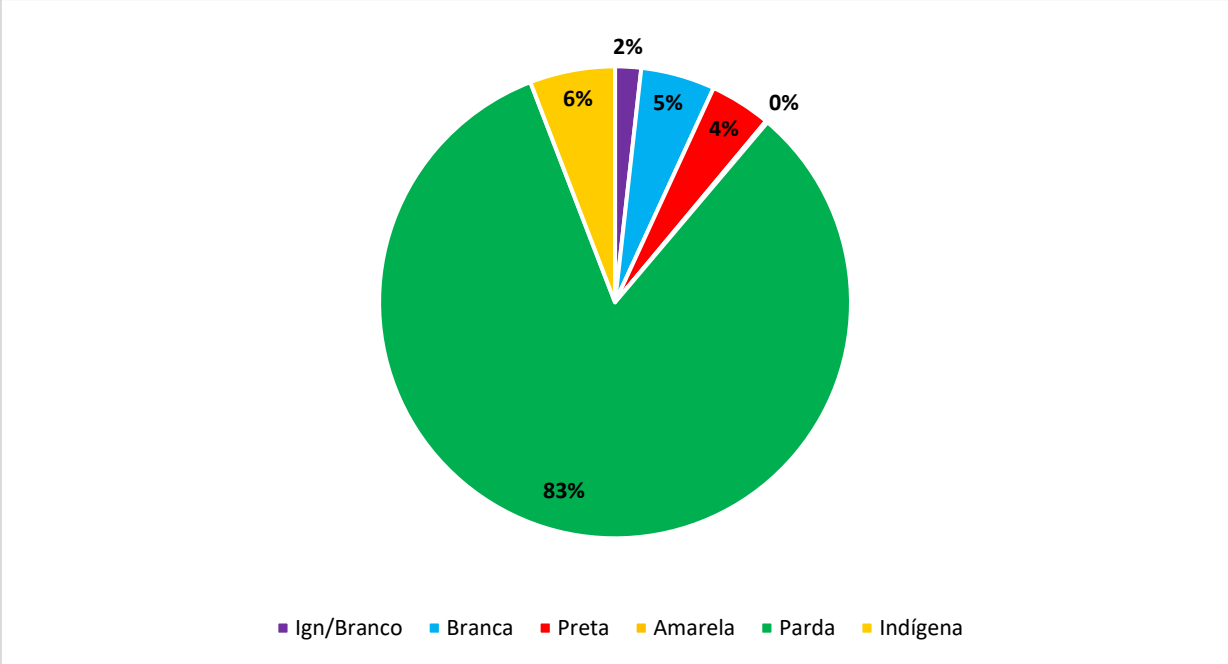
É evidente que as gestantes HIV positivos se encontram em plena vida reprodutiva e, decorre também uma maior probabilidade de aumento do número de crianças infectadas a partir da transmissão vertical, podendo ocorrer durante a gestação, no parto ou através da amamentação, sendo a transmissão vertical a principal via de disseminação da infecção entre a população infantil.

Gráfico 10 – Demonstrativo de casos acumulados de HIV em gestante segundo faixa etária, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 11 – Demonstrativo de casos acumulados de HIV em gestante segundo raça/cor, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 13 – Número de casos de HIV em gestante segundo ano de notificação, faixa etária e raça, 2015 a 2024, estado de Roraima*.

Variáveis	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Faixa etária											
10 a 14 anos	0	2	3	2	1	0	5	1	2	3	19
15 a 19 anos	11	9	11	10	19	18	14	6	16	16	130
20 a 29 anos	22	17	33	34	33	45	54	58	80	61	437
30 a 39 anos	9	5	9	15	18	23	15	28	34	21	177
40 a 49 anos	1	0	1	3	2	2	1	2	1	3	16
50 a 59 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 a 69 anos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Raça											
Ign/Branco	2	0	0	1	0	8	0	2	1	0	14
Branca	3	2	3	4	5	5	8	6	2	2	40
Preta	6	3	2	4	2	5	1	3	3	4	33
Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Parda	33	28	48	54	64	69	76	75	116	90	653
Indígena	0	1	6	1	2	1	6	10	10	9	46

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

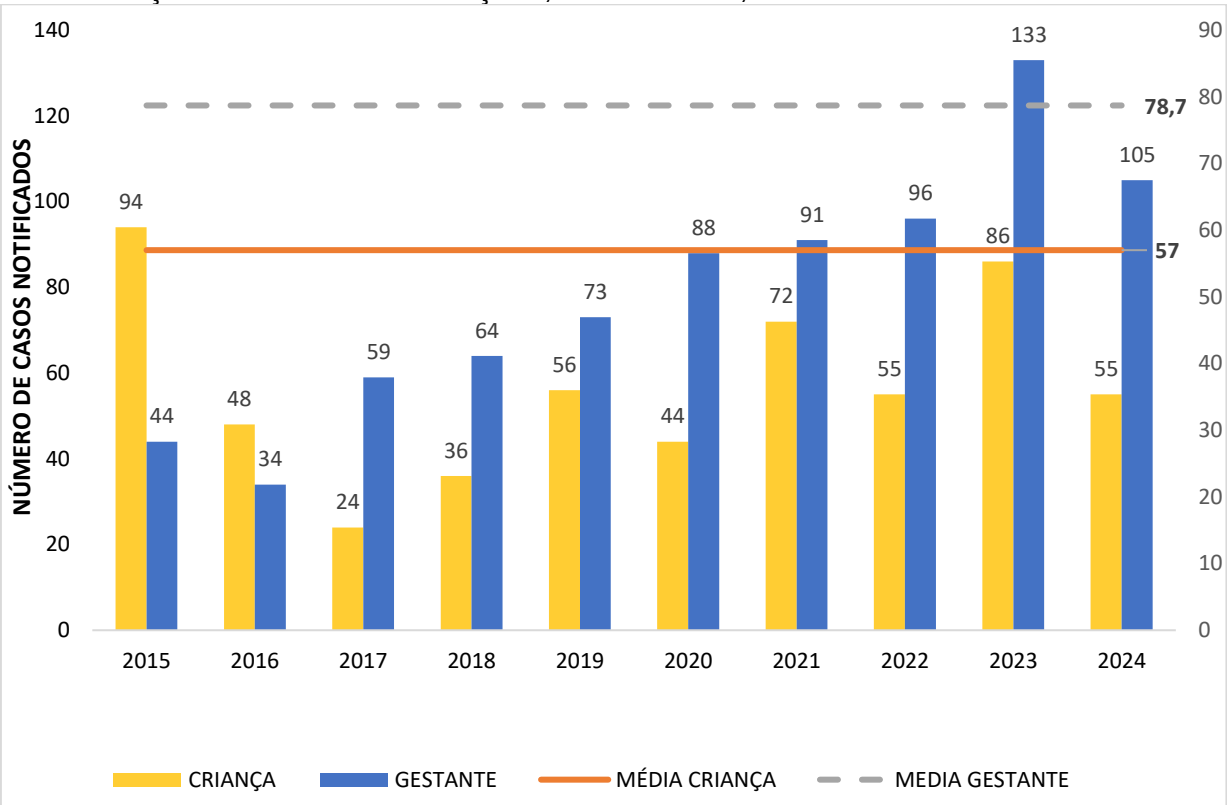
*Nota: Foram detectados seis casos de HIV em gestantes em menores de 10 anos no período de 2015 a 2024. Trata-se de uma inconsistência na notificação/digitação e a área técnica estadual está realizando uma auditoria do banco de dados para correção desses dados.

Outra informação que consta na Tabela 13 e no Gráfico 11 é que 92,10% dos casos são em gestante declaradas com pardas. Entre as gestantes brancas e indígenas ambas apresentam 5,64% e 6,49%, respectivamente, dos casos notificados e as gestantes pretas 4,65%.

Criança exposta ao HIV

De 2015 a 2024 foram notificados 787 casos de gestante HIV+ e 570 crianças expostas ao HIV no estado de Roraima, ou seja, uma diferença de 217 casos de crianças nascidas de mães soropositivas a mais e uma diferença de 27,57% provavelmente devido a subnotificação de casos.

Gráfico 12 – Número de casos de HIV em gestante e crianças exposta segundo ano de notificação e média de notificações, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

O número de casos notificados para criança exposta ao HIV nos anos de 2015 a 2024 totalizaram 570 casos. Pode-se observar que nos últimos anos houve um aumento crescente no número de casos notificados a partir de 2017, coincidindo com o colapso da migração venezuelana e apresentando uma média de 57 casos.

No ano de 2015 apresentou um pico de 94 casos notificados, o que pode estar relacionado a intensificação das ações da Rede Cegonha dentro da maternidade (Gráfico 12).

Na Tabela 14 podemos observar que o município de Boa Vista se destacou como o maior município a notificar casos de criança exposta ao HIV com 428 casos, o que representa mais da metade dos casos com 75,08%. Após vem o município de Rorainópolis com 23 casos (4%) e de Pacaraima com 22 casos (3,85%).

Sífilis Adquirida

No estado de Roraima entre os anos de 2015 a 2024 foram notificados 5.486 casos de Sífilis Adquirida. A Tabela 15 demonstra os números absolutos de casos de Sífilis Adquirida segundo ano de notificação e município de residência. O município que apresentou o maior número de casos no período analisado foi Boa Vista com 4.227 casos e com um aumento crescente ao longo dos anos, o que pode estar relacionado a implementação e fortalecimento do teste rápido para Sífilis e a realização de exames complementares para o diagnóstico da doença, além de que nos anos de 2020 e 2021 ocorreu uma diminuição no número de casos que pode estar relacionado ao início da pandemia de Covid-19, o que gerou uma concentração de atendimentos ao agravado, reduzindo os serviços ofertados relacionados as IST. Percebe-se também que os municípios de Alto Alegre, Amajari, Normandia e Uiramutã seguiram com uma média de casos durante o período analisado. São João da Baliza apresentou uma diminuição nos casos notificados nos últimos 5 anos.

Tabela 14 – Número de casos de Criança exposta ao HIV segundo ano de notificação e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	6
Amajari	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	5
Boa Vista	68	36	20	27	41	33	58	42	62	41	428
Bonfim	1	0	0	1	1	1	1	1	5	3	14
Cantá	5	0	1	0	3	3	2	2	2	2	20
Caracaraí	0	0	0	0	3	1	4	3	2	2	15
Caroebe	1	2	0	3	0	0	0	0	1	0	7
Iracema	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
Mucajaí	1	5	1	0	1	1	2	2	2	1	16
Normandia	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Pacaraima	3	0	0	4	1	2	3	2	6	1	22
Rorainópolis	10	3	2	1	1	1	0	2	2	1	23
São João da Baliza	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	4
São Luiz	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Uiramutã	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	94	48	24	36	56	44	72	55	86	55	570

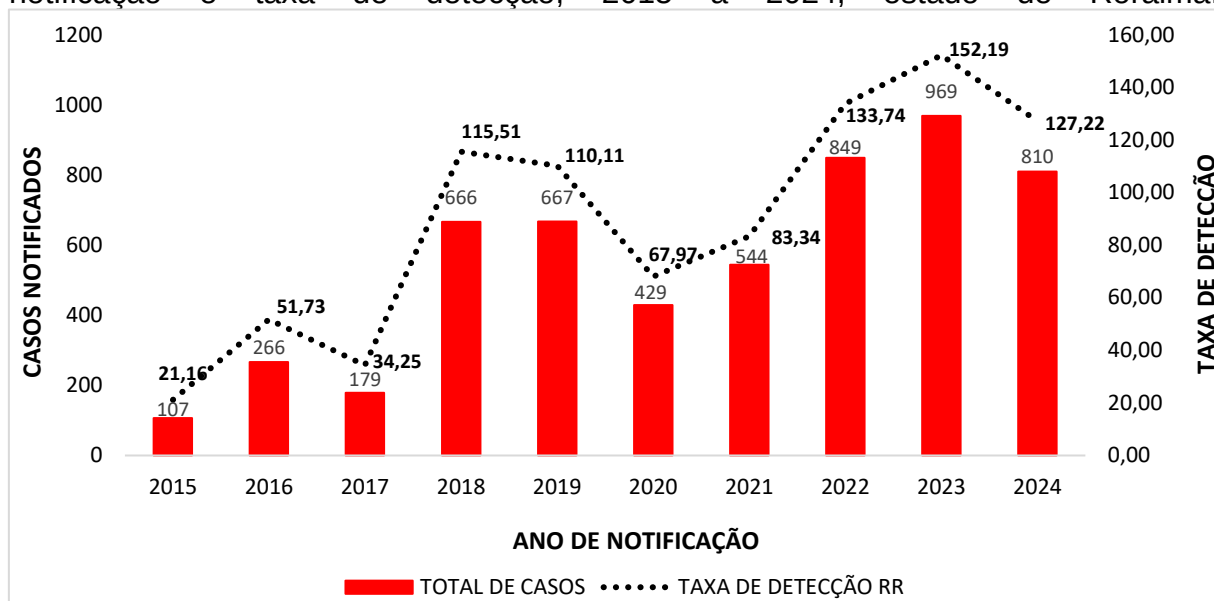
Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2024. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 15 – Número de casos de Sífilis Adquirida segundo ano de notificação e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	2	2	0	1	5	5	6	9	6	6	42
Amajari	1	6	0	7	3	3	4	1	7	5	37
Boa Vista	84	236	135	561	551	307	401	641	717	594	4.227
Bonfim	1	0	6	8	1	11	12	10	6	7	62
Cantá	2	1	4	9	8	2	8	15	11	22	82
Caracaraí	3	1	5	22	16	14	5	17	41	13	137
Caroebe	1	1	4	3	0	5	3	4	20	12	53
Iracema	0	3	2	11	8	1	5	15	14	14	73
Mucajaí	0	1	6	2	8	7	32	34	37	31	158
Normandia	2	2	0	1	6	2	8	4	3	5	33
Pacaraima	2	3	4	11	10	14	21	44	56	53	218
Rorainópolis	8	6	10	14	27	24	17	30	24	23	183
São João da Baliza	0	1	0	1	10	25	13	7	14	9	80
São Luiz	0	2	3	7	8	5	4	12	13	12	66
Uiramutã	1	1	0	8	6	4	5	6	0	4	35
Total	107	266	179	666	667	429	544	849	969	810	5.486

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 13 – Demonstrativo de casos acumulados de Sífilis Adquirida segundo ano de notificação e taxa de detecção, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

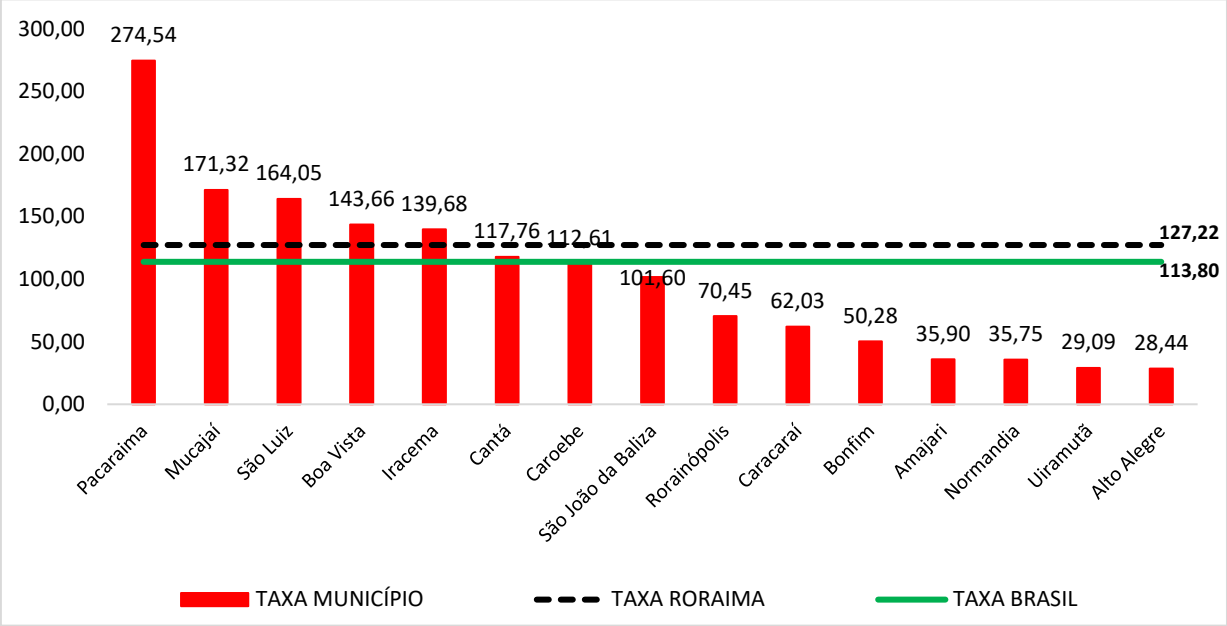
A Taxa de Detecção da Sífilis Adquirida em Roraima, no ano de 2024 foi de 127,22 casos por 100mil/habitantes (Gráfico 13). Nos anos de 2018 e 2019 houve um aumento no número de casos, entretanto no ano de 2019 no Brasil ocorreu um desabastecimento de Penicilina Benzatina causando um prejuízo substancial na vigilância epidemiológica do agravo. A partir de 2021, quando o tratamento começou a ser normalizado, o número de casos notificados aumentou novamente, observando-se um aumento de 56,07% do número de casos entre os anos de 2021 para o ano de 2022. No período mais crítico da migração, no ano de 2017, o aumento foi de 272,07% do número de casos, sendo de 179 casos em 2017 para 666 casos em 2018. No período analisado o aumento foi de 657%, tendo 107 casos notificados em 2015 e chegando a 810 casos em 2024.

Em relação a Taxa de Detecção por 100mil/habitantes, verifica-se também uma elevação nos últimos 4 anos, tendo uma taxa de 67,97 para 100 mil habitantes em 2020 e 127,22 casos por 100 mil habitantes em 2024 (Gráfico 13).

No Gráfico 14, o município de Pacaraima demonstra a maior taxa de detecção (274,54/100 mil hab) sendo mais que o dobro da taxa do Estado (127,22/100mil hab.) e do Brasil (113,80/100 mil hab.). O município de Boa Vista é o que apresenta o maior número de casos em dados absolutos, porém é o quarto município com maior Taxa de Detecção (143,66/100 mil hab). Dos 15 municípios do estado, 5 apresentam taxa

de detecção superior à do Estado sendo estes: Pacaraima, Mucajaí, São Luiz, Boa Vista e Iracema e, além desses Cantá apresenta uma Taxa de Detecção superior à do Brasil.

Gráfico 14 – Demonstrativo de Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida por município no ano de 2024, Taxa de Roraima no ano de 2024 e Taxa do Brasil no ano de 2023.

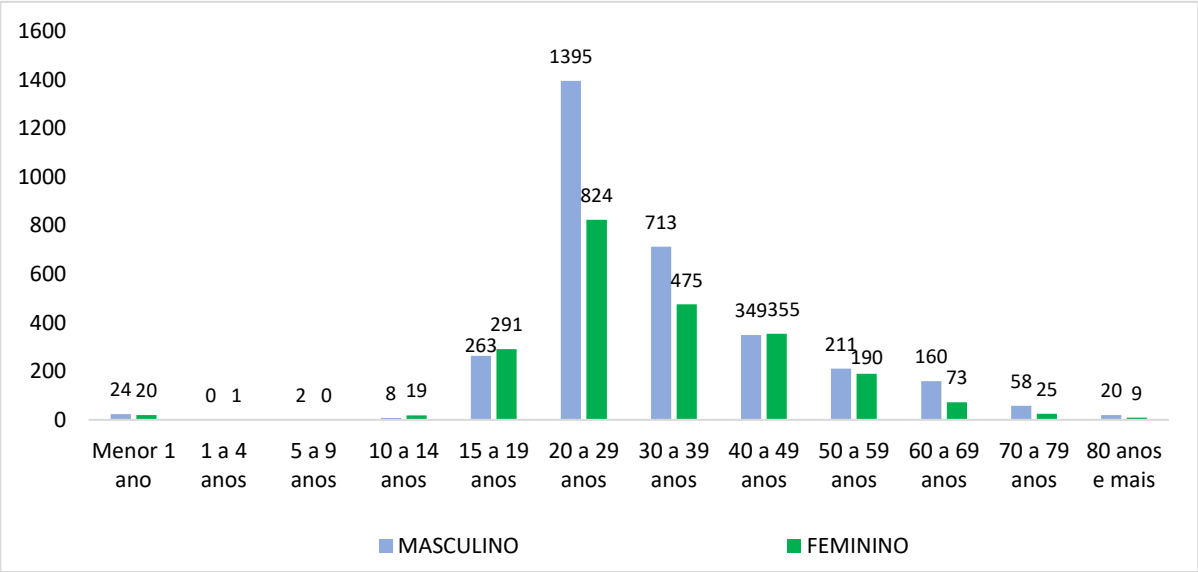


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Houve um aumento crescente na Taxa de Detecção da Sífilis Adquirida em toda a série histórica, com exceção do período da pandemia de Covid-19 decorrente da redução da capacidade diagnóstica (Gráfico 15 e Tabela 15). Na série histórica, a maior parte dos casos notificados se concentrou no sexo masculino com 58,38% (n=3.203) e na faixa etária de 20 a 29 anos 40,44% (n=2.219) e 30 a 39 anos com 21,65% (n=1.188). Ressalta-se que, entre os adolescentes (na faixa etária de 13 a 19 anos), os casos de Sífilis Adquirida aumentaram 615,38% quando comparados os casos nos anos de 2015 e 2024 (Tabela 16).

Em relação a razão de sexos masculino/feminino (M/F) em 2015 foi de 1,1, ou seja, 10 homens para cada 10 mulheres, crescendo para 1,4 em 2024 – 14 homens para cada 10 mulheres.

Gráfico 15 – Acumulado de casos de Sífilis Adquirida segundo sexo e faixa etária, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 16 – Número de casos de Sífilis Adquirida segundo ano de notificação, faixa etária sexo e raça, 2015 a 2024, estado de Roraima.

FAIXA ETÁRIA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Menor 1 ano	0	2	0	1	1	7	9	7	13	4	44
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
5 a 9 anos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
10 a 14 anos	0	0	0	3	0	0	2	2	11	9	27
15 a 19 anos	13	41	24	66	77	44	39	73	94	84	555
20 a 29 anos	38	112	68	284	288	159	242	352	363	313	2.219
30 a 39 anos	18	45	37	139	147	103	107	196	215	181	1.188
40 a 49 anos	16	37	25	82	70	57	65	105	141	106	704
50 a 59 anos	16	13	14	55	42	31	45	68	68	49	401
60 a 69 anos	5	11	8	25	30	20	21	33	38	42	233
70 a 79 anos	1	4	3	8	10	5	7	12	19	14	83
80 anos e mais	0	0	0	3	2	3	7	1	6	7	29

SEXO

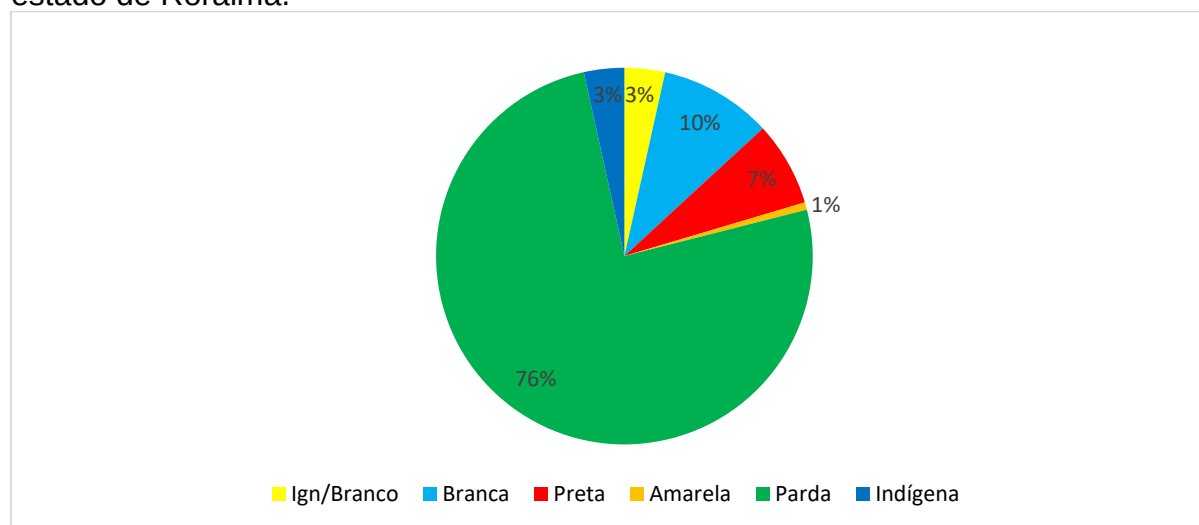
Masculino	56	134	102	386	428	255	348	480	539	475	3.203
Feminino	51	132	77	280	239	173	196	369	430	335	2.282
Ignorado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1

RAÇA

Ign/Branco	10	16	11	25	7	29	29	35	22	7	191
Branca	9	20	14	76	45	40	41	96	107	82	530
Preta	12	14	5	40	39	20	35	82	89	62	398
Amarela	1	1	0	2	1	1	4	10	7	8	35
Parda	70	201	143	508	561	322	410	590	719	618	4.142
Indígena	5	14	6	15	14	17	25	36	25	33	190

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 16 – Acumulado de casos de sífilis adquirida segundo raça/cor, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Em todos os dados observa-se uma melhora no preenchimento da informação raça/cor autodeclarada, sendo que em 2015, 5,23% (n=10) tinham essa informação ignorada, percentual que diminuiu ao longo do período para 3,66% (n=7) em 2024, com pico de preenchimento deste campo entre os anos de 2020 e 2023. Quando comparado os anos de 2015 e 2024, o aumento percentual de casos de Sífilis segundo raça/cor foi de 811,1% em brancos e 416,6% em pretos. As notificações em indígenas apresentaram um aumento de 560% se comparando o ano de 2015 e 2024. No ano de 2024 a maior parte das pessoas notificadas era parda com 76,29% (n=618), seguidas de brancas com 10,12% (n=82) e preta com 7,65% (n=62) (Gráfica 16 e Tabela 16).

Tabela 17 – Número de casos de Sífilis Adquirida segundo ano de notificação e nacionalidade, 2015 a 2024, estado de Roraima.

NACIONALIDADE	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Brasil	3	2	35	166	204	313	550	467	458	2.198
Colômbia	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
Cuba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Guiana	0	0	0	1	0	0	1	2	1	5
Haiti	0	0	1	0	0	1	0	2	0	4
Portugal	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Venezuela	1	2	57	106	33	74	76	131	147	627
Total	4	4	94	274	237	388	628	602	609	2.840

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Mesmo com o fortalecimento, nos últimos anos, do campo designado para o preenchimento da nacionalidade, estabelecido pela gestão estadual, ainda se observa que muitos casos não constam esta informação. Entretanto, dos casos contidos com a informação nacionalidade, 77,39% (n=2.198) são brasileiros e 22,07% (n=627) venezuelanos. Ainda, usuários da nacionalidade guianense e haitiana apresentaram 5 e 4 casos, respectivamente. Colômbia apresentou 3 casos, Cuba 2 casos e Portugal apresentou um caso no período analisado (Tabela 17). Ressalta-se a importância de fortalecer cada vez mais o preenchimento desta informação na ficha de notificação visto o crescente aumento migratório no Estado e para que se tenha um fortalecimento das políticas públicas para a população na atenção à saúde.

O controle da Sífilis Adquirida na comunidade é uma importante estratégia para

eliminação da sífilis congênita e, esforços devem concentrados no diagnóstico, tratamento e cura dos casos de sífilis adquirida, especialmente na população em idade reprodutiva, para quebrar a cadeia de transmissão da doença.

Sífilis em gestante

No período analisado, foram notificados 3.094 casos de Sífilis em gestante, demonstrando um aumento progressivo dos casos notificados ao longo dos anos, alertando para a necessidade de consolidar as práticas de enfrentamento às sífilis em todas as instâncias e níveis de atenção com o objetivo de capacitar e organizar os serviços para o melhor atendimento à gestante com sífilis e, em consequência, diminuir os casos de sífilis congênita em nosso Estado.

A infecção fetal por sífilis é mais provável nos estágios primário e secundário da doença na mãe e depende do tempo de exposição do feto. Para controlar a sífilis congênita, é essencial assegurar uma assistência pré-natal adequada, começando com a captação precoce da gestante e sua vinculação aos serviços de saúde. Devem ser realizados exames para sífilis no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta, segundo e no terceiro trimestre, por volta da 28ª semana de gestação. É fundamental oferecer tratamento oportuno e adequado tanto para a gestante quanto para suas parcerias sexuais. Além disso, é importante monitorar o tratamento, buscar ativamente gestantes que não compareceram às consultas, e registrar os resultados das sorologias e o tratamento na caderneta da gestante.

Estimular a participação da parceria sexual durante todo o processo de pré-natal é crucial para o bem-estar da mãe, do bebê e da parceria. Orientar e tratar a parceria sexual sobre a prevenção de futuras infecções sexualmente transmissíveis é fundamental para evitar a reinfecção em gestantes que já foram tratadas adequadamente.

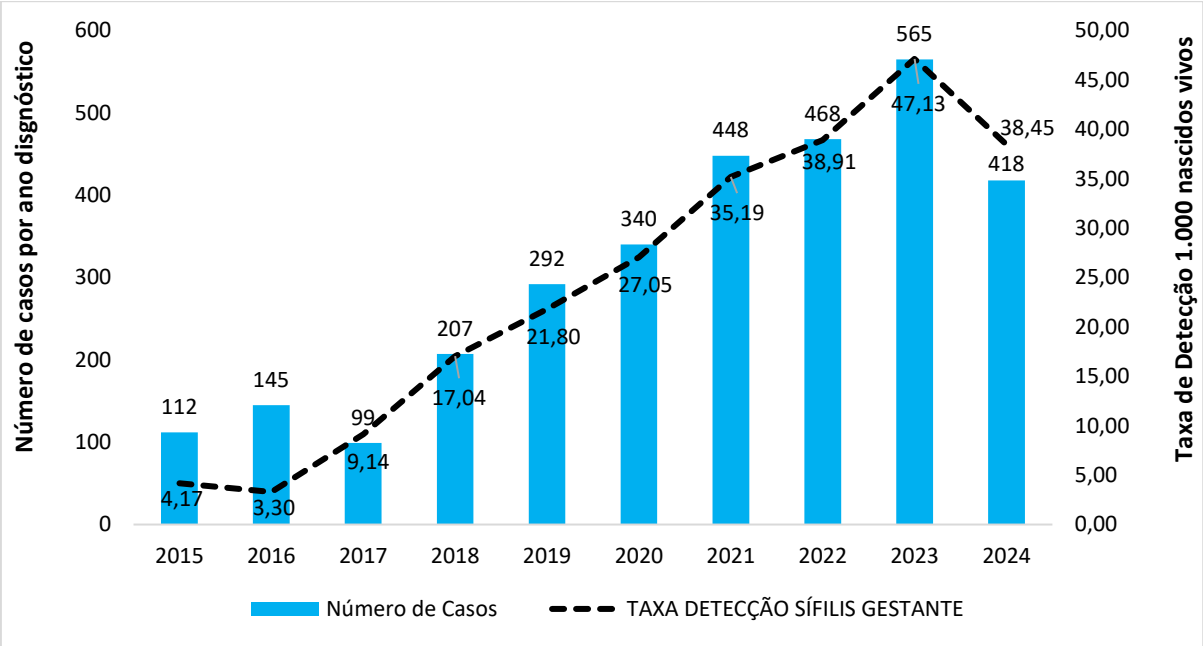
A Tabela 18 demonstra o número de casos de Sífilis em gestantes nos municípios, destacando o município de Boa Vista que apresentou o maior número de casos no período analisado com 2.245 casos (72,55%), seguido de Pacaraima com 164 casos (5,30%), Rorainópolis com 142 casos (4,58%) e Caracaraí com 132 casos (4,26%).

Tabela 18 – Número de casos de Sífilis em gestante segundo ano de diagnóstico e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	% Total
Alto Alegre	1	1	3	3	10	6	9	2	4	2	41	1,32
Amajari	0	0	1	5	4	1	3	2	3	3	22	0,70
Boa Vista	97	109	69	159	197	223	322	341	409	319	2.245	72,55
Bonfim	0	2	4	3	1	6	5	6	4	6	37	1,19
Cantá	2	4	1	7	10	7	12	14	9	8	74	2,39
Caracaraí	6	10	3	5	18	27	20	13	26	4	132	4,26
Caroebe	2	6	1	2	0	7	3	5	3	6	35	1,30
Iracema	0	0	1	2	1	3	3	4	2	4	20	0,64
Mucajaí	3	4	4	4	9	12	16	14	8	22	96	3,02
Normandia	0	2	0	3	2	5	8	2	4	2	28	0,90
Pacaraima	1	1	4	3	7	15	22	29	56	26	164	5,30
Rorainópolis	0	6	6	10	23	17	21	21	30	8	142	4,58
São João da Baliza	0	0	0	0	2	2	1	5	2	4	16	0,50
São Luiz	0	0	1	0	4	6	0	8	2	3	24	0,77
Uiramutã	0	0	1	1	4	3	3	2	3	1	18	0,58
Total	112	145	99	207	292	340	448	468	565	418	3.094	100

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 18 – Demonstrativo do total de casos de Sífilis em gestante por ano de diagnóstico e Taxa de Detecção por 1.000 nascidos vivos, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 19 – Taxa de detecção de Sífilis em gestante segundo ano de diagnóstico e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

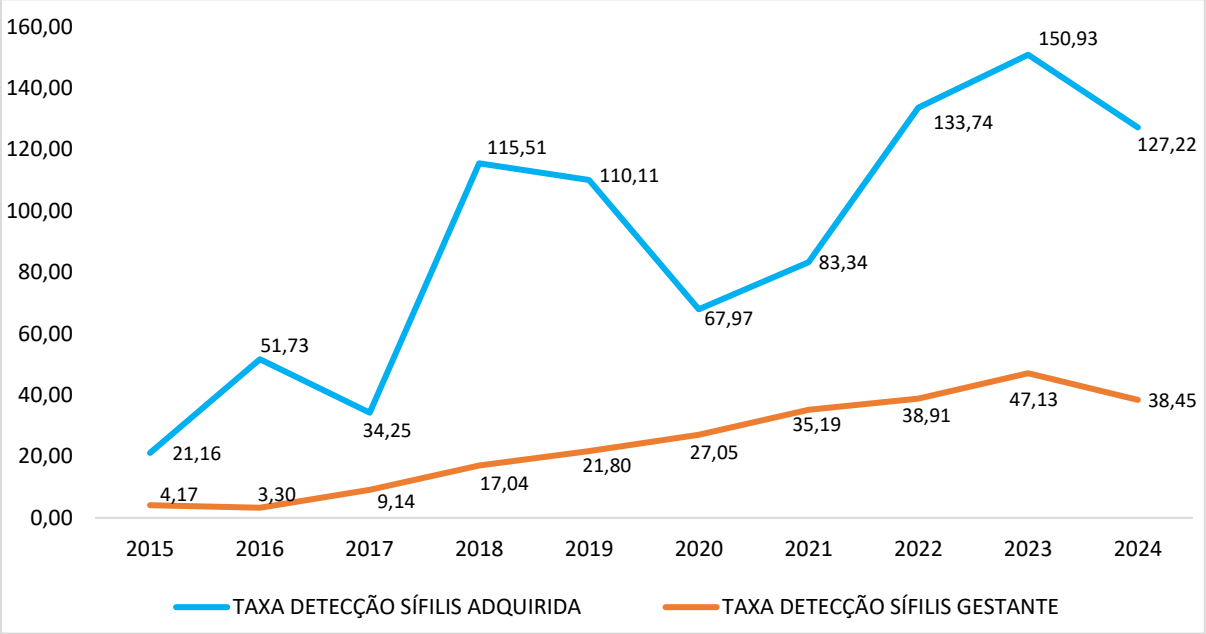
Mun Resid RR	TX 2015	TX 2016	TX 2017	TX 2018	TX 2019	TX 2020	TX 2021	TX 2022	TX 2023	TX 2024
Alto Alegre	5,26	4,46	14,49	13,51	37,74	21,90	33,21	7,46	15,09	8,85
Amajari	0,00	0,00	5,41	21,19	17,78	4,65	12,05	8,40	12,77	13,33
Boa Vista	14,46	16,18	9,79	19,48	22,03	27,25	39,76	43,53	52,65	46,25
Bonfim	0,00	6,37	11,90	9,32	2,52	13,95	12,56	14,89	11,24	18,02
Cantá	6,15	12,86	2,95	21,28	26,39	19,18	29,85	36,36	25,64	21,92
Caracaraí	16,71	30,49	8,29	14,45	45,80	74,59	53,33	44,98	84,14	14,44
Caroebe	14,49	41,67	5,52	11,17	0,00	38,67	14,42	27,78	14,22	34,48
Iracema	0,00	0,00	8,00	19,42	6,90	24,79	26,32	33,61	16,39	36,04
Mucajá	9,35	13,56	13,70	13,51	25,94	38,34	44,57	46,82	23,67	73,33
Normandia	0,00	5,80	0,00	8,00	4,77	9,92	19,46	5,51	9,50	5,25
Pacaraima	3,29	3,17	11,66	7,75	14,08	31,19	38,60	55,13	112,68	60,89
Rorainópolis	0,00	11,07	10,66	15,92	40,07	28,43	37,43	36,84	56,39	14,63
São João da Baliza	0,00	0,00	0,00	0,00	15,27	15,75	7,09	43,48	15,75	28,99
São Luiz	0,00	0,00	9,43	0,00	37,38	58,82	0,00	64,00	22,99	31,91
Uiramutã	0,00	0,00	3,95	2,84	10,72	9,58	6,32	6,39	8,17	2,66
TOTAL	4,17	3,30	9,14	17,04	21,80	27,05	35,19	38,91	47,13	38,45

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

As Taxas de Detecção de gestante com Sífilis têm mantido crescimento constante principalmente entre os anos de 2017 a 2023. Em 2024 a taxa foi de 38,45 por 1.000/nascidos vivos (Tabela 19).

Conforme Gráfico 19, as Taxas de Detecção da Sífilis Adquirida por 100.000/habitantes e a Taxa de Detecção de Sífilis em gestantes por 1.000/nascidos vivos apresentam um aumento no período analisado. As Taxas de Sífilis em gestante apresentam um crescimento constante durante todo período com apenas um declínio no ano de 2024. Já a Sífilis Adquirida, mesmo em crescente, apresenta três períodos de redução, sendo um no período que ocorreu um desabastecimento do tratamento principal no ano de 2017 e outro no período de início da pandemia de Covid-19 no ano de 2020, além do ano de 2024 que demonstrou um menor número de casos se comparado com o ano de 2023.

Gráfico 19 – Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida por 100.000 e Taxa de Detecção em Sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

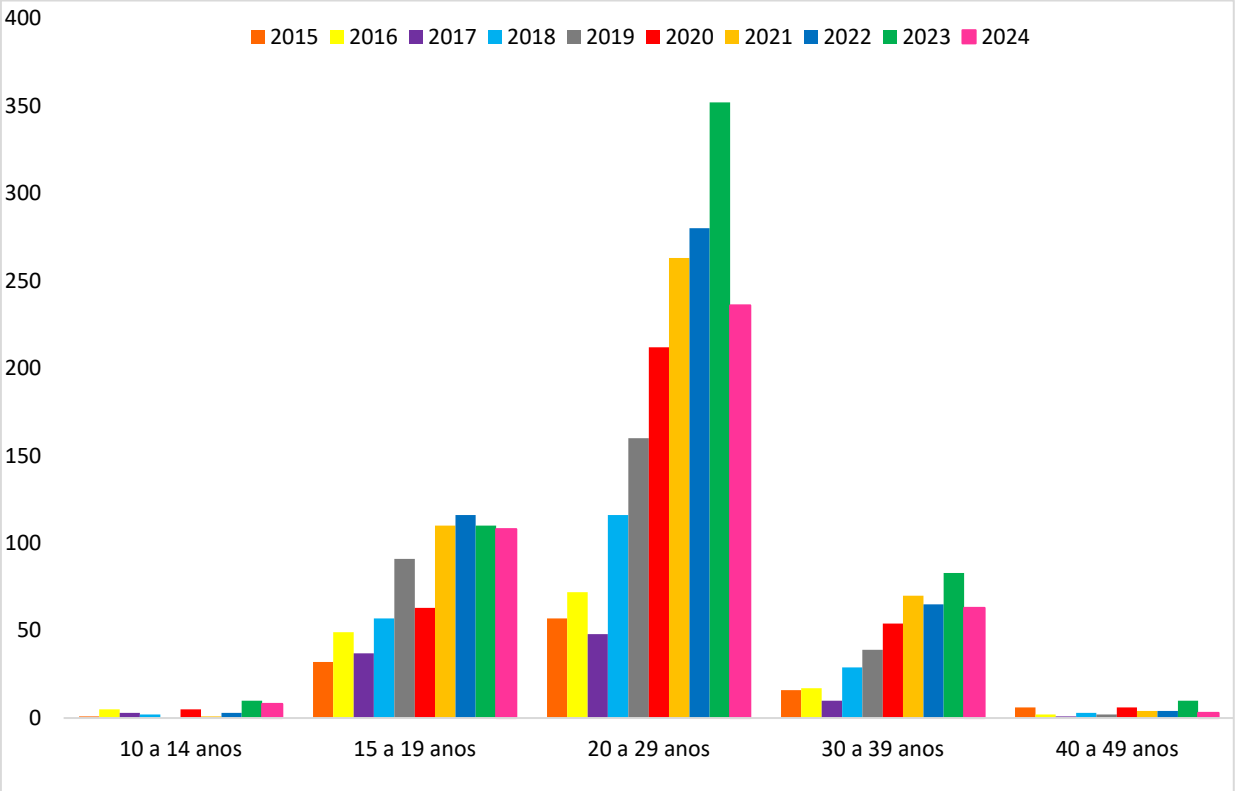
Em todos os anos a maior parte dos casos notificados encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos com 58,04% (n=1.796) e a segunda faixa etária com maior número de casos foi de 15 a 19 anos com 773 casos (24,98%), mas deve-se atentar para a faixa etária de 10 a 14 anos na qual foram diagnosticados 38 casos (1,22%), que mesmo apresentando um número pequeno, chama a atenção por se tratar de uma faixa etária com início precoce da vida sexual e gravidez na adolescência além da exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis, buscando implementar cada vez mais as Políticas Públicas destinadas a população na adolescência (Tabela 20 e Gráfico 20).

Tabela 20 – Número de casos de Sífilis em gestante segundo ano de diagnóstico e faixa etária, 2015 a 2024, estado de Roraima.

FAIXA ETÁRIA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
10-14 anos	1	5	3	2	0	5	1	3	10	8	38
15-19 anos	32	49	37	57	91	63	110	116	110	108	773
20-29 anos	57	72	48	116	160	212	263	280	352	236	1.796
30-39 anos	16	17	10	29	39	54	70	65	83	63	446
40-49 anos	6	2	1	3	2	6	4	4	10	3	41

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 20 – Número de casos de Sífilis em gestante por faixa etária e ano de diagnóstico, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

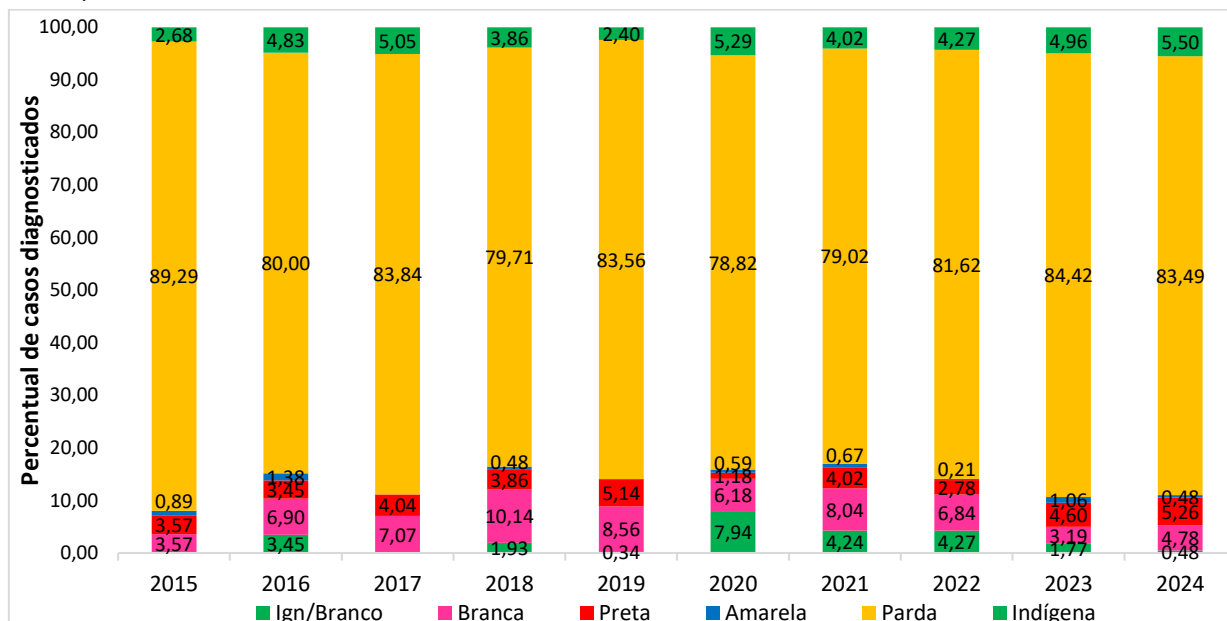
Tabela 21 – Número de casos de Sífilis em gestante segundo ano de diagnóstico e raça, 2015 a 2024, estado de Roraima.

RAÇA/COR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	0	5	0	4	1	27	19	20	10	2	88
Branca	4	10	7	21	25	21	36	32	18	20	194
Preta	4	5	4	8	15	4	18	13	26	22	119
Amarela	1	2	0	1	0	2	3	1	6	2	18
Parda	100	116	83	165	244	268	354	382	477	349	2.538
Indígena	3	7	5	8	7	18	18	20	28	23	137

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

A Tabela 21 e o Gráfico 21 retratam os casos de sífilis em gestante segundo raça/cor autodeclarada, sendo que no período de 2015 a 2024, as gestantes pardas foram a maioria, o que no acumulado de casos representam 2.538 notificações (82,03%) e, vale ressaltar que na população indígena foram notificados 137 casos (4,43%).

Gráfico 21 - Percentual de casos de Sífilis em gestante segundo raça/cor, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Conhecer a caracterização clínica da Sífilis é primordial para adoção da terapêutica adequada. Conforme a Tabela 22, a classificação clínica mais predominante foi a primária com 875 casos (28,28%), seguido da latente com 732 casos (23,65%) e a terciária com 156 casos (5,06%). Ainda no período analisado, a informação Ign/Branco representou 39,10% (n=1.210) dos casos, o que pode estar relacionado ao diagnóstico inconclusivo da fase da Sífilis ou não realização/solicitação dos exames complementares para análise mais aprofundada, o que prejudica o preenchimento desta informação nas fichas de notificação.

Vale ressaltar que a Sífilis gestacional primária favorece uma boa resposta ao tratamento se instituído adequadamente e de maneira preconizada, assim como a não adesão ou a descontinuidade impede o bom prognóstico e predispõe um risco maior de Transmissão Vertical.

Tabela 22 – Número de casos de Sífilis em gestante segundo ano de notificação e classificação clínica, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Classificação clínica		Ign/Branco	Primária	Secundária	Terciária	Latente	Total
2015	N	33	58	6	12	3	112
	%	29,46	51,79	5,36	10,71	2,68	100
2016	N	39	71	7	16	12	145
	%	26,90	48,97	4,83	11,03	8,28	100
2017	N	23	55	6	8	7	99
	%	23,23	56,56	6,06	8,08	7,07	100
2018	N	28	92	15	12	60	207
	%	13,53	44,44	7,25	5,80	28,99	100
2019	N	38	86	16	5	147	292
	%	13,01	29,45	5,48	1,71	50,34	100
2020	N	58	155	24	14	89	340
	%	17,06	45,59	7,06	4,12	26,18	100
2021	N	237	97	15	21	78	448
	%	52,90	21,65	3,35	4,69	17,41	100
2022	N	228	101	10	28	101	468
	%	48,72	21,58	2,14	5,98	21,58	100
2023	N	311	102	10	30	112	565
	%	55,04	18,05	1,77	5,31	19,82	100
2024	N	215	58	12	10	123	418
	%	51,43	13,85	2,9	2,4	29,42	100
Total	N	1.210	875	121	156	732	3.094
	%	39,10	28,28	3,91	5,06	23,65	100

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 23 – Número de casos de Sífilis em gestante segundo ano de notificação e nacionalidade, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Nacionalidade	Brasil	Venezuela	Total
2016	1	0	1
2017	1	0	1
2018	3	11	14
2019	157	53	210
2020	154	39	193
2021	265	76	341
2022	260	85	345
2023	280	143	423
2024	220	96	316
Total	1.341	503	1.844
%	72,72	27,28	100

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 06/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Dos 3.094 casos notificados para Sífilis em gestante, 59,59% do total de casos apresentaram a informação sobre a nacionalidade. Do total com esta informação, 72,72% (n=1.341) foram de casos notificados em brasileiros, o que representa mais da metade dos casos com esta informação. Entretanto, ainda pode-se observar que 27,28% (n=503) dos casos ocorrem em usuários com a nacionalidade venezuelana conforme a Tabela 23.

Sífilis Congênita

No período de 2015 a 2024 foram notificados 1.144 casos para Sífilis Congênita conforme a Tabela 24. Observa-se que o município de Boa Vista apresentou aproximadamente 72% (n=822) dos casos e um aumento crescente ao longo dos anos, o que pode estar relacionado ao aumento do diagnóstico de sífilis em gestantes durante o pré-natal e durante a realização dos partos nas unidades hospitalares que realizam o procedimento. Os municípios de Amajari, Iracema, Normandia, São Luiz e Uiramutã foram os municípios que menos diagnosticaram casos de Sífilis Congênita, chegando a apresentar anos sem nenhuma notificação. Um destaque aos municípios de Rorainópolis, Pacaraima e Caracaráí, que depois de Boa Vista, foram os municípios que mais notificaram casos no período analisado.

A Taxa de Incidência da Sífilis Congênita apresentou um aumento importante entre 2020 e 2021 de 200%, com queda em 2022 e, nova elevação em 2023 com 32,11% em relação ao ano de 2022. A elevação de casos ocorreu em todo o período analisado passando de 3,2 para 15,8 casos por 1000/nascidos vivos entre 2015 e 2024 representando um aumento de 393,8% (Gráfico 22). A análise desses dados pode estar relacionada a ampliação do diagnóstico, entretanto o tratamento não segue o mesmo cenário, sendo necessário fortalecer, capacitar e organizar os serviços para melhorar o atendimento à gestante com sífilis e, em consequência, diminuir ainda mais os casos de sífilis em Roraima.

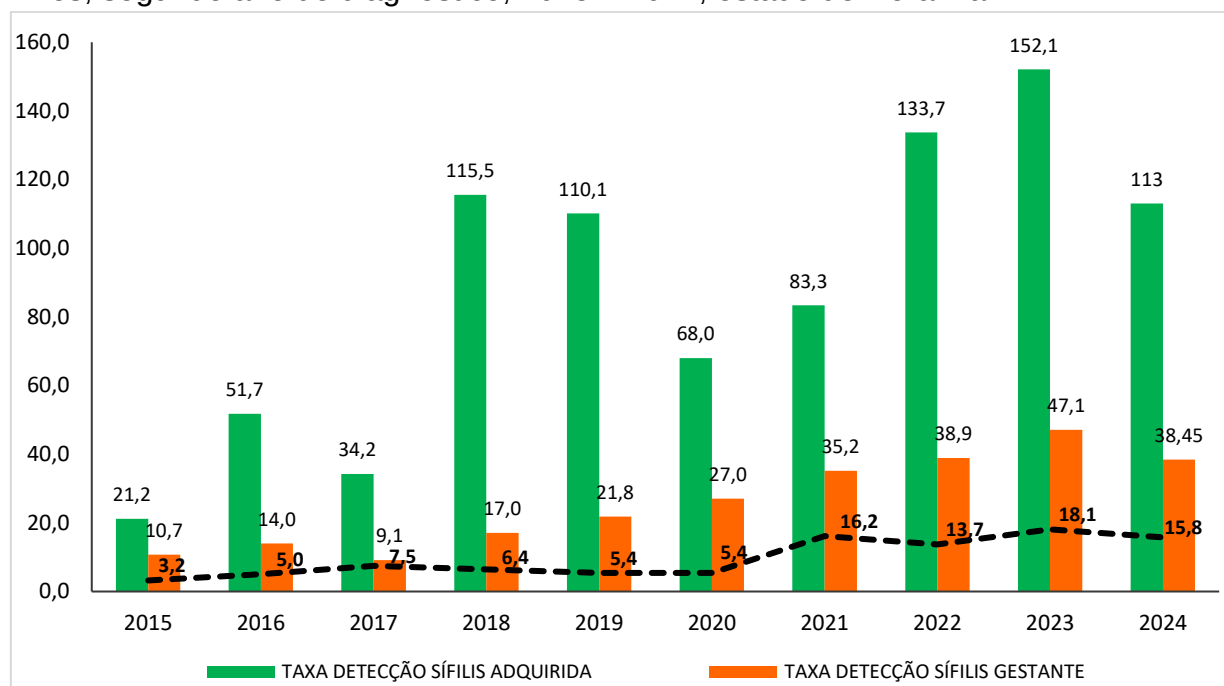
Tabela 24 – Número de casos de Sífilis Congênita segundo ano de notificação e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	0	0	2	1	1	3	2	1	1	1	12
Amajari	0	0	0	1	2	1	1	0	3	1	9
Boa Vista	24	33	58	63	38	22	171	118	155	140	822
Bonfim	0	0	2	0	0	3	1	1	2	2	11
Cantá	1	2	0	2	6	2	4	6	4	4	31
Caracaraí	3	6	7	3	7	8	4	4	8	0	50
Caroebe	2	4	0	1	0	3	2	1	0	2	15
Iracema	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	5
Mucajá	1	1	3	1	5	5	3	8	3	5	35
Normandia	1	1	0	0	1	1	3	0	1	1	9
Pacaraima	1	2	2	0	2	2	7	9	25	5	55
Rorainópolis	0	2	6	5	7	13	7	8	12	7	67
São João da Baliza	1	0	0	0	2	1	0	4	2	0	10
São Luiz	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	5
Uiramutã	0	1	0	1	1	2	1	2	0	0	8
Total	34	52	81	78	72	68	206	165	217	171	1.144

Fonte:

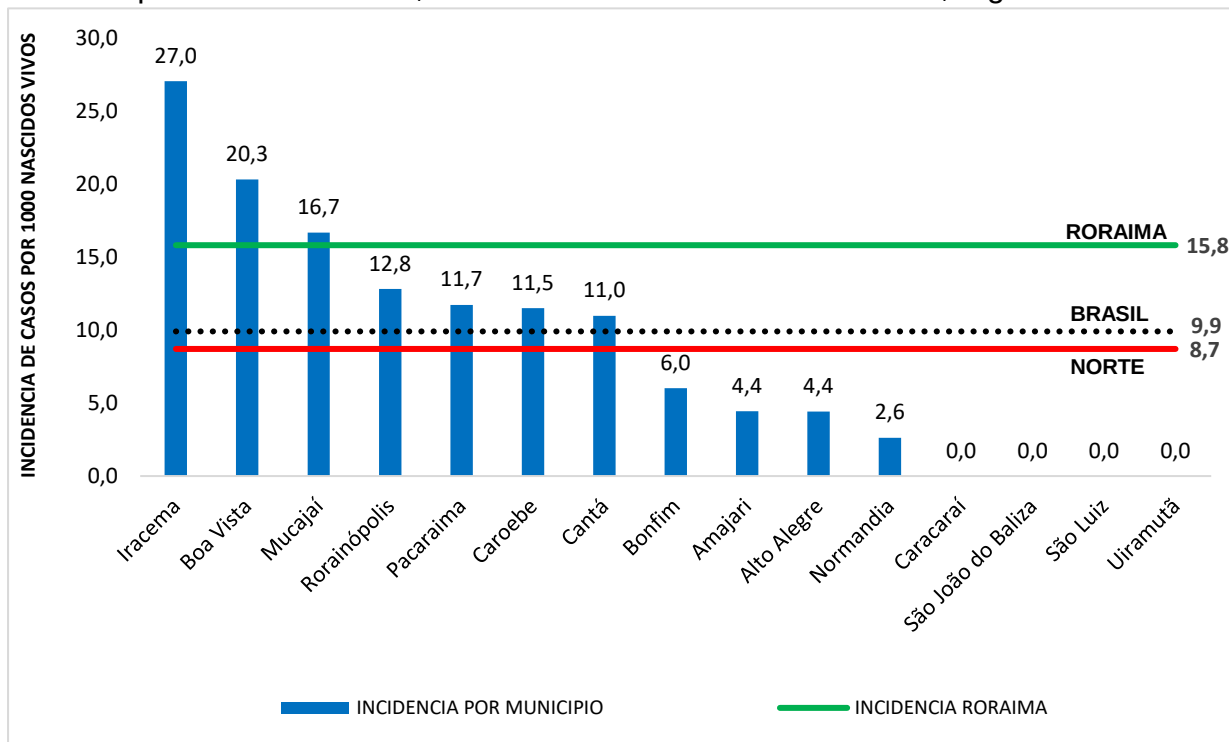
SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 22 - Taxa detecção de Sífilis Adquirida por 100.000/habitantes e Taxa de Detecção em Sífilis em gestante e Incidência de Sífilis Congênita por 1.000/nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico, 2015 – 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 23 – Taxa de incidência de Sífilis Congênita por 1.000/nascidos vivos, por município no ano de 2024, estado de Roraima no ano de 2024, região Norte e Brasil



no ano de 2023.

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

No estado de Roraima, a Taxa de Incidência no ano de 2024 foi de 15,8 casos por 1.000/nascidos vivos, sendo que, o município de Iracema apresentou, no mesmo período, uma incidência de 27,0, seguido de Boa Vista com 20,3 e Mucajaí com 16,7 casos por 1.000/nascidos vivos. Comparando com os dados do Brasil e região Norte, Roraima tem uma incidência bem superior, visto que em 2023, a incidência na região Norte foi de 8,7 e no Brasil 9,9 (Gráfico 23). A partir dessa análise é preciso recomendar a implementação de Políticas Públicas para implementação das Vigilâncias Municipais e Estadual com maior oferta de testes de Sífilis, o que provavelmente contribuirá para a identificação e a redução da subnotificação e de desfechos desfavoráveis.

Deve-se chamar a atenção para que comparando o número de Sífilis em gestantes no período foi de 3.094 casos e 1.144 casos de Sífilis Congênita, um percentual de 36,97% das crianças nascidas de mãe com Sífilis nasceram com Sífilis Congênita, um número muito alto. Não é possível afirmar que 63,03% das crianças tiveram outros desfechos, uma vez que das 3.094 gestantes somente 2.653 foram

tratadas (85,74%) e em relação aos parceiros somente 940 (30,38%) foram tratados. Essa baixa adesão ao tratamento pode resultar em reinfeção e aumento da Transmissão Vertical. Estimular a participação da parceria sexual durante todo o processo de pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e da parceria. Tratar e orientar a parceria sexual sobre a prevenção de futuras infecções sexualmente transmissíveis contribui para evitar a reinfeção de gestantes tratadas adequadamente.

Tabela 25 – Número de casos de Sífilis Congênita segundo ano de notificação, faixa etária, sexo e raça, 2015 a 2024, estado de Roraima.

FAIXA ETÁRIA											
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Menor 1 ano	34	52	81	78	72	67	206	165	216	171	1142
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
SEXO											
Ignorado	1	3	5	23	2	3	6	6	26	23	98
Masculino	15	28	33	27	44	30	114	74	95	70	530
Feminino	18	21	43	28	26	35	86	85	96	78	516
RAÇA											
Ign/Branco	6	8	8	29	13	10	36	29	23	15	177
Branca	1	3	4	5	0	0	10	1	4	4	32
Preta	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	4
Parda	27	38	63	41	56	56	154	130	183	144	892
Indígena	0	3	5	3	1	2	6	4	7	8	39

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

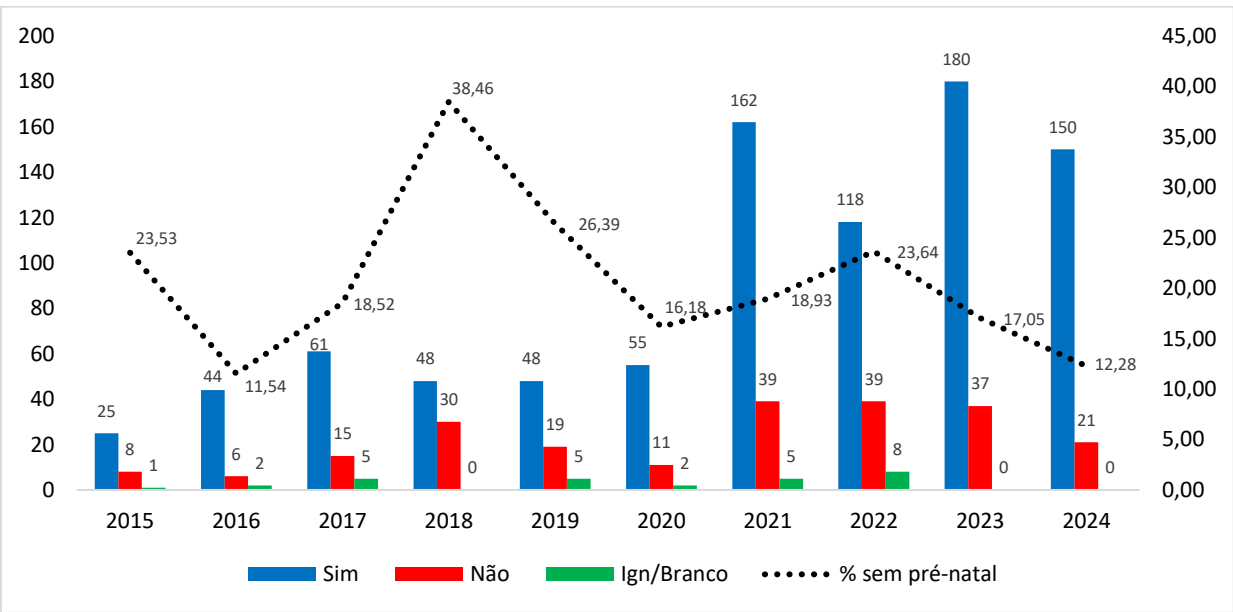
Os casos de Sífilis Congênita são mais comuns na faixa etária de menor de um ano como pode-se observar na Tabela 25, visto sua relação com a Transmissão Vertical e tendo seu diagnóstico no momento da realização do parto das gestantes. No período analisado foram notificados 1.142 casos de Sífilis Congênita em menores de um ano. Entretanto, dois casos foram notificados na faixa etária de 1 a 4 anos, o que pode significar um diagnóstico tardio dos casos e que após investigação realização foi constatado que se tratavam de casos de Sífilis Congênita, sendo realizando posteriormente, a notificação retroativa dos casos. O sexo masculino foi predominante com 530 casos e a raça parda com 892 casos.

Tabela 26 – Número de casos de Sífilis Congênita segundo ano de notificação e pré-natal materno, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Realizou Pré-Natal		Sim	Não	Ign / Branco	Total
2015	N	25	8	1	34
	%	73,53	23,53	2,94	100
2016	N	44	6	2	52
	%	84,62	11,53	3,85	100
2017	N	61	15	5	81
	%	75,31	18,52	6,17	100
2018	N	48	30	0	78
	%	61,54	38,46	0	100
2019	N	48	19	5	72
	%	66,67	26,39	6,94	100
2020	N	55	11	2	68
	%	80,88	16,18	2,94	100
2021	N	162	39	5	206
	%	78,64	18,93	2,43	100
2022	N	118	39	8	165
	%	71,52	23,64	4,85	100
2023	N	180	37	0	217
	%	82,95	17,05	0	100
2024	N	150	21	0	171
	%	87,71	12,29	0	100
TOTAL	N	891	225	28	1.144
	%	77,9	19,7	2,4	100

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 24 - Número de casos de Sífilis Congênita segundo ano de notificação, pré-natal materno e percentual de gestantes sem pré-natal, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

O número de Sífilis Congênita com relação ao pré-natal materno está disposto na Tabela 26 e Gráfico 24, e pode-se observar ao longo do período que os números de gestantes sem pré-natal diminuíram, entretanto, estão distantes do ideal pois, mesmo com todas as ações e avanços em percentual, não houve mudanças consideráveis nos últimos 10 anos, onde em 2015, 23,53% das gestantes não realizaram o pré-natal e após 10 anos em 2024, 12,28% das gestantes também não realizaram o pré-natal. O mais preocupante é que sem as ações conjuntas da vigilância epidemiológica e atenção primária à saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família, torna-se improvável que se quebre a cadeia de transmissão do agravo.

Além disso, conforme Tabela 27, somente 54,8% (n=627) das gestantes tiveram o diagnóstico durante o pré-natal e 31% (n=355) durante o momento do parto/curetagem. A Sífilis Congênita está distribuída em todos os municípios apesar de estar mais concentrada na capital Boa Vista e mesmo o diagnóstico e tratamento sendo gratuito, a não realização de ambos pode estar ligada a vulnerabilidades e determinantes sociais.

Tabela 27 – Número de casos de Sífilis Congênita segundo ano de notificação e diagnóstico de Sífilis materna, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Sífilis materna	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	0	1	2	1	9	2	20	12	10	9	66
Durante o pré-natal	12	33	45	40	24	38	111	95	132	97	627
No momento do parto/curetagem	17	13	32	32	33	20	37	44	66	61	355
Após o parto	3	5	2	5	4	7	16	7	7	2	58
Não realizado	2	0	0	0	2	1	22	7	2	2	38
Total	34	52	81	78	72	68	206	165	217	171	1.144

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

De 2015 a 2024 ocorreram 10 óbitos por Sífilis Congênita e 15 óbitos por outras causas (Tabela 28), que como as outras variáveis também aumentou nos últimos 4 anos (2021-2024). O desfecho desfavorável da Sífilis Congênita representa no período 1%. Quando se analisa a faixa etária da mãe, 90% (n=9) são de faixa etária de 20 a 34 anos e 10% (n=1) na de 15 a 19 anos. O óbito infantil por Sífilis Congênita é um

problema de saúde pública, evitável pela adequada atenção à mulher na gestação. Esses óbitos devem ser investigados e discutidos para uma melhora na qualidade assistencial, principalmente no que tange à qualidade da assistência ao pré-natal.

Tabela 28 – Número de casos de Sífilis Congênita segundo ano de notificação e evolução, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Evolução	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	3	1	0	2	4	0	19	2	1	0	32
Vivo	31	49	74	51	61	60	183	147	178	139	973
Óbito pelo agravo notificado	0	0	0	0	0	2	0	5	3	0	10
Óbito por outra causa	0	0	0	1	3	0	0	2	5	4	15
Total	34	50	74	54	68	62	202	156	187	143	1030

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 05/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Outras Infecções sexualmente transmissíveis – IST – Nível Estadual

Adotamos a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) substituindo o termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), alinhando-nos com a terminologia internacional recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde. Essa mudança enfatiza a importância de alertar a população sobre o fato de que é possível contrair e transmitir uma infecção mesmo na ausência de sintomas. Destaca, portanto, a necessidade de abordagens de atenção integral que sejam tanto eficazes quanto resolutivas.

As IST têm diversas causas e manifestações clínicas, impactando significativamente a qualidade de vida das pessoas, de seus familiares e das relações sociais. A combinação de prevenção, triagem, diagnóstico precoce e tratamento das IST e de suas parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão, prevenindo novas infecções e possíveis complicações.

Entre os anos de 2015 a 2024 foram notificados 25.340 casos de IST, ressaltando que alguns dos agravos que constam na Tabela 29 não são atualmente considerados como IST, entretanto, ainda constam na lista de agravos de interesse estadual de notificação que passará por revisão e atualização. Dos casos notificados 44,28% (n=11.223) são de Síndrome do corrimento cervical em mulheres. A maioria

das infecções são assintomáticas e/ou não aparentes ou podem apresentar-se sob a forma sub clínica.

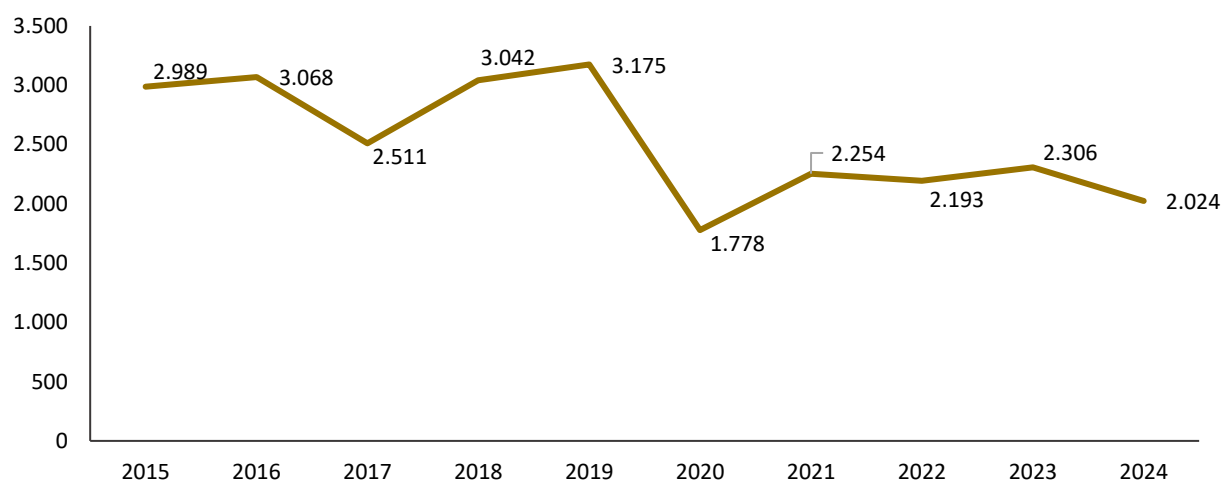
Outro ponto é que de acordo com o Gráfico 25 é visível uma redução de 32,28% comparando 2015 e 2024, o que não quer dizer que houve diminuição dos casos, mas sim que pode ter ocorrido uma piora na notificação, aumentando assim, a subnotificação dos casos, o que aumenta também a preocupação por não ser possível ter uma informação a respeito do tratamento e quebra da cadeia de transmissão dos agravos analisados.

Tabela 29 – Número de casos de outras Infecções sexualmente transmissível segundo ano de notificação e agravo, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Agravos DST Nível Estadual	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Candidíase	472	554	467	638	582	327	372	400	394	453	4.659
Condiloma Acuminado (verrugas anogenitais)	131	176	152	180	142	71	94	91	55	67	1.159
Doenças Sexualmente Transmitidas Não Especificadas	407	349	229	220	289	80	55	34	29	70	1.762
Herpes Genital (apenas o primeiro episódio)	55	66	64	40	87	26	39	33	49	38	497
Outras Afecções Inflamatórias da Vagina e da Vulva	232	433	214	213	178	133	151	440	451	330	2.775
Outras Doenças Inflamatórias Pélvicas Femininas	319	274	294	467	336	196	221	109	52	78	2.346
Síndrome da Úlcera Genital (excluído herpes genital)	17	24	17	30	27	4	3	1	3	5	131
Síndrome do Corrimento Cervical em Mulheres	1.300	1.115	1.020	1.178	1.373	814	1.253	1.036	1.203	931	11.223
Tricomoníase	56	77	54	76	161	127	66	49	70	52	788
Total	2.989	3.068	2.511	3.042	3.175	1.778	2.254	2.193	2.306	2.024	25.340

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 04/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 25 – Número de casos de outras infecções sexualmente transmissível segundo ano de notificação, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 04/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

No contexto da Atenção integral à Saúde, é fundamental organizar o atendimento para que não se perca oportunidades de diagnóstico e tratamento, além de reduzir a vulnerabilidade às IST. A prevenção das IST deve levar em conta os contextos de vulnerabilidade de cada grupo populacional. Os profissionais de saúde devem avaliar os riscos individuais, promover um diálogo baseado na confiança e estabelecer um vínculo sem julgamentos morais relacionados à condição social, raça, etnia, orientação sexual ou religião. Isso cria um ambiente propício para aconselhamento, oferta de medidas preventivas, contato com parcerias sexuais, diagnóstico e tratamento.

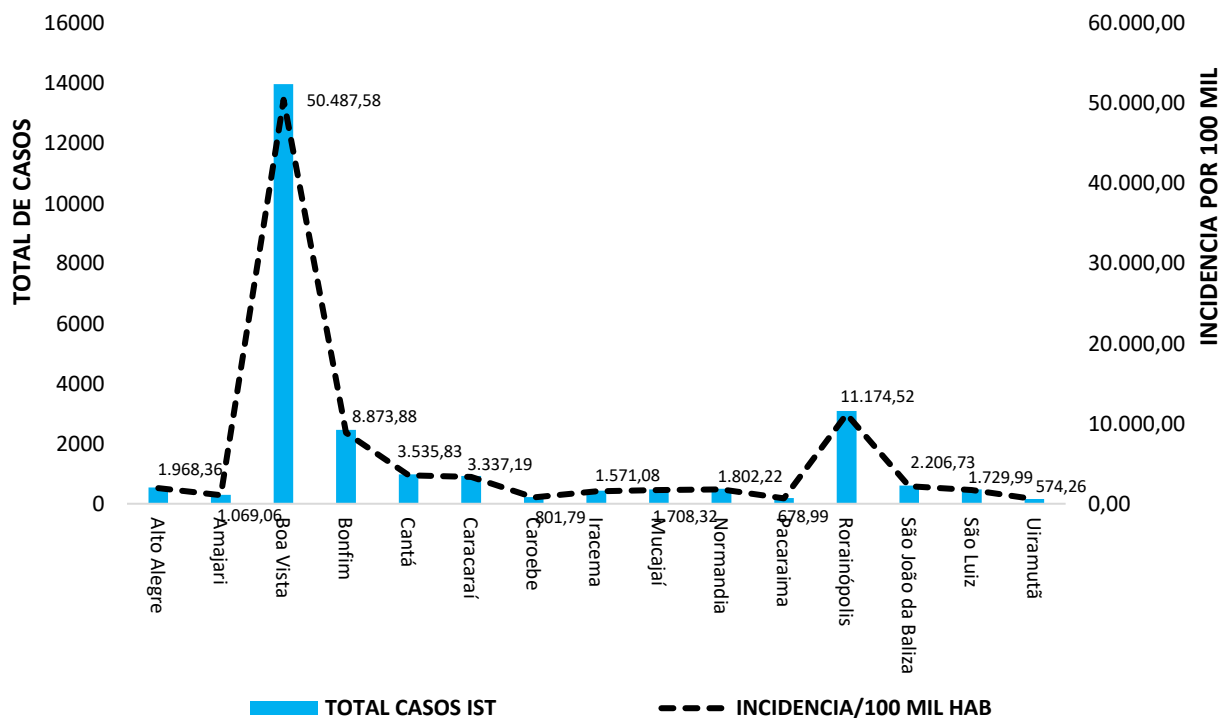
Tabela 30 – Número de casos de outras infecções sexualmente transmissíveis segundo ano de notificação e município de residência, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Município Residência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	32	57	64	84	73	43	70	38	45	39	545
Amajari	45	26	77	68	22	13	16	8	9	12	296
Boa Vista	1.475	1.651	1.332	1.722	1.548	855	1.207	1.427	1.389	1.373	13.979
Bonfim	271	211	239	188	375	216	340	138	310	169	2.457
Cantá	208	151	139	137	125	78	44	34	30	33	979
Caracaraí	138	81	48	192	218	66	25	32	72	52	924
Caroebe	23	80	21	24	5	5	11	19	20	14	222
Iracema	30	88	43	190	10	5	17	25	12	15	435
Mucajá	43	155	31	45	49	19	37	37	27	30	473
Normandia	113	81	75	43	51	39	12	58	16	11	499
Pacaraima	30	28	21	13	10	13	21	22	21	9	188
Rorainópolis	344	373	350	229	476	297	323	309	263	130	3.094
São João da Baliza	154	53	27	89	125	3	49	5	27	79	611
São Luiz	50	25	4	5	76	117	75	36	53	38	479
Uiramutã	33	8	40	13	12	9	7	5	12	20	159
Total	2.989	3.068	2.511	3.042	3.175	1.778	2.254	2.193	2.306	2.024	25.340

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 04/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

Nos casos notificados segundo município de residência (Tabela 30), Boa Vista apresentou maior número de casos notificados no período com um total de 13.979 casos notificados (55,16%), seguido do município de Rorainópolis com 3.094 casos (12,20%) e Bonfim com 2.457 casos (9,69%). Estes também foram os municípios com maior incidência por 100 mil/habitantes conforme Gráfico 25. Os municípios de Boa Vista e Rorainópolis são os mais populosos do Estado, onde ocorre o maior número de atendimentos e maior oferta de serviços nas Unidades de Saúde, porém, quando se volta o olhar aos casos de HIV/AIDS e Sífilis, identifica-se um contraponto visto que municípios a exemplo de Pacaraima que tem alta incidência de HIV/AIDS e Sífilis, tem uma baixa incidência de IST com 0,68 casos por 100 mil/habitantes.

Gráfico 25 – Número de casos de outras infecções sexualmente transmissíveis segundo ano de notificação, município de residência e taxa de incidência por 100 mil habitantes, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 04/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

As IST são causas comuns de morbidade e têm consequências significativas para a saúde das populações, além de impactos sociais e econômicos. Elas são um problema de saúde pública devido a suas contribuições para infertilidade, aborto, doenças neonatais e pela facilitação da transmissão de infecções mais graves, como o HIV. A maioria das IST é monitorada por notificação compulsória e identificada por meio de abordagens sindrômicas e/ou avaliações etiológicas. O tratamento das IST deve ser realizado com medicamentos que considerem eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade. É importante que o tratamento se estenda às parcerias sexuais para maximizar o impacto da estratégia.

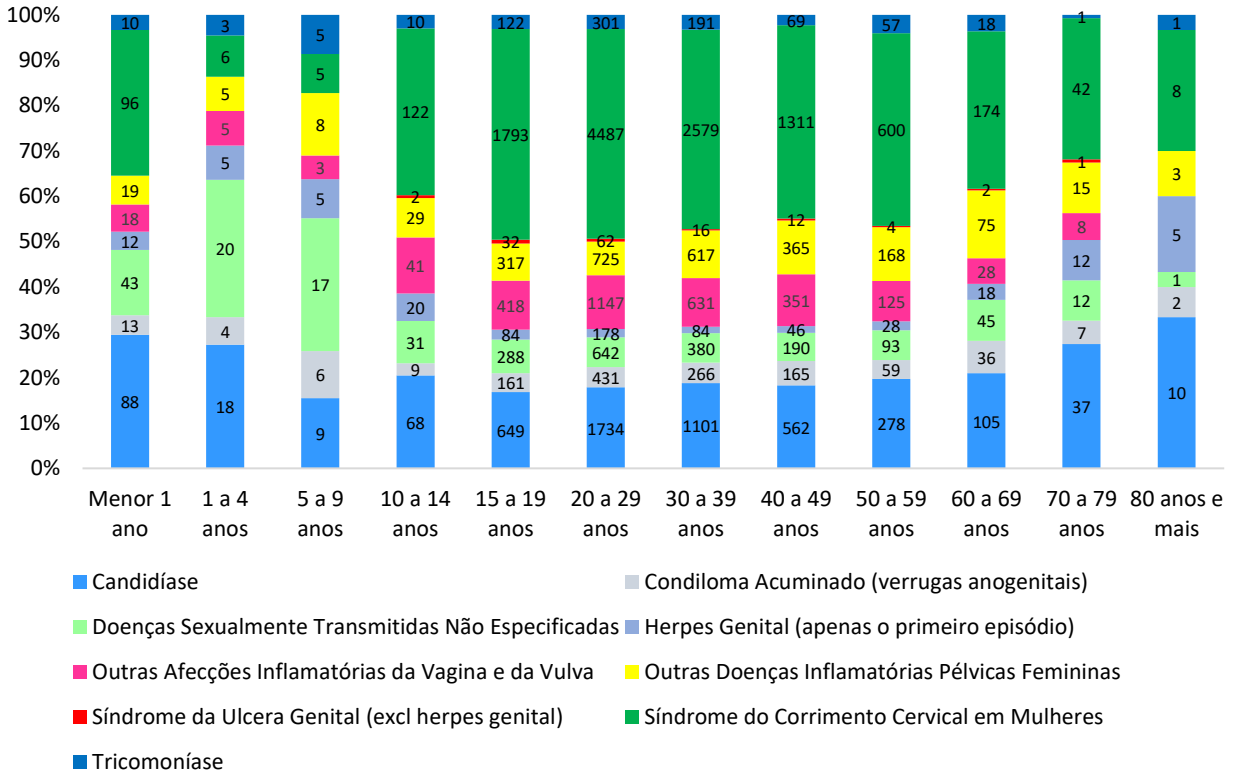
Tabela 31 – Número de casos de outras infecções sexualmente transmissíveis segundo faixa etária e agravo, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Agravos IST Nível Estadual	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Candidíase	88	18	9	68	649	1734	1101	562	278	105	37	10	4659
Condiloma Acuminado (verrugas anogenitais)	13	4	6	9	161	431	266	165	59	36	7	2	1.159
Doenças Sexualmente Transmitidas Não Especificadas	43	20	17	31	288	642	380	190	93	45	12	1	1762
Herpes Genital (apenas o primeiro episódio)	12	5	5	20	84	178	84	46	28	18	12	5	497
Outras Afecções Inflamatórias da Vagina e da Vulva	18	5	3	41	418	1.147	631	351	125	28	8	0	2.775
Outras Doenças Inflamatórias Pélvicas Femininas	19	5	8	29	317	725	617	365	168	75	15	3	2.346
Síndrome da Úlcera Genital (excl herpes genital)	0	0	0	2	32	62	16	12	4	2	1	0	131
Síndrome do Corrimento Cervical em Mulheres	96	6	5	122	1.793	4.487	2.579	1311	600	174	42	8	11.223
Tricomoníase	10	3	5	10	122	301	191	69	57	18	1	1	788
Total	299	66	58	332	3.864	9.707	5.865	3.071	1.412	501	135	30	25.340

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 04/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

A Tabela 31 e o Gráfico 26 revelam o número de casos de IST segundo faixa etária, sendo que 76,70% dos casos notificados estão na faixa etária mais ativa sexualmente da população que é de 15 a 39 anos e, desses, aproximadamente 38% se concentra na faixa etária de 20 a 29 anos.

Gráfico 26 – Número de casos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo faixa etária e agravo, 2015 a 2024, estado de Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 04/08/2025. Dados sujeitos a alterações.

DESAFIOS E PERPECTIVAS

Os indicadores apresentados mostram que o controle do HIV/AIDS, sífilis e outras ITS's continuam sendo um desafio significativo para o estado de Roraima, representando um elevado risco para a saúde pública. Os dados analisados de taxas em gestantes que realizam exames para sífilis e HIV mesmo preocupantes apresentam aumento nos exames realizados graças à ampla oferta de testes rápidos durante o pré-natal. Para garantir essa eficácia, é essencial manter a aplicação dos atributos da atenção primária, como o primeiro acesso e a continuidade do cuidado, além de manter a vigilância em saúde dos casos e a qualidade das informações.

A análise histórica demonstra que o acesso ao atendimento pré-natal é crucial para a detecção do HIV/AIDS e da sífilis em gestantes e para o monitoramento da transmissão vertical e o acompanhamento de crianças expostas e com sífilis congênita. Contudo, é necessário avançar no tratamento das parcerias sexuais para controlar a transmissão e continuar oferecendo rastreamento e diagnóstico nas unidades de saúde bem como avançar com a prevenção combinada e ampliação da oferta de PrEp e PEP.

As Taxas de Detecção aumentaram, especialmente nos últimos 5 anos (2020-2024), no entanto, o mesmo não se observa no tratamento materno e infantil dos casos. Isso exige esforços contínuos e merece atenção no planejamento das ações pelas equipes de saúde, reforçando a importância da premissa “Informação para ação”.

Além das ações para ampliar a oferta de diagnóstico, estão sendo desenvolvidas estratégias em colaboração com as maternidades municipais para alinhar o manejo dos casos e as notificações com o PCDT de transmissão vertical. A concentração de casos em áreas vulneráveis e a investigação de óbitos infantis e fetais são cruciais para melhorar os serviços. O fortalecimento das ações de testagem, diagnóstico, tratamento, prevenção e educação é essencial para controlar a transmissão da sífilis e reduzir seus riscos e sequelas.

RECOMENDAÇÕES

- Monitorar e avaliar os casos notificados para IST/HIV/AIDS, implementando estratégias de fortalecimento a prevenção, testagem, diagnóstico e tratamento;
- Estabelecer fluxos de cuidado contínuo para pessoas vivendo com HIV;
- Fortalecer os fluxos estabelecidos para Testagem rápida para HIV e Sífilis e o diagnóstico dessas doenças;
- Fortalecer a Vigilância Epidemiológica das IST/HIV/AIDS nos municípios do Estado;
- Reduzir a taxa de detecção pelo HIV/AIDS e por outras Infecções Sexualmente transmissíveis – IST, a nível estadual;
- Monitorar as notificações de Sífilis em gestantes e gestante HIV+;
- Monitorar as notificações de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 5 anos;
- Monitorar e cruzar os dados do SIM/SINAN dos óbitos notificados em Roraima;
- Implementar ou reestruturar o Comitê de Investigação Estadual da Transmissão

Vertical;

- Elaborar boletins epidemiológicos de IST/HIV/AIDS/Sífilis sobre o cenário epidemiológico do Estado de Roraima;
- Realizar periodicamente capacitações, oficinas, reuniões técnicas e visitas técnicas aos 15 municípios do Estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e IST**. Brasília, 2020, p.:8. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaid-2019>

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2019, V,: único. Ed,: 3. p,: 265; 274-285.

Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Sistema de Informação Nacional de Agravos – SINAN. [internet] 2020 [acesso em 20/07/20 e 04/08/2020]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>

6.2 HEPATITES VIRAIS

O Núcleo de Controle das Hepatites Virais (NCHV) é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às Hepatites Virais no Estado de Roraima, visando à redução da transmissão das Hepatites Virais (HV) e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo e convivendo com as HV.

Os eixos prioritários de atuação que subsidiam a definição de estratégias prioritárias são: fortalecimento da Rede de Atenção a Saúde e Linhas de Cuidado voltadas para as Hepatites Virais; promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno da infecção por HV, buscando atingir populações de risco que estejam em maior vulnerabilidade; promover direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais; aprimoramento do desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa; aprimoramento da governança e da gestão; acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.

A Política de IST/AIDS/HV está fundamentada nos direitos humanos e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, seguindo a Política do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, que tem fortalecido a cooperação técnica e financeira com estados, municípios, organismos internacionais e organizações da sociedade civil. As principais formas de cooperação financeiro-técnica se dão por meio de projetos, pela Política de Incentivo e pela execução direta (aquisição e distribuição de medicamentos, testes rápidos e insumos de prevenção).

As Hepatites Virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus hepatotrópicos/hepatotóxicos. Acredita-se que as HV são a maior causa de transplante hepático no mundo possuindo características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, mas, com importantes particularidades. Estão distribuídas de forma universal e são observadas diferenças que variam de região para região de acordo com o agente etiológico. Os tipos de vírus são: Vírus do tipo A (HAV), Vírus do tipo B (HBV), Vírus do tipo C (HCV), Vírus do tipo D (HDV) e Vírus do tipo E (HEV).

As Hepatites Virais dos tipos A e E (presentes em países africanos em sua quase totalidade dos casos), são transmitidas pela via fecal-oral e estão relacionadas às condições de saneamento básico, higiene pessoal, relação sexual desprotegida (contato boca ânus), e qualidade da água e dos alimentos. As pessoas que já tiveram

HAV apresentam imunidade para esse tipo de hepatite, contudo permanecem suscetíveis as outras Hepatites Virais.

As hepatites virais B, C e D são transmitidas pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), espermatozoides e secreção vaginal (via sexual). A transmissão pode ocorrer pelo compartilhamento de objetos contaminados, como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, materiais para colocação de piercing e para confecção de tatuagens, materiais para escarificação da pele para rituais, instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e “pipadas” (crack). Pode ocorrer a transmissão também em acidentes com exposição a material biológico, procedimentos cirúrgicos, odontológicos, hemodiálise, transfusão, endoscopia, entre outros, quando as normas de biossegurança não são aplicadas.

A Transmissão Vertical pode ocorrer no momento do parto. O risco é maior para Hepatite B, que ocasiona uma evolução desfavorável com maior chance de cronificação, ocorrendo em média de 70 a 90% dos casos cujas gestantes apresentam replicação viral. Na hepatite C, a transmissão vertical é menos frequente.

Por serem representadas como um problema de saúde pública no Brasil, as Hepatites Virais são de notificação compulsória desde o ano de 1996. No Brasil e no mundo, o comportamento das Hepatites Virais tem apresentado grandes mudanças nos últimos anos. A melhoria das condições de higiene e de saneamento básico das populações, a vacinação contra os vírus das Hepatites A e B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da Hepatite C constituem fatores potencialmente associados as transformações no perfil dessas doenças.

A Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais no Brasil utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação compulsória de casos confirmados através do Teste Rápido e exames confirmatórios específicos para cada tipo de vírus. Dados epidemiológicos juntamente com os sistemas de informação devem ser utilizados para compreender as HV e subsidiar a elaboração de intervenções individuais e coletivas que minimizem o impacto dessas patologias na população.

O desafio continua na observação e análise permanente da situação epidemiológica das HV com a articulação do conjunto de ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, visando subsidiar o processo de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas e ações estratégicas de combate a essas

doenças.

Este relatório concentra informações relevantes sobre agravos de notificação compulsória a nível estadual, realizado no período de 2015 a 2024, a partir da análise dos dados coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, que foi possível realizar um breve perfil epidemiológico da população do estado de Roraima acometido por estes agravos.

Nessa perspectiva, os dados epidemiológicos coletados no período estimado acima, visa auxiliar no planejamento das metas, ações de promoção, assistência/tratamento à saúde e de controle das Hepatites Virais no âmbito do Estado de Roraima, contribuindo assim, para aprimoramento e fortalecimento da vigilância, linhas de cuidado, prevenção, diagnóstico precoce, redução de risco e vulnerabilidades, promoção de direitos humanos, da articulação com Redes de Atenção a Saúde e movimentos sociais, a ampliação do acesso aos medicamentos, preservativos e outros insumos usados em saúde com objetivo de enfrentamento das HV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's.

A metodologia utilizada nesse relatório foi a análise dos dados gerados através do Sistema Nacional de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

DEMONSTRAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA POR AGRAVO

HEPATITES VIRAIS

Diante da variabilidade das formas das HV e de suas particularidades, a busca para uma assistência qualificada para Pessoas Vivendo com Hepatites Virais (PVHV), aumentando o acesso as informações pertinentes a esses agravos para a população em geral, diminuição das formas de transmissão, reduzindo a probabilidade de evolução para Insuficiência Hepática, Cirrose e/ou Carcinoma Hepatocelular (CHC). Diante desse cenário, há a necessidade de se garantir que as diretrizes terapêuticas e orientações para os profissionais de saúde, diagnóstico precoce e encaminhamento adequado para pacientes com algum tipo de hepatite, tendo como objetivo prestar uma boa assistência e se utilizar adequadamente os insumos de prevenção dentro das políticas públicas voltados para a doença.

Tabela 1 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Classificação Final e Classificação Etiológica, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Classificação final	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Vírus A + B	Não se aplica	Total
Ign/Branco	42	0	0	0	0	0	0	0	42
Confirmação laboratorial	70	162	1.085	397	2	17	1	2	1.736
Confirmação clínico- epidemiológica	9	7	1	1	0	0	0	5	23
Total	121	169	1.086	398	2	17	1	7	1.801

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

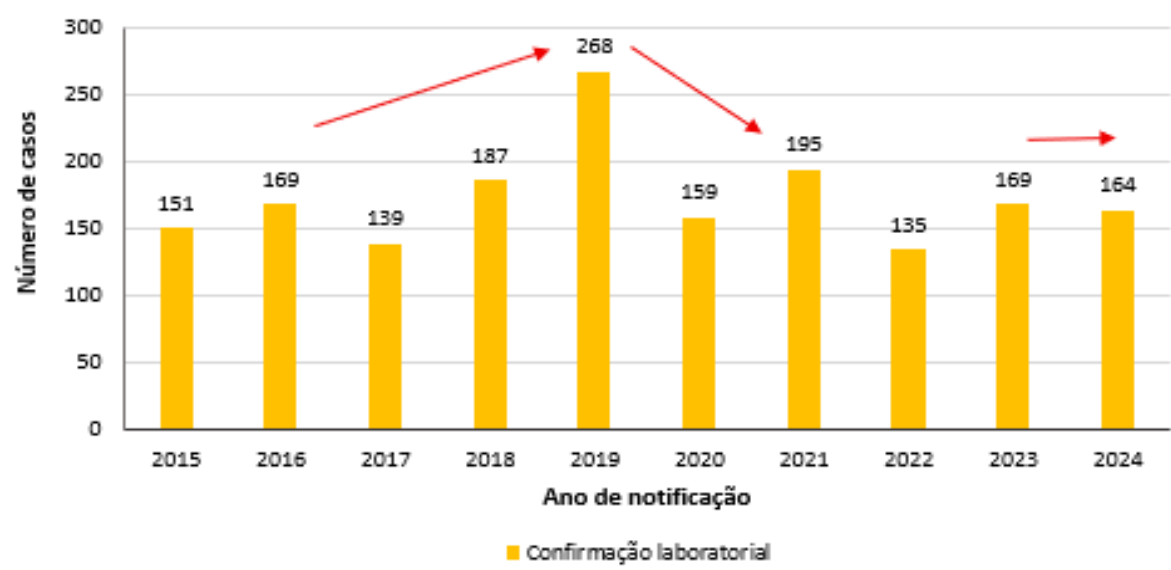
Conforme a **Tabela 1**, no período analisado, ocorreram 1801 casos de Hepatites Virais, sendo 1736 com confirmação laboratorial (96,39%) e 23 por confirmação clínico-epidemiológico (1,27%), além de 42 casos (2,33%) estarem com a classificação final e etiológica como ignorado ou em branco. Segundo a classificação etiológica, pode-se observar que o maior número de casos se refere a hepatite do tipo B com 1086 casos confirmados, o que representa 60% do total de casos em relação aos outros tipos. O vírus do tipo C, o segundo maior em relação a número de casos, apresentou 398 casos confirmados, ou seja, aproximadamente 22% do total. A HAV se mostra com número de 169 casos (9,38%) e casos de coinfecção das HBV e HCV apresentaram 17 casos, perfazendo 0,95% do total de casos. Este cenário contribui na necessidade de fortalecer a realização do diagnóstico de forma precoce e tratamento em tempo oportuno com o intuito de captar efetivamente Pessoas Vivendo com Hepatites Virais (PVHV) e ainda não tem conhecimento de seu diagnóstico, buscando desenvolver ações voltadas para populações vulnerabilizadas.

Tabela 2 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Classificação Final e Ano de Notificação, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Classificação final	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	6	6	6	6	5	1	0	2	6	4	42
Confirmação laboratorial	151	169	139	187	268	159	195	135	169	164	1.736
Confirmação clínico- epidemiológica	0	0	0	6	1	6	6	1	1	2	23
Total	157	175	145	199	274	166	201	138	176	170	1.801

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 1 – Número de casos de Hepatites Virais por confirmação laboratorial, 2015 a 2024, estado de Roraima.



De acordo com a **Tabela 2**, no período analisado, o ano de 2019 apresentou o maior número de casos com 274 casos (15,21%), seguido do ano de 2021 com 201 casos (11,16%) e de 2018 com 199 casos (11,04%). Pode-se observar no **Gráfico 1** que mesmo havendo oscilações no número de casos durante o período, ainda é expressivo o número de casos notificados para hepatites virais. Assim, neste cenário a média de casos ficou em 180,1, e uma taxa de detecção de 23,71 casos/100mil hab., no ano de 2024.

Tabela 3 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Ano de notificação e Classificação Etiológica, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Ano da Notific	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Vírus A + B	Não se aplica	Total
2015	6	44	87	18	1	1	0	0	157
2016	8	18	131	18	0	0	0	0	175
2017	7	9	89	40	0	0	0	0	145
2018	10	26	126	34	0	3	0	0	199
2019	9	48	173	40	1	3	0	0	274
2020	7	6	101	49	0	1	1	1	166
2021	25	3	110	61	0	0	0	2	201
2022	7	0	93	36	0	1	0	1	138
2023	19	11	88	53	0	3	0	2	176
2024	23	4	88	49	0	5	0	1	170
Total	121	169	1.086	398	2	17	1	7	1.801

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

De acordo com a classificação etiológica, o vírus do tipo B teve mais casos

notificados, sendo que no ano de 2019 houve o maior número de casos com 173 casos (15,93%), seguido do ano de 2016 com 131 casos (12,06%). Os anos de 2023 e 2024 apresentaram o mesmo número de casos sendo 88 casos (4,10%), respectivamente. Para o vírus do tipo C, o destaque foi o ano de 2021 com 61 casos (15,32%), seguido do ano de 2023 com 53 casos (13,31%), além dos anos de 2020 e 2024 com 49 casos cada (12,31%) (**Tabela 3**).

A tabela acima mostra as notificações realizadas por município de residência ao longo do período analisado, totalizando 1.801 casos. A capital Boa Vista concentrou o maior número de casos ao longo de todos os anos com 71,57% do total, o que representa 1289 casos, sendo o ano de 2019 o mais expressivo. Mucajaí apresentou 59 casos no total (3,27%). Todos os municípios demonstraram oscilações ao longo do período analisado, havendo aumento e reduções ao longo dos anos.

Nota-se que os municípios de Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Normandia, Pacaraima, São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã tiveram anos em que não apresentaram nenhum caso notificado para Hepatites Virais, o que pode levar a acreditar que pode ter ocorrido subnotificação de casos e/ou baixa demanda para ações de diagnóstico.

Tabela 4 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Município de residência e Ano de notificação, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Mun Resid RR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	0	4	5	8	7	4	5	3	7	11	54
Amajari	7	3	5	0	1	2	4	1	6	8	37
Boa Vista	109	116	108	152	214	121	146	97	117	109	1.289
Bonfim	1	2	0	0	3	2	1	2	2	1	14
Cantá	3	7	0	1	2	0	6	1	4	5	29
Caracaráí	6	6	5	14	5	3	4	4	3	6	56
Caroebe	4	1	4	1	5	5	1	6	2	5	34
Iracema	2	4	3	5	7	2	2	5	4	2	36
Mucajaí	10	10	4	3	6	2	7	3	9	5	59
Normandia	0	0	2	1	3	5	4	2	1	1	19
Pacaraima	4	6	1	4	8	0	5	4	9	2	43
Rorainópolis	4	2	3	1	4	10	8	6	7	12	57
São João da Baliza	3	2	1	4	0	3	1	3	2	1	20
São Luiz	2	1	1	2	3	0	2	1	1	0	13
Uiramutã	2	11	3	3	6	7	5	0	2	2	41
Total	157	175	145	199	274	166	201	138	176	170	1.801

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 5 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Faixa Etária, Sexo, Raça e Ano de notificação, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Menor 1 ano	1	2	0	1	2	0	0	1	0	1	8
1 a 4 anos	5	3	0	2	5	0	0	0	1	1	17
5 a 9 anos	13	9	4	11	5	1	0	0	1	0	44
10 a 14 anos	17	3	1	4	4	3	1	0	1	1	35
15 a 19 anos	9	8	7	7	13	5	8	0	3	5	65
20 a 29 anos	27	42	26	34	61	25	24	15	24	19	297
30 a 39 anos	32	44	36	36	57	37	43	40	30	35	390
40 a 49 anos	28	37	19	43	49	30	32	28	43	34	343
50 a 59 anos	14	18	26	34	48	32	51	26	37	24	310
60 a 69 anos	9	7	17	19	18	21	26	16	23	33	189
70 a 79 anos	2	2	6	8	10	11	9	10	10	13	81
80 anos e mais	0	0	3	0	2	1	7	2	3	4	22
Sexo											
Masculino	82	104	80	120	152	85	114	88	100	99	1.024
Feminino	75	71	65	79	122	81	87	50	76	71	777
Raça/Cor											
Ign/Branco	6	6	9	9	8	6	3	4	9	9	69
Branca	20	15	16	12	23	7	14	12	12	8	139
Preta	12	12	8	13	14	7	7	9	8	7	97
Amarela	2	2	0	1	1	0	0	0	2	0	8
Parda	100	114	100	151	205	125	162	105	124	118	1.304
Indígena	17	26	12	13	23	21	15	8	21	28	184

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Em relação a ocorrência das Hepatites Virais por faixa etária (**Tabela 5**), observa-se que houve uma maior concentração de casos notificados entre as idades de 20 e 69 anos, sendo que o pico de casos se deu na faixa etária de 30 a 39 anos com 390 casos (21,65%), de 40 a 49 anos com 343 casos (19,04%) e de 50 a 59 anos com 310 casos (17,21%).

Tabela 6 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Ano de notificação e Gestante, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Gestante	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	3	5	10	3	7	5	1	2	1	4	41
1º Trimestre	3	5	5	2	6	6	6	4	4	6	47
2º Trimestre	3	4	3	3	10	3	8	6	4	3	47
3º Trimestre	8	8	2	5	6	4	4	3	4	2	46
Idade gestacional Ignorada	1	2	0	2	2	0	2	0	0	1	10
Total	18	24	20	15	31	18	21	15	13	16	191

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Quando se avalia os casos segundo sexo, o sexo masculino majoritariamente se destaca em relação ao feminino no período analisado, com 1024 casos notificados, o que representa 56,85% dos casos, demonstrando assim, a necessidade de se intensificar ações voltadas para essa população buscando atingir principalmente os homens que estão mais expostos a se contaminarem e que por alguma razão procuram bem menos os serviços nas unidades de saúde (**Tabela 5**).

Tabela 7 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Classificação Etiológica e Gestante, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Gestante	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + C	Não se aplica	Total
Ign/Branco	6	1	28	6	0	0	41
1º Trimestre	7	1	35	3	1	0	47
2º Trimestre	4	0	39	3	0	1	47
3º Trimestre	4	0	37	5	0	0	46
Idade gestacional Ignorada	2	0	8	0	0	0	10
Total	23	2	147	17	1	1	191

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Entre os casos observados na **Tabela 5**, referente a raça, é notório o destaque para a raça parda apresentando 1304 casos notificados, o que representa 72,40% do total de casos. Em seguida a raça indígena com 184 casos (10,21%). No entanto não se pode deixar de se entender que a população indígena apresenta algumas

particularidades que por vezes dificultam a captação de casos principalmente em relação a cultura e situação geográfica os quais estão inseridos.

Os cuidados voltados as gestantes devem ser cada vez mais intensificados visto que os riscos de contaminação são mais críticos devido a gestação, o que pode acarretar danos irreversíveis a criança. A **Tabela 6** mostra um total de 150 casos de Hepatites Virais notificados em gestantes, sendo 47 casos de gestantes notificadas no 1º trimestre, 47 casos no 2º trimestre e 46 casos de gestantes no 3º trimestre. Ainda consta 10 casos notificados com a idade gestacional como ignorada. Já na **Tabela 7**, podemos observar a prevalência dos casos em gestantes para hepatite do tipo B com 147 casos (76,96%), seguido do tipo C com 17 casos notificados (8,90%).

Deve-se garantir a toda gestante a captação precoce do diagnóstico para hepatites virais como forma de oferecer uma linha de cuidado adequada para essa população, preferencialmente já na primeira consulta de pré-natal, haja vista a importância de um olhar mais apurado tornando o cuidado eficaz até o final da gestação, protegendo não só a mãe como também sua criança a fim de reduzir os dados relacionados a transmissão vertical no estado de Roraima.

Tabela 8 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Forma Clínica e Classificação Etiológica, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Forma Clínica	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Vírus A + B	Não se aplica	Total
Ign/Branco	92	2	33	34	0	0	0	0	161
Hepatite Aguda	16	157	74	16	0	1	1	1	266
Hepatite Crônica/Portador	8	0	501	75	2	9	0	2	597
Hepatite Fulminante	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Inconclusivo	5	10	477	272	0	7	0	4	775
Total	121	169	1.086	398	2	17	1	7	1.801

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações.

Entre as formas clínicas das Hepatites Virais, na tabela acima pode-se observar que a Hepatite Crônica é a que apresenta maior número de notificações com 597 casos (32,81%), seguido da forma Aguda com 266 casos notificados (14,76%). A opção inconclusiva representa 43,03% dos casos, o que demonstra uma fragilidade em saber o tipo de forma clínica das Hepatites Virais, o que pode prejudicar e tardar o acompanhamento clínico dos pacientes diagnosticados, além de fragilizar os dados epidemiológicos relacionados a caracterização das Hepatites Virais em Roraima.

Tabela 9 – Número de casos de Hepatites Virais segundo Fonte/Mecanismo de Infecção e Classificação Etiológica, 2015 a 2024, estado de Roraima.

Fonte/ Mecan.Infecção	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Vírus A + B	Não se aplica	Total
Ign/Branco	91	38	642	307	2	10	0	2	1.092
Sexual	15	1	302	30	0	4	0	3	355
Transfusional	0	0	11	3	0	0	0	0	14
Uso de Drogas	1	0	19	10	0	0	0	1	31
Vertical	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Acidente de Trabalho	1	0	1	1	0	0	0	0	3
Hemodiálise	0	0	5	0	0	0	0	0	5
Domiciliar	0	8	11	1	0	0	0	0	20
Tratamento Cirúrgico	0	0	14	6	0	0	0	0	20
Tratamento Dentário	0	1	34	14	0	2	0	1	52
Pessoa/pessoa	0	1	3	2	0	0	0	0	6
Alimento/Água	0	118	2	0	0	0	1	0	121
Outros	12	2	42	23	0	1	0	0	80
Total	121	169	1086	398	2	17	1	7	1.801

Fonte: Tabwin. SINAN. Dados atualizados em 23/07/2025. Dados sujeitos a alterações

Entre os dados que continham a informação sobre a fonte/mecanismo de infecção, a **Tabela 9** demonstra que a fonte/mecanismo de infecção via sexual foi a mais expressiva com 355 casos, o que representa 18,60% entre o total de fontes que possui esta informação, seguido do alimento/água contaminado com 121 casos (6,71%). Pode-se destacar o campo ignorado e/ou em branco que correspondeu a 1.092 casos, o que representou 60,63% do número total dos casos, o que demonstra a necessidade de fortalecer as informações deste campo durante a investigação dos casos como forma de melhorar as estratégias para redução a exposição por diferentes vias de exposição.

Tabela 10 – Frequência de Óbitos por Causa Básica Hepatites Virais segundo Ano do Óbito, 2015 a 2024, ocorridos no Estado de Roraima.

Causa (CID10 3C)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
B16 Hepatite Aguda B	4	4	3	4	0	4	3	3	5	6	36
B17 Outras Hepatites Virais Agudas	2	1	1	3	2	0	1	0	1	1	12
B18 Hepatite Viral Crônica	6	2	2	5	6	7	5	6	4	6	49
B19 Hepatite Viral não especificada	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	5
Total	13	7	6	12	8	11	10	11	11	13	102

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Data 25/07/2025. Dados sujeito a alterações.

Sabe-se que os vírus que causam as Hepatites Virais são fortemente atraídos pelas células hepáticas causando-lhes graves sequelas, por vezes irreversíveis para o fígado, inclusive, levando a pessoa infectada ao óbito. Essa realidade pode-se observar nos dados elencados na tabela acima pode-se observar os casos de óbito em Roraima nos últimos 10 anos por causa básica Hepatites Virais, que a Hepatite Viral Crônica foi a mais expressiva com 49 óbitos, o que representa 48,03% do total de óbitos e que o ano de 2020 apresentou mais óbitos (n=7) por esta causa básica.

Ainda na **Tabela 10**, a causa básica para Hepatite Aguda B apresentou 36 óbitos (35,29%), o que reflete a realidade ao longo dos anos pois a HBV é a hepatite que tem mais chances de levar ao óbito. Um destaque é o ano de 2024 que apresentou 6 óbitos e, 4 óbitos se repetem respectivamente ao longo dos anos de 2015, 2016, 2018 e 2020. Vale lembrar que a HBV não tem cura apesar de estar disponível pelo SUS para toda a população a vacina contra a Hepatite B.

Tabela 11 – Frequência de Óbitos por Causa Básica Hepatites Virais segundo município de residência, 2015 a 2024, ocorridos no Estado de Roraima.

Município de Residência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	5
Amajari	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Boa Vista	12	4	5	11	5	9	7	9	5	6	73
Bonfim	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cantá	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Caracaraí	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4
Caroebe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Iracema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Mucajá	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Normandia	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3
Pacaraima	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
Rorainópolis	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
São João da Baliza	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Uiramutã	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	13	7	6	12	8	11	10	11	11	13	102

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Data 25/07/2025. Dados sujeito a alterações.

Como pode-se observar na **Tabela 11**, o município de Boa Vista apresentou o maior número de óbitos (n=73), o que representa 71,56% do total de óbitos. Vale destacar que Boa Vista apresentou 12 óbitos no ano de 2015, 11 óbitos no ano de 2018 e 9 óbitos nos anos de 2020 e 2022, respectivamente, seguido do município de Alto Alegre que apresentou 5 óbitos no período analisado (4,90%). Os municípios de Bonfim, Cantá, Caroebe, Iracema, Mucajaí e Uiramutã apresentaram apenas um óbito cada durante os 10 anos analisados.

ANÁLISE DO PAINEL DE MONITORAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Painel de Monitoramento das Hepatites B e C, do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, foi elaborado com o intuito de divulgar informações sobre o perfil e a distribuição das pessoas que iniciaram o tratamento relacionado as Hepatites Virais. Os dados são provenientes do SICLOM Hepatites (a partir de janeiro de 2022) e serão atualizados a cada três meses (Brasil, 2025).

Hepatite B

De acordo com a cascata da Hepatite B, no ano de 2024, do estado de Roraima, 1.959 pessoas foram identificadas no sistema, e destas 1.198 apresentaram a hepatite B crônica. Desse total, 599 (50%) tinham indicação de tratamento e 881 (74%) não estavam vinculadas aos serviços de saúde. Além disso, 335 pessoas foram vinculadas ao serviço de saúde, 181 estavam em tratamento e 81 pessoas estavam em interrupção de tratamento (Brasil, 2025).

Entre janeiro e novembro de 2024, das 181 em tratamento, 1,7% eram da população privada de liberdade, 27,6% com faixa etária de 30 a 39 anos, 60% do sexo masculino, 59% da raça parda, 88% sem gravidade – sem cirrose (Brasil, 2025).

De janeiro a julho de 2024, das 81 pessoas com interrupção de tratamento, 1,2% eram população em situação de rua, 3,7% eram população privada de liberdade, 2,5% eram pessoas submetidas a hemodiálise, 58% do sexo masculino, 29,6% na faixa etária de 40 a 49 anos, 65% da raça parda e 74% sem gravidade – sem cirrose. Além disso, 3,7% tinham indicação terapêutica para Transmissão Vertical e 2,5% tinha risco de reativação da doença caso fosse submetidos a terapia imunossupressora ou

quimioterapia.

Em 2024, sobre o início de tratamento para Hepatite B, 25 pessoas iniciaram o tratamento e, destes, 68% eram do sexo masculino, 24% na faixa etária de 60 a 69 anos seguido de 24% na faixa etária de 40 a 49 anos, 40% da raça parda e 54% não apresentaram gravidade, ou seja, sem cirrose (Brasil, 2025).

Hepatite C

De acordo com a cascata da Hepatite C, no ano de 2024, do estado de Roraima, 87 pessoas foram identificadas no sistema, entretanto, 52% destas não realizaram exames e 42 pessoas realizaram carga viral e, destas, 11 (13%) pessoas tiveram resultado indetectável e 31 apresentaram carga viral detectável (virêmicos). Além disso, destas 31 pessoas, apenas 9 (29%) não entraram em tratamento e as outras 22 (71%) pessoas foram tratadas (Brasil, 2025).

Entre janeiro e novembro de 2024, das 25 pessoas que realizaram o tratamento, 28% eram da faixa etária de 60 e 69 anos e 30 a 39 anos, respectivamente, 56% do sexo masculino, 79% da raça parda e 60% sem gravidade – sem cirrose. Além disso, quanto ao estadiamento hepático, 60% estavam <1 , 28% ≥ 1 e <2 e, 12% ≥ 2 (Brasil, 2025).

Recomendações

- Reduzir a taxa de incidência de HV a nível estadual;
- Fortalecer a Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais nos municípios do Estado;
- Monitorar as notificações de HV em gestantes;
- Monitorar as notificações da Transmissão Vertical (TV);
- Monitorar e cruzar os dados SIM/SINAN dos óbitos por HV notificados em Roraima;
- Monitorar taxa de vacinação para Hepatite B em crianças com até 30 dias de nascidas;
- Monitorar taxa de vacinação para Hepatite B em adultos;
- Monitorar e cruzar os dados do SISLOGLAB/SINAN;
- Monitorar e cruzar os dados do SINASC/SIPNI para vacinas disponibilizadas pelo SUS;
- Fortalecer a reestruturação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical

Estadual;

- Fortalecer a realização dos Testes Rápidos (TR) nos municípios do estado;
- Fortalecer o cuidado contínuo para pessoas com HAV/HBV/HCV reagente;
- Fortalecer a importância da realização dos TR's no pré-natal como forma de prestar um atendimento de qualidade para as gestantes;
- Fortalecer ações voltadas para populações vulnerabilizadas com maior risco de se infectarem com Hepatites Virais;
- Disponibilizar fluxo de atendimento para o cuidado de pessoas com HAV/HBV/HCV;
- Elaborar boletins epidemiológicos das Hepatites Virais do Estado de Roraima.

Estratégias para Notificação e Investigação das Hepatites Virais

- Após a notificação de casos de Hepatites Virais, deve-se iniciar a investigação epidemiológica com o preenchimento da Ficha de Investigação no Sinan. Todos os campos devem ser preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Outros itens podem ser incluídos no campo “observações”, conforme as necessidades e peculiaridades de cada situação;

- Na investigação de casos de transmissão pessoa a pessoa ou fecal-oral (Hepatite A), deve-se investigar se os pacientes se expuseram a possíveis fontes de contaminação, particularmente água de uso comum e refeições coletivas;

- Na investigação de casos de Hepatites Virais de transmissão sanguínea/sexual, deve-se investigar história de compartilhamento de objetos contaminados – como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, materiais para colocação de piercing e para confecção de tatuagens, materiais para escarificação da pele para rituais, instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (crack), além de antecedentes de exposição a material biológico, procedimentos cirúrgicos, odontológicos, hemodiálise, transfusão (principalmente anterior a 1993), endoscopia, e outros procedimentos invasivos em que não se aplicaram as normas adequadas de biossegurança. Identificar a ocorrência da prática de relações sexuais desprotegidas ou abuso sexual;

- É importante investigar a história de comunicantes e outros casos suspeitos e/ou confirmados de Hepatites, levantando hipóteses sobre a forma de transmissão, com a finalidade de identificar indivíduos assintomáticos, prevenir a disseminação da

doença e evitar possíveis surtos.

Estratégias para Medidas de Prevenção e Controle das Hepatites Virais

- Para as hepatites A e E, após a identificação dos primeiros casos, estabelecer medidas de cuidado com a água de consumo, a manipulação de alimentos, e as condições de higiene e saneamento básico junto à comunidade e aos familiares;

- Para casos de hepatites B, C e D, nas situações em que se suspeite de infecção coletiva em serviços de saúde, fornecedores de sangue ou hemoderivados, em que não sejam adotadas as medidas de biossegurança – investigar caso a caso, buscando a fonte da infecção. Quando observada situação de surto, notificar a vigilância sanitária para a adoção de medidas de controle nos estabelecimentos;

- Orientação de instituições coletivas, como creches, pré-escolas e outras, sobre as medidas adequadas de higiene, desinfecção de objetos, bancada e chão, utilizando hipoclorito de sódio 2,5% ou água sanitária;

- Lavagem e desinfecção, com hipoclorito de sódio, dos alimentos que forem ser consumidos crus;

- Afastamento do paciente, se necessário, de suas atividades de rotina. Para os casos de hepatites A e E, essa situação deve ser reavaliada e prolongada em surtos em instituições que abriguem crianças sem o controle esfinteriano (uso de fraldas), onde a exposição e o risco de transmissão são maiores;

- Realização de Teste Rápido para Hepatite B (HBV) e Hepatite C (HCV) no pré-natal;

- Após resultado reagente para HBV ou HCV solicitar exames complementares para confirmar diagnóstico e evolução da doença;

- Solicitação de sorologia de hepatites para os doadores e receptores de órgãos;

- Para prevenção de Hepatites B, C e D, de transmissão sanguínea e sexual, os indivíduos devem ser orientados sobre a importância do não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, materiais de manicure e pedicure. Além disso, as pessoas que usam drogas injetáveis e/ou inaláveis devem ser orientadas sobre a importância do não compartilhamento de agulhas, seringas, canudos e cachimbos. O uso de preservativos é recomendado em todas as práticas sexuais;

- Monitoramento de pacientes com hemofilia e pacientes que recebem

hemoderivados;

- Vacinação – O Ministério da Saúde disponibiliza as vacinas Hepatites A e B;

- Vacina hepatite A (inativada) purificada é indicada no calendário básico de vacinação da criança. Em crianças, ela tem demonstrado elevada proteção após uma dose. Essa vacina está disponível na rede pública para as crianças com 15 meses de idade em esquema de dose única. Para crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar, recomenda-se administrar uma dose da vacina hepatite A. Nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, a vacina é indicada em esquema diferenciado para pacientes suscetíveis a hepatite A, a partir de 12 meses de idade, com hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do HCV, portadores crônicos do HBV, de coagulopatias, pacientes com HIV/aids, imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora, doenças de depósito, fibrose cística (mucoviscidose), trissomias, candidatos a transplante de órgão sólido (cadastrados em programas de transplantes), transplantados de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea), doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea) – cadastrados em programas de transplantes e hemoglobinopatias;

- A vacina hepatite B (recombinante) é recomendada, de forma universal, a partir do nascimento. A aplicação da 1ª dose nas primeiras 12-24 horas de vida resulta em alta eficácia na prevenção da infecção transmitida verticalmente. A vacinação de crianças confere imunidade prolongada, persistindo mesmo com a queda de título de anticorpos que ocorre com o passar dos anos. A vacina hepatite B protege também contra infecção pelo HDV. A vacina é administrada em esquema de 3 doses. Para os recém-nascidos, deve-se administrar uma dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento. O esquema de vacinação da hepatite B deve ser completado com a vacina penta valente (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B [recombinante] e *Haemophilus influenzae B* [conjugada]), aos 2, 4 e 6 meses de vida. Crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 mês de idade, não administrar mais essa vacina. Crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou complementar esquema com penta, que está disponível na rotina dos serviços de saúde, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Pessoas a partir

de 7 anos de idade: sem comprovação vacinal, administrar 3 doses da vacina hepatite B com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Com esquema vacinal incompleto: não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada. Para gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional: administrar 3 doses da vacina hepatite B, considerando o histórico de vacinação anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá concluir após o parto;

- Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (IGHAB) é indicada para pessoas não vacinadas, ou com esquema incompleto, após exposição ao vírus da hepatite B;

- Os trabalhadores da saúde devem obedecer às normas universais de biossegurança e imunização contra a Hepatite B;

- Logo após o nascimento, os recém-nascidos (RN's) de mulheres com HBV (HBsAg reagente) devem receber Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (IGHAB) preferencialmente ao nascer podendo ser feita até no máximo 7 dias após o nascimento, pois essa ação previne a transmissão perinatal da Hepatite B em mais de 90% dos RN's. A vacina contra a Hepatite B deve ser administrada na sala de parto ou nas primeiras 12 horas e, se não for possível, em até 24 horas após o parto. As demais doses serão feitas aos 2, 4 e 6 meses, com a vacina pentavalente;

- Realização de ações de educação voltadas para prevenção das Hepatites Virais: além das medidas de controle específicas para as Hepatites Virais, ações de educação em saúde devem ser desenvolvidas para os profissionais de saúde e para a comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e IST**. Brasília, 2020, p.:8. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2019, V.: único. Ed.: 3. P.: 265; 274-285.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Sistema de Informação Nacional de Agravos – SINAN. Disponível em:

<http://portalsinan.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília, 2019, Ed.:1ª.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília, 2017, Ed.:1ª.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014, Ed.:1ª. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Hepatites Virais: O Brasil está atento/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, Ed.:3ª.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em 23 jul. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de Monitoramento das Hepatites B e C. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento-de-hepatites-b-e-c>. Acessado em 30 jul. 2025.

6.3 TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) representa um desafio importante para a saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil. Apesar de ser uma doença tratável e curável, ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade da população.

Eliminar a TB como problema de saúde pública é um objetivo alcançável, se houver ambientes de governabilidade e governança favoráveis. Para tal, é imperativo que as responsabilidades sejam assumidas em todos os níveis. Além disso, ações de monitoramento e avaliação do progresso em todas as frentes precisam ocorrer de forma contínua, conduzidas por parcerias multissetoriais que envolvam diferentes entes governamentais, organismos multilaterais, organizações da sociedade civil, academia, empresas privadas e comunidades afetadas.

No Brasil, em 2024, foram notificados 84.308 casos novos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 39,7 casos por 100 mil habitantes. Nesse contexto, Roraima notificou 459 casos novos de TB e teve uma incidência de 64,0, ocupando do terceiro lugar no nível nacional, esse indicador reflete o aumento do risco de adoecimento da população.

O programa de controle da tuberculose, é descentralizado e hierarquizado nos três níveis de governo, com atribuições e responsabilidades específicas. Compete ao Núcleo de Controle da Tuberculose gerenciar a execução das medidas de controle em nível estadual e apoiar os municípios na execução das ações de controle da tuberculose. Nessa perspectiva, este relatório oferece uma avaliação detalhada e atualizada da situação epidemiológica e operacional da Tuberculose em Roraima.

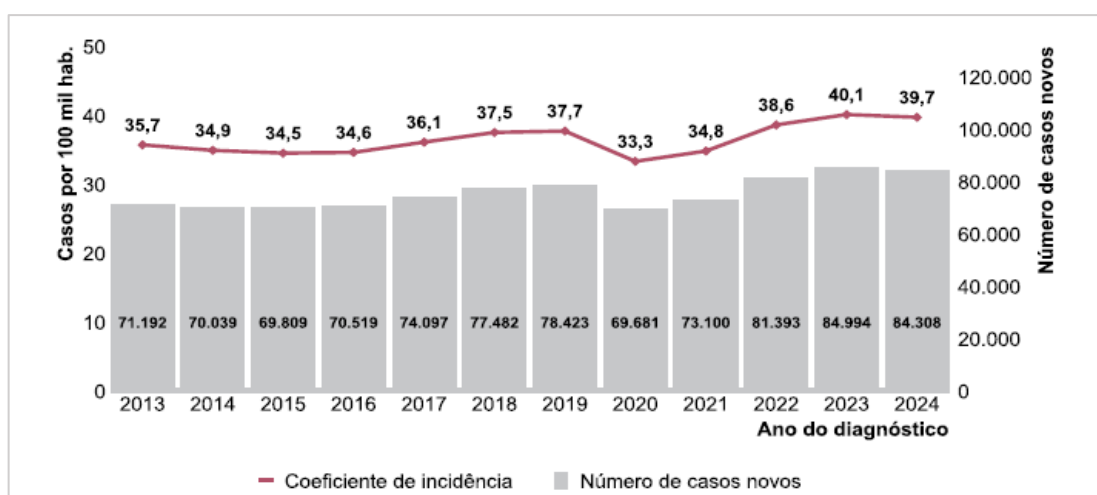
O presente relatório faz uma abordagem comparativa da doença em nível nacional, estadual e municipal e fornece uma avaliação atualizada da situação epidemiológica e operacional da Tuberculose no estado de Roraima.

As informações foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB), do Sistema de Informação de Infecção Latente (ILTB). Para as estimativas populacionais, foram utilizados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os indicadores foram calculados com auxílio do software TabWin e Excel.

TAXA DE INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE BRASIL E RORAIMA

Em 2024, o Brasil notificou 84.308 casos novos de TB, correspondendo a uma incidência de 39,7 casos por 100 mil hab., ou seja, uma redução de 0,8% dos valores observados em 2023 (Figura 2). Embora esses dados sugiram recuperação, o cenário envolve desafios para o cumprimento das metas de eliminação da TB como problema de saúde pública, cujo alcance depende de estratégias integradas e ações coordenadas entre diversos setores, reforçando a necessidade de uma resposta multisetorial para superar os determinantes sociais e estruturais da doença. (Brasil, 2024^a).

Figura 1 – Coeficiente de incidência (casos por 100 mil hab.) e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2013 a 2024^a

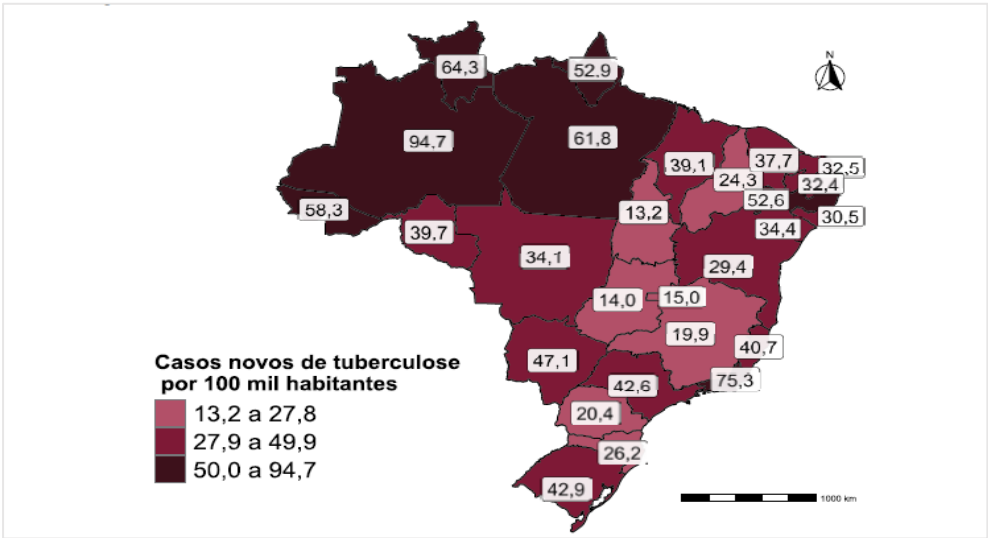


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ^a Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Em 2024, assim como nos anos anteriores, o coeficiente de incidência da TB apresentou variação entre as Unidades Federadas. Os estados com os maiores coeficientes de incidência foram: Amazonas (94,7 casos por 100 mil hab.), Rio de Janeiro (75,3 casos por 100 mil hab.) e Roraima (64,3 casos por 100 mil hab.). Os menores coeficientes de incidência foram registrados no Distrito Federal (15,0 casos por 100 mil hab.), Goiás (14,0 casos por 100 mil hab.) e Tocantins (13,2 casos por 100 mil hab.) (Figura 2). A análise do coeficiente de incidência deve sempre ser acompanhada de outros indicadores e avaliações dos serviços de saúde, pois valores baixos podem refletir tanto uma real carga da doença quanto um possível cenário de

subnotificação. Portanto, para interpretar esses dados com precisão é essencial considerar a qualidade da vigilância, o acesso a serviços de saúde, testes diagnósticos e a capacidade de identificação e notificação de casos.

Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil hab.) por Unidades da Federação. Brasil, 2024^a

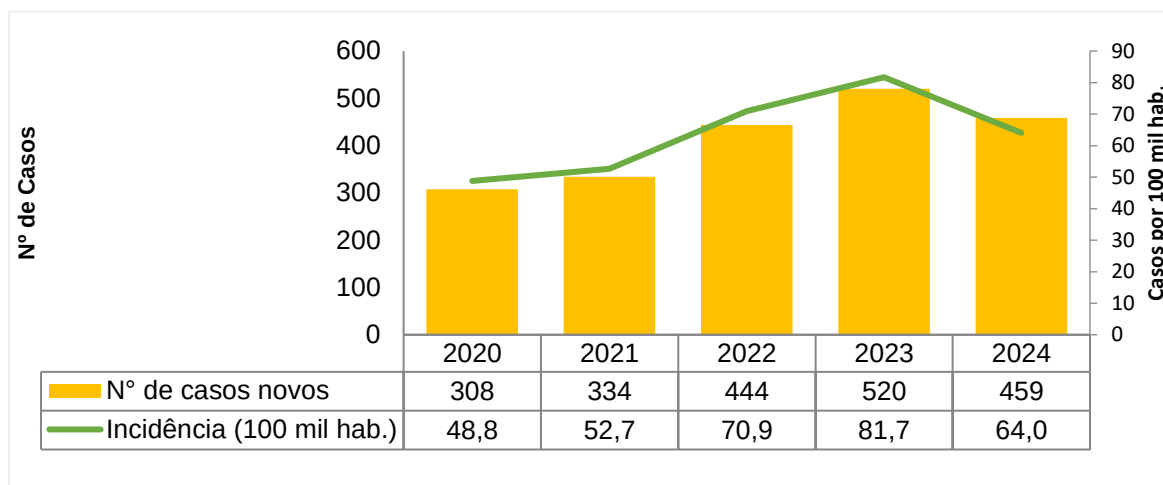


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ^a Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

O número de casos novos de tuberculose teve um aumento significativo nos últimos cinco anos em Roraima, 308 casos (2020) para 459 casos (2024), com destaque para 2023 período em que ocorreu o maior número de casos novos. (Gráfico 1).

Em relação a incidência no estado de Roraima houve uma redução de 27,6% comparada aos valores observados em 2023. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de casos novos e taxa de incidência (casos por 100 mil hab.) de tuberculose residentes em Roraima – 2020 a 2024.

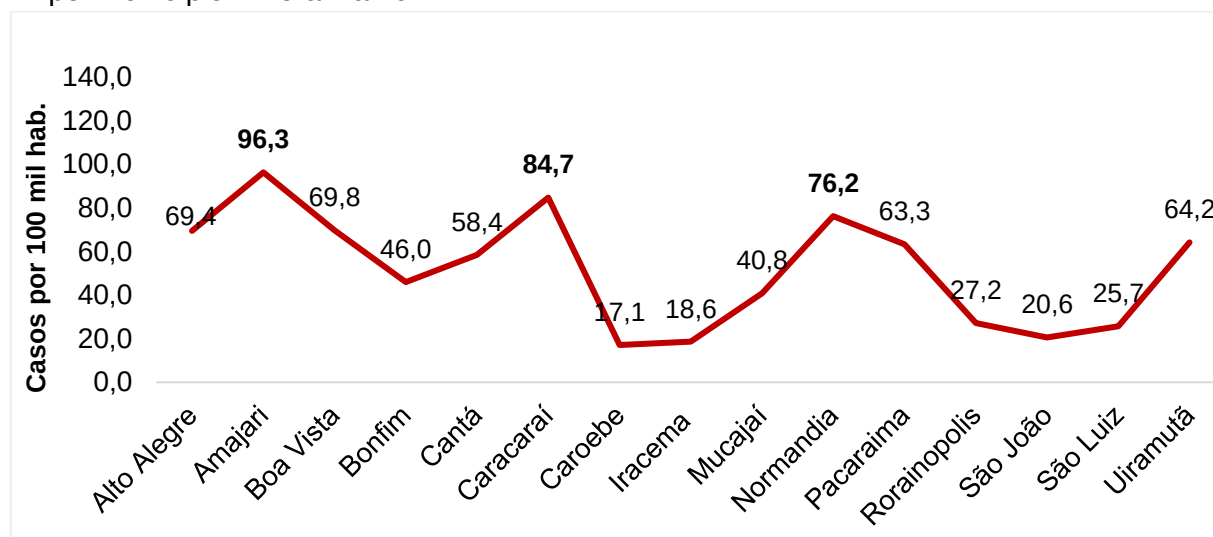


Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR – IBGE - (Censo demográficos e projeções). Casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em 07/07/2025.

É importante destacar que a taxa de incidência nos municípios de Roraima é bastante variada, e, algumas vezes, maior que a incidência do Estado (Gráfico 2).

Observa-se que os municípios com população indígena, são os que apresentam níveis mais elevados em comparação com o Estado, como é o caso de Pacaraima (63,3), Alto Alegre (69,4), Amajari (96,3) e Normandia (76,2).

Gráfico 2 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de casos novos de tuberculose por município – Roraima 2024.



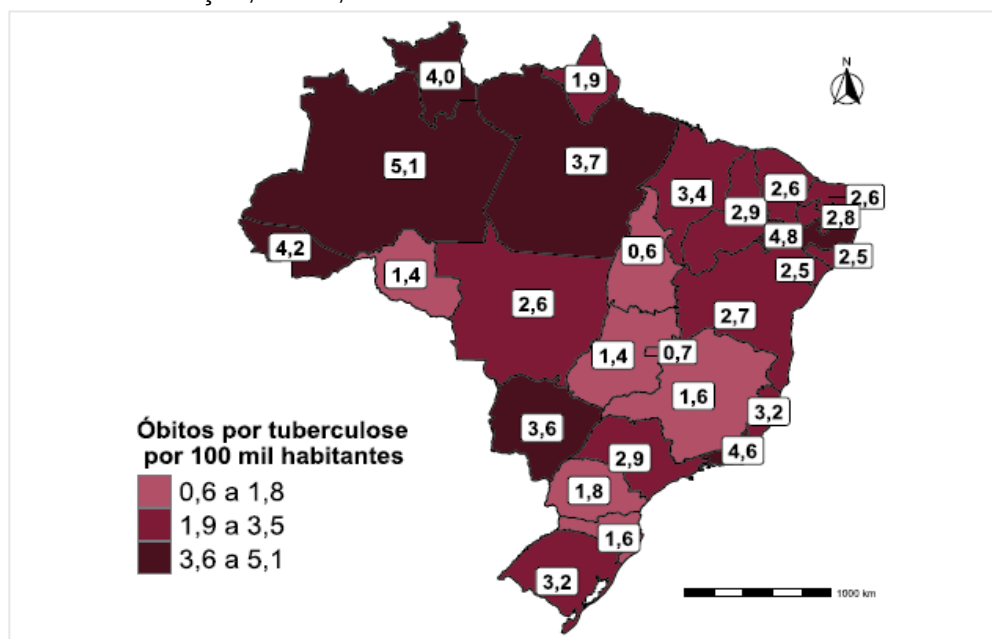
Fonte: SESA/SINAN-NET/NCT E IBGE (Censo demográficos e projeções). -dados sujeitos a alteração. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NO BRASIL E RORAIMA

O óbito por TB é um evento sentinela, uma situação evitável, que reflete fragilidades na assistência à saúde (Brasil, 2017b). Além disso, representa uma oportunidade para identificar os determinantes e condicionantes do processo de adoecimento, tanto individual quanto na interação com o núcleo familiar e/ou comunidade (Selig et al., 2010).

No Brasil, em 2023, os estados do Amazonas (5,1 óbitos por 100 mil hab.), Pernambuco (4,8 óbitos por 100 mil hab.) e Rio de Janeiro (4,6 óbitos por 100 mil hab.) registraram os maiores coeficientes de mortalidade por TB no país. Além disso, 12 Unidades Federadas apresentaram coeficientes superiores ao valor nacional (2,85 óbitos por 100 mil hab.) e a Região Norte concentrou quatro estados com mortalidade acima de 3,5, evidenciando disparidades regionais no enfrentamento à doença (Figura-3).

Figura 3 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose (óbitos por 100 mil hab.) por Unidade da Federação, Brasil, 2023^a

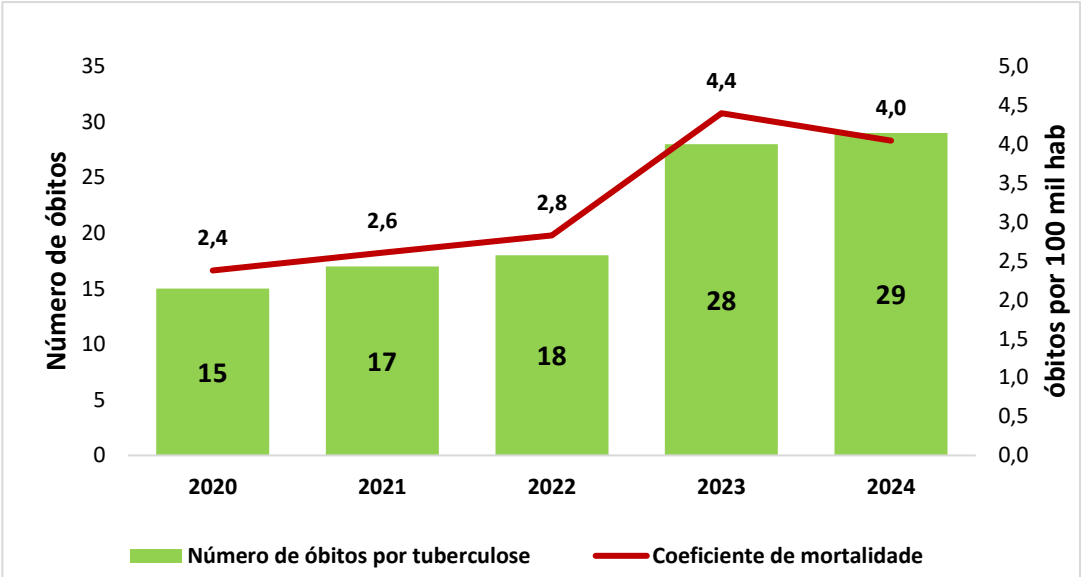


Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Comitê de Gestão de Indicadores Demográficos/Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais; Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica. ^a Dados extraídos em janeiro/2025.

Em Roraima ocorreram 29 mortes por tuberculose em 2024, o que representa taxa de mortalidade de 4,0 óbitos por 100 mil pessoas. Houve, ainda, um aumento de 66,6% em relação ao ano de 2020 (2,4), colocando o Estado em terceiro lugar na

região norte. Esses dados representam a consequência do diagnóstico tardio, entre outros fatores. (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil hab.) e número de óbitos por tuberculose. Roraima, 2019 a 2024

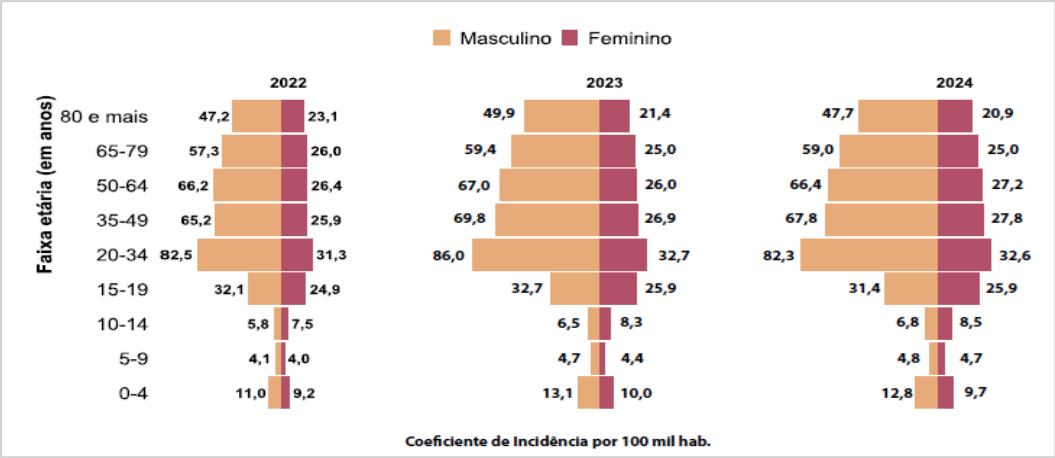


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estadual de Saúde/Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

Dos 84.308 casos novos de TB registrados no Brasil em 2024, 68,2% (n=57.506) ocorreram em pessoas do sexo masculino, mantendo-se a tendência observada nos anos anteriores (2023: 69,2% e 2022: 68,7%). A incidência de TB foi superior em homens em todas as faixas etárias, exceto no grupo de 10 a 14 anos, no qual a incidência foi maior entre o sexo feminino, com um aumento gradual nos últimos anos. (Figura 4). Os resultados reforçam o perfil epidemiológico predominante da TB em pessoas do sexo masculino e de idade economicamente ativa, conforme apresentado em pesquisa nacional (Duarte Neto *et al.*, 2024) e internacional (Peer; Schwartz; Green, 2023).

Figura 4 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil hab.) por sexo e faixa etária. Brasil, 2022 a 2024

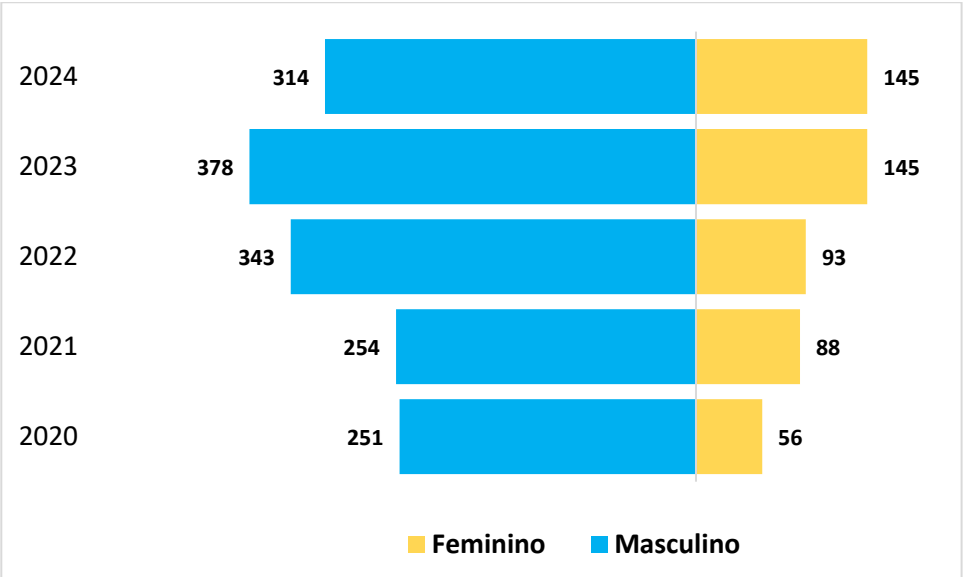


Fonte:

Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; IBGE. Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2024, sujeitos a alteração.

A variação dos casos novos residentes em Roraima, nos últimos cinco anos, assemelha-se a do Brasil em relação ao sexo, (Gráfico 4). Em 2024, do total de casos novos de tuberculose residentes, 314 (68,4%) ocorreram em pessoas do sexo masculino. Homens de 20 a 34 anos apresentaram o maior número de casos (150 casos).

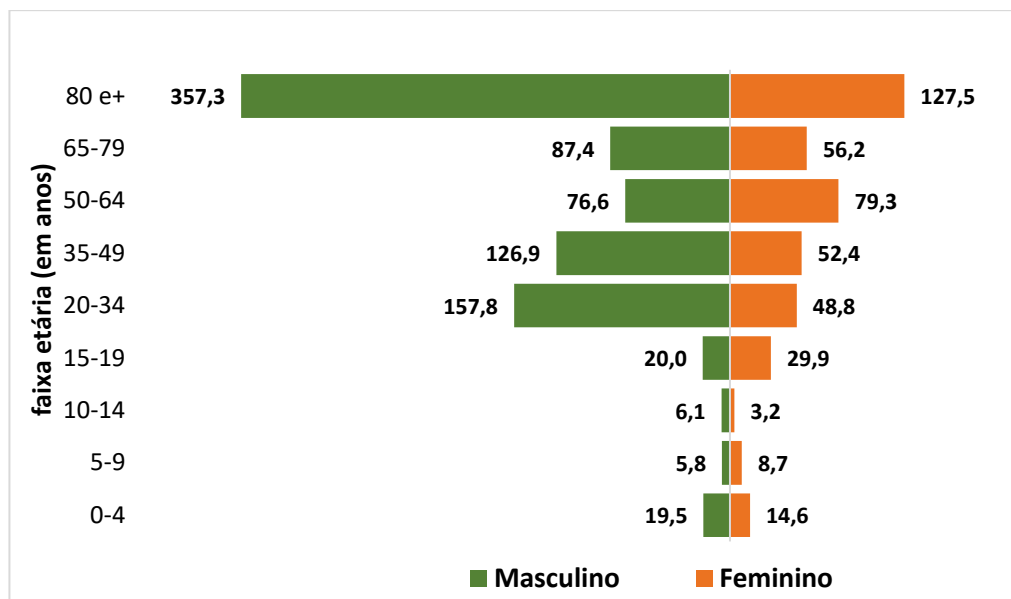
Gráfico 4 – Número de Casos novos de tuberculose segundo sexo - Roraima, 2020 - 2024.



Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração.

No estado de Roraima, os maiores coeficientes de incidência para ambos os sexos foram observados na faixa etária de 80 anos e+, perfil diferente do nível nacional onde a maior incidência é no sexo masculino com faixa etária de 20 a 34 anos. Gráfico 5.

Gráfico 5 – Número de Casos novos de tuberculose segundo sexo - Roraima, 2019 - 2023.



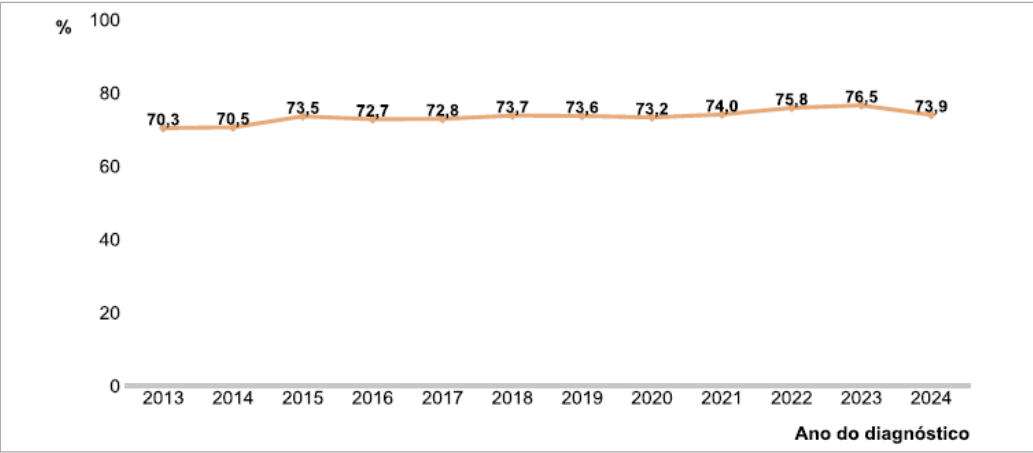
Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT E IBGE (Censo demográficos e projeções). Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração.

DIAGNÓSTICO DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE NO BRASIL E RORAIMA

Conforme o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019), o diagnóstico da TB é subdividido em clínico, bacteriológico, histopatológico, por imagem e por outros testes diagnósticos. No âmbito da vigilância epidemiológica da TB, os casos podem ser confirmados por critério laboratorial, ou seja, quando há pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, teste rápido molecular ou cultura. Desde 2013, mais de 70% dos casos novos de TB pulmonar têm sido confirmados por critério laboratorial no Brasil.

Nos últimos cinco anos (2019- 2024), a menor proporção foi registrada em 2020 (73,2%; n=44.365), seguida de aumento gradual até 2023 (76,5%; n=57.099), ano com o maior percentual de confirmação laboratorial de TB pulmonar do período analisado. (Figura 5).

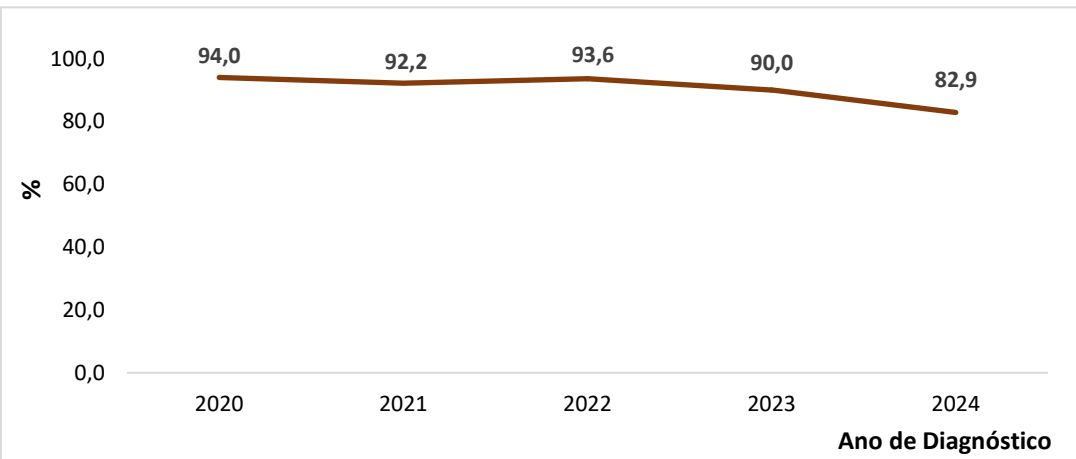
Figura 5 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial^a. Brasil, 2013 a 2024^b.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
a Confirmados por critério laboratorial: pessoas com tuberculose que apresentaram pelo menos um resultado positivo nos exames laboratoriais (baciloscopia de escarro, teste rápido molecular para tuberculose ou cultura).
b Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025.

Em Roraima, nos últimos cinco anos (2020- 2024), a proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial se manteve durante os anos, com menor registrado em 2024 (82,9%; n= 344), o que sugeri uma diminuição na busca ativa de casos suspeitos de tuberculose. Gráfico 6.

Gráfico 6 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial: Brasil, 20120 a 2024.



Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração.

Em 2024, foram notificados 590 casos de tuberculose em Roraima, sendo 81,4% (n=480) de casos novos, com o percentual de 72,5% (n=348) de nacionalidade brasileira (dentre os casos novos diagnosticados no estado existe 01 caso novo de pessoa residente no Amazonas, 1 do Pará) e 26,3% (n=126) de nacionalidade venezuelanos (imigrantes). (Quadro 1).

Quadro - 1 Número de casos de tuberculose notificados em Roraima por tipo de entrada e Nacionalidade – 2024.

TIPO DE ENTRADA	NACIONALIDADE				TOTAL
	BRASIL	VENEZUELA	GUIANA	COLOMBIA	
Casos Novos	348	126	04	02	480
Reing. Após Abandono	18	07			25
Recidiva	26	08			34
Pós Óbito	01	0	0		01
Transferência	50	0	0		50
Total	443	141	04	02	590

Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR – Dados sujeito a alterações, gerados em 07/2025.

Em relação ao número de casos diagnosticados por município de residência, observa-se que no ano de 2024 apenas 7 (sete) municípios alcançaram a meta preconizada pelo Ministério da Saúde que é 70%. Quadro 2.

Quadro 2 – Número de Casos Novos detectados e Proporção do alcançado em relação à Meta por município de residência – Roraima - 2020 a 2024.

Roraima	Tuberculose									
	2020		2021		2022		2023		2024	
	C.N	% em Relação à Meta	C.N	% em Relação à Meta	C.N	% em Relação à Meta	C.N	% em Relação à Meta	C.N	% em Relação à Meta
Alto Alegre	15	66,7	06	28,6	19	105,6	23	109,5	16	53,3
Amajari	06	40,0	11	64,7	10	58,8	11	122,2	15	125,0
Boa Vista	241	109,0	264	107,8	348	129,9	405	109,5	328	65,0
Bonfim	03	30,0	14	127,3	4	36,4	7	63,6	7	38,9
Cantá	04	36,4	09	81,8	8	72,7	9	81,8	12	100,0
Caracarái	04	57,1	06	85,7	8	114,3	12	120,0	19	135,7
Caroebe	02	100,0	0	0,0	3	150,0	0	0,0	2	66,7
Iracema	0	0,0	1	50,0	4	400,0	2	50,0	2	50,0
Mucajáí	06	75,0	8	100,0	3	33,3	8	88,9	8	72,7
Normandia	02	33,3	4	66,7	6	100,0	9	128,6	12	100,0
Pacaraima	08	53,3	10	52,6	13	68,4	23	153,3	14	53,8
Rorainópolis	09	81,8	4	36,4	7	63,6	6	66,7	10	100,0
São João	01	100,0	2	200,0	4	400,0	3	75,0	2	33,3
São Luiz	01	50,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0	2	66,7
Uiramutã	03	100,0	4	133,3	5	83,3	8	133,3	10	111,1

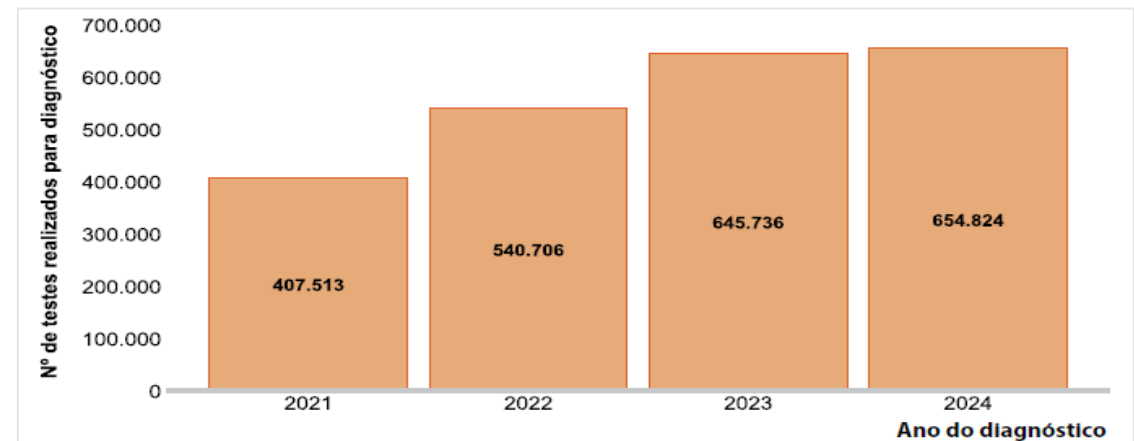
Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR – Dados sujeito a alterações, gerados em 07/2025.

Teste Rápido Molecular – TRM

Dentre os objetivos globais pactuados na 2ª Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre TB em 2023, ficou estabelecido, como meta para 2027, alcançar 100% de pessoas diagnosticadas com TB por meio de um teste rápido molecular recomendado pela OMS, constando entre as opções o Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB). No Brasil, o TRM-TB é o método preferencial para o diagnóstico inicial da TB, tanto pulmonar quanto extrapulmonar, especialmente por sua alta sensibilidade e especificidade e menor tempo de resposta laboratorial, além de permitir a investigação inicial do padrão de resistência à rifampicina (Brasil, 2022b).

Conforme observado na Figura 6, o número de TRM-TB realizados para o diagnóstico da TB entre 2021 e 2024 no Brasil, aumentou em 60,7%, passando de 407.513 para 654.824 testes.

Figura 6 – Número de testes rápidos moleculares realizados para o diagnóstico da tuberculose. Brasil, 2021 a 2024a

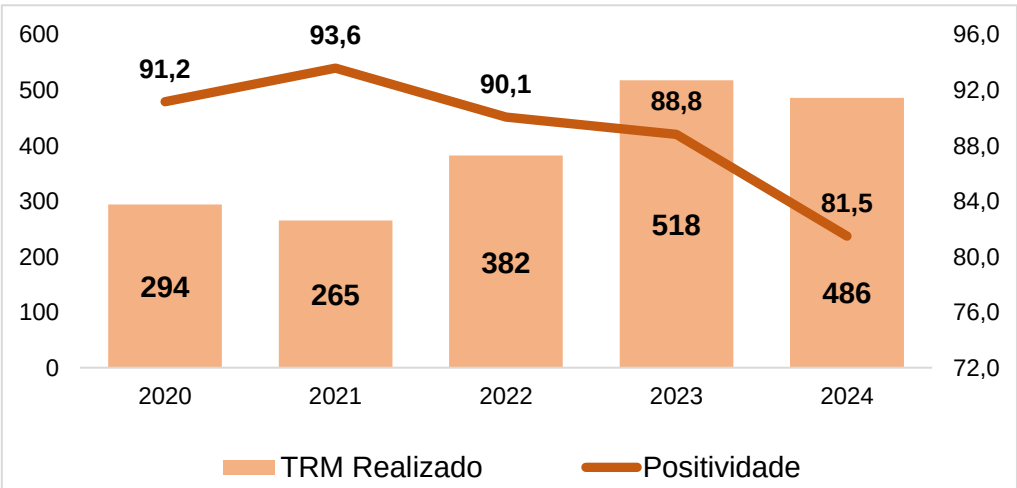


Fonte: Relatório da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose/Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas/Dathi/SVSA/MS.

^a Dados extraídos em fevereiro/2025. Exames realizados para diagnóstico: cartuchos utilizados, exceto exames realizados para acompanhamento, perdas e erros

Em 2024, dentre os 486 TRM-TB realizados para diagnóstico e acompanhamento da tuberculose em Roraima, 81,3% tiveram resultado positivo. Houve uma redução de 6,2% na realização do TRM em 2024 (n=486) em relação a 2023 (n=518). Vale ressaltar que o TRM em Roraima está descentralizado para o município de Pacaraima, Boa Vista, Pronto Atendimento Cosme e Silva e Hospital Geral de Roraima e com fluxos de encaminhamento de amostra pelos demais municípios, oportunizando acesso amplo à população e garantia do diagnóstico precoce, fator crucial no controle da transmissão e na melhoria dos resultados clínicos. Gráfico 5.

Gráfico 5 – Número teste rápido molecular realizado e Proporção de positividade Roraima, 2019 a 2024



Fonte: SESA/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito, Recidiva, Reingresso após abandono. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

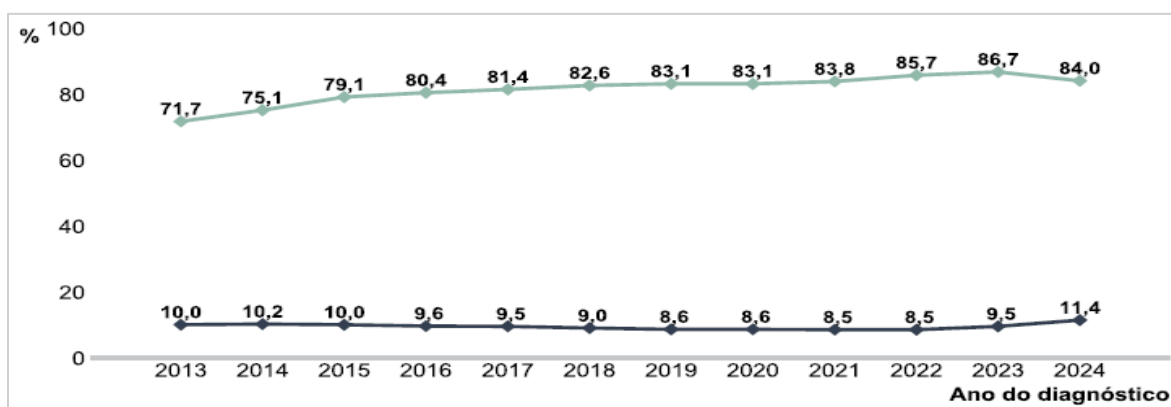
COINFEÇÃO TB-HIV CENÁRIO NACIONAL E ESTADUAL

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da TB ativa. Entre as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, o risco de adoecimento por TB é 23 vezes superior ao da população geral. O acesso oportuno ao diagnóstico da TB e à terapia antirretroviral (Tarv) para essas pessoas favorecem a restauração imunológica, reduzindo o risco de óbito por ambas as doenças (Vollmond et al., 2023; Lohse; Obel, 2016).

Nesse sentido, o MS reforça a importância da detecção oportuna da TB nas pessoas vivendo com HIV e/ou aids, recomendando a investigação sistemática de sinais e sintomas da doença em todas as visitas dessas pessoas aos serviços de saúde. Da mesma forma, é essencial que todas as pessoas com TB sejam testadas para HIV, preferencialmente por meio do teste rápido, garantindo a oferta imediata de tratamento e intervenções integradas (Brasil, 2019b).

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, a testagem para HIV entre as pessoas diagnosticadas com TB no Brasil apresentou um crescimento entre 2013 e 2024. Em 2013, 71,7% das pessoas com TB foram testadas para HIV, totalizando 51.018 pessoas. Esse percentual aumentou gradualmente, atingindo 86,7% em 2023 (n=73.688). No ano seguinte, observou-se uma queda pouco expressiva na proporção (84,0%; n=70.815), o que pode ser alterado em atualizações futuras da base de dados (Figura 7). Esse avanço reflete o fortalecimento das políticas de rastreamento da coinfeção TB-HIV, ampliando o diagnóstico precoce e as possibilidades de tratamento.

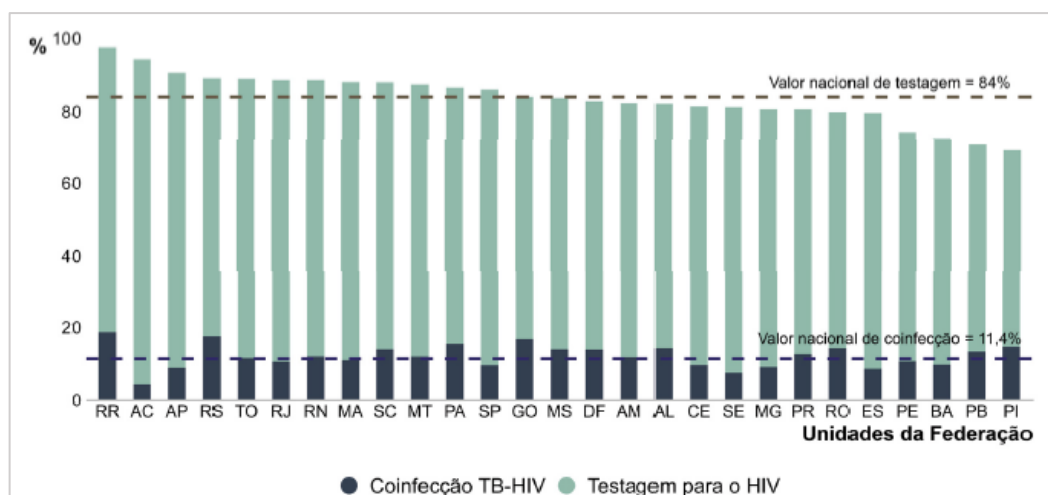
Figura 7 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2013 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A testagem para HIV entre pessoas diagnosticadas com TB, no ano de 2024, apresentou diferenças expressivas entre as UF (Figura 15). Em 2024, 84,0% dos casos novos de TB foram testados nos estados de Roraima (97,4%; n=449), Acre (94,2%; n=483) e Amapá (90,6%; n=385), que apresentaram as maiores proporções de testagem. (Figura 15). Da mesma forma, a proporção da coinfeção com o HIV entre o total de casos de TB variou entre as UF em 2024. Os estados com as maiores proporções de coinfeção foram: Roraima (18,7%; n=86), Rio Grande do Sul (17,5%; n=842), Goiás (16,8%; n=173), Pará (15,5%; n=832) e Piauí (14,6%; n=120). (Figura 15; Tabela 6 do Apêndice).

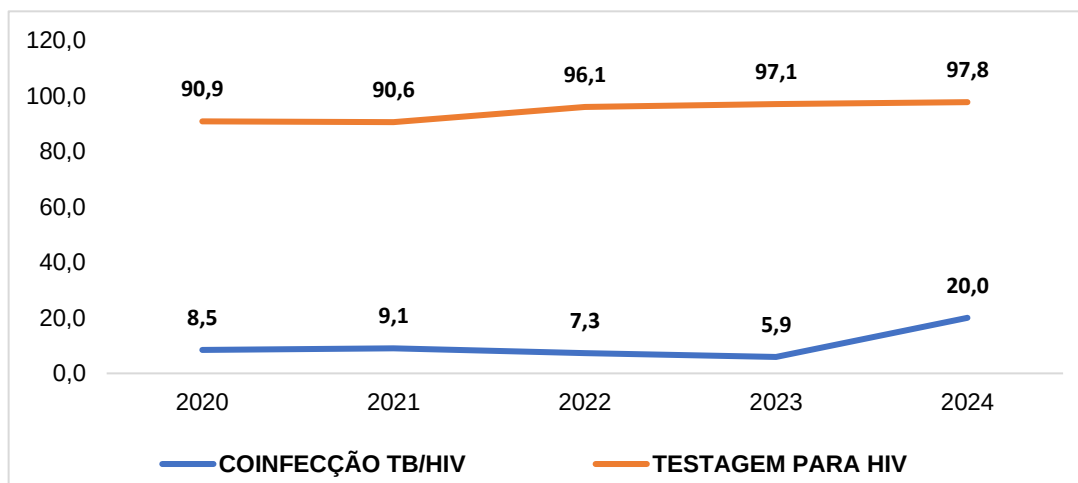
Figura 6 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose por Unidades da Federação. Brasil, 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares.

Em Roraima dos 459 casos novos de TB diagnosticados em 2024, 449 (97,8%) realizaram o teste para HIV, desse total, 92 casos (20,5%) foram positivos, com a coinfeção de 20,0%, a maior taxa do Brasil (Gráfico 6). O aumento no número de casos de coinfeção é reflexo da implantação do Teste LF-LAN no Estado. Assim sendo, uma das recomendações do MS, diante da mudança no perfil da coinfeção em Roraima, é reforçar a necessidade de estratégias de intervenção diferenciadas, ampliando o acesso ao diagnóstico, além do fortalecimento das políticas de testagem no local de atendimento. Decerto, a disponibilidade do tratamento e os cuidados da pessoa com a coinfeção TB-HIV é essencial para reduzir o impacto na qualidade de vida e evitar o óbito.

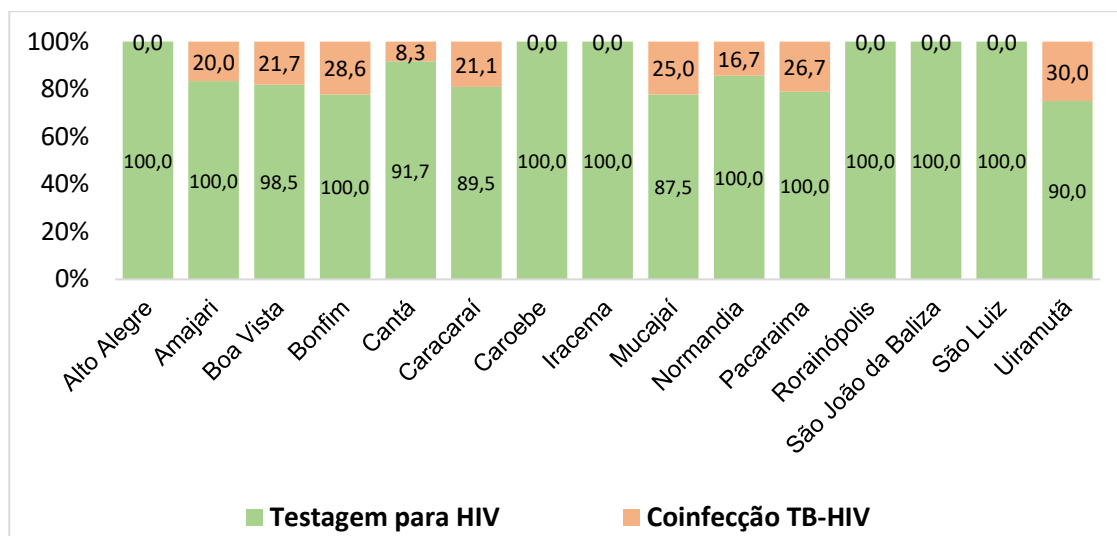
Gráfico 6 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Roraima, 2020 a 2024.



Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

Sobre a avaliação de testagem para o HIV e da coinfecção por município de residência observa-se que todos os municípios realizaram o teste para HIV nos casos novos diagnosticados para tuberculose em 2024. Os municípios de Uiramutã (30,0%), Bonfim (28,6%) e Pacaraima (26,7%) foram os que tiveram a maior proporção de coinfecção TB-HIV com taxas maiores que o estado. (Gráfico 7).

Gráfico 7– Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose por Município de Residência – Roraima, 2024

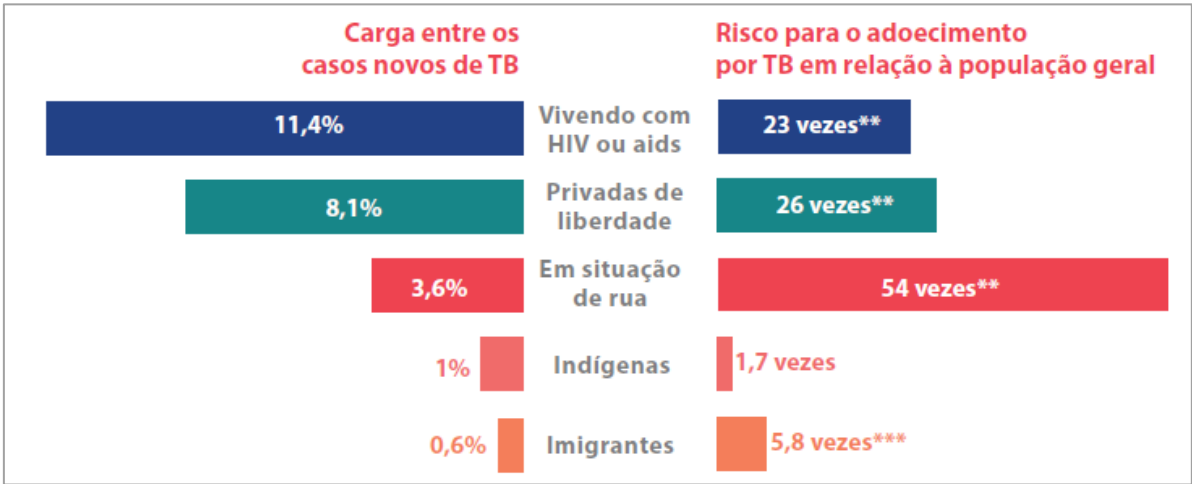


Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE MAIOR VULNERABILIDADE E/OU COM MAIOR RISCO DE ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE

A tuberculose está diretamente associada aos indicadores socioeconômicos, tanto em nível individual quanto coletivo. A ocorrência da TB pode refletir riscos ocupacionais ou piores condições de vida, combinando fatores sociais, econômicos e de saúde que criam condições favoráveis para a propagação da doença e aumentam sua prevalência em contextos de pobreza, habitações precárias e acesso limitado aos serviços de saúde (Munayco et al., 2015). Nesse contexto, alguns grupos populacionais, como pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, indígenas, imigrantes, pessoas vivendo com HIV e/ou aids e profissionais de saúde apresentam um risco maior de adoecimento por TB em comparação com a população geral (Figura 7).

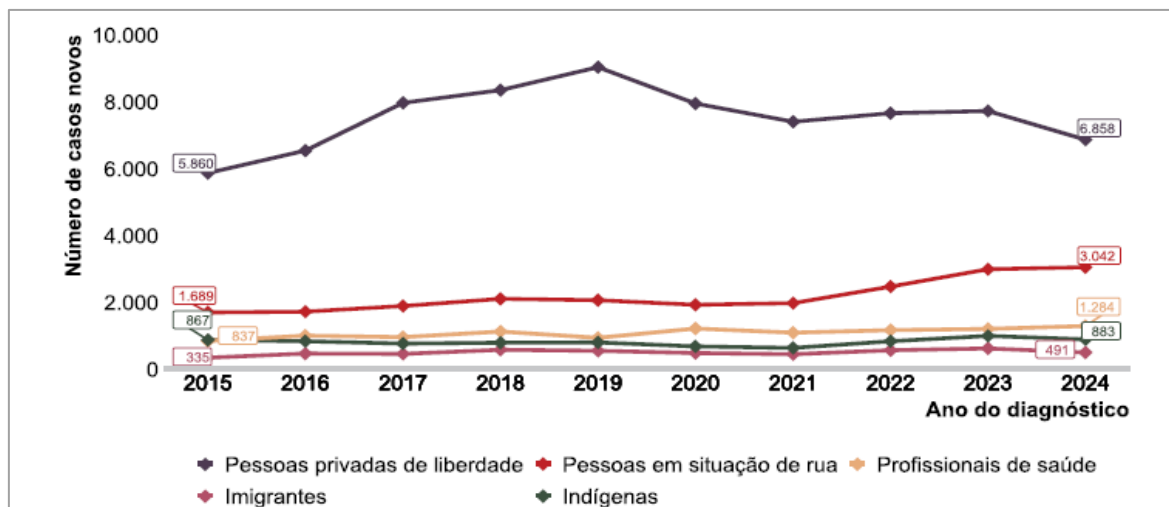
Figura 7 – Proporção de casos novos de tuberculose e risco de adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2024



Fonte: Sinan/MS e *IBGE (2024); **TBWeb, SP, 2021 e Pessoa em Situação de Rua: Censo São Paulo, capital (2021); ***Sistema de Registro Nacional Migratório, 2024. Valores populacionais considerados: pessoas vivendo com HIV e/ou aids (estimativa) – CGTM/Dathi/SVSA/MS, 2024; pessoas privadas de liberdade – Sisdepen, 2024.

No que diz respeito ao número de casos novos de TB entre as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, a população privada de liberdade apresentou, nos últimos anos, um aumento progressivo no número de casos novos, que passou de 7.395 em 2021 para 7.650 em 2022 e 7.716 em 2023. No entanto, em 2024, esse número diminuiu para 6.858 casos novos, o que pode indicar avanço nas estratégias de prevenção e controle da doença nesse grupo. Figura 8.

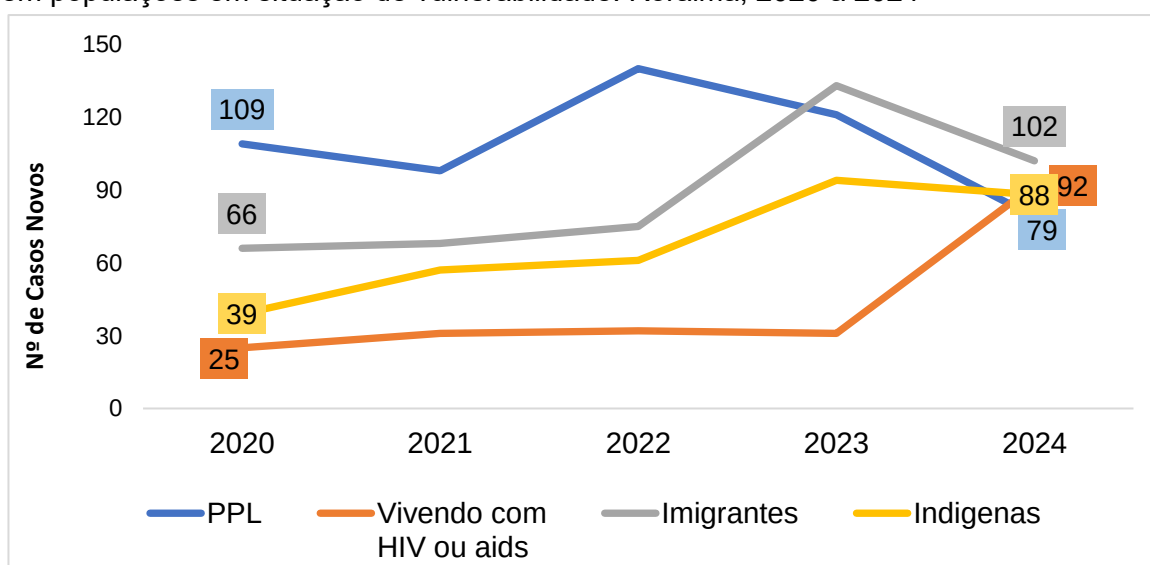
Figura 8 – Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de vulnerabilidade. Brasil, 2015 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde. a Dados extraídos em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Em Roraima no período de 2020 a 2024, constatou-se um aumento de casos de TB nesses grupos em situação de maior vulnerabilidade, acompanhando o cenário nacional. Entretanto, a população privada de liberdade - PPL, no ano 2024, apresentou uma redução de 38,0% no número de casos novos de TB em relação a 2020 (n=109). Gráfico-7. Esse indicador de redução de casos de TB na PPL, pode ser reflexo da rotatividade dos servidores das equipes de saúde prisional.

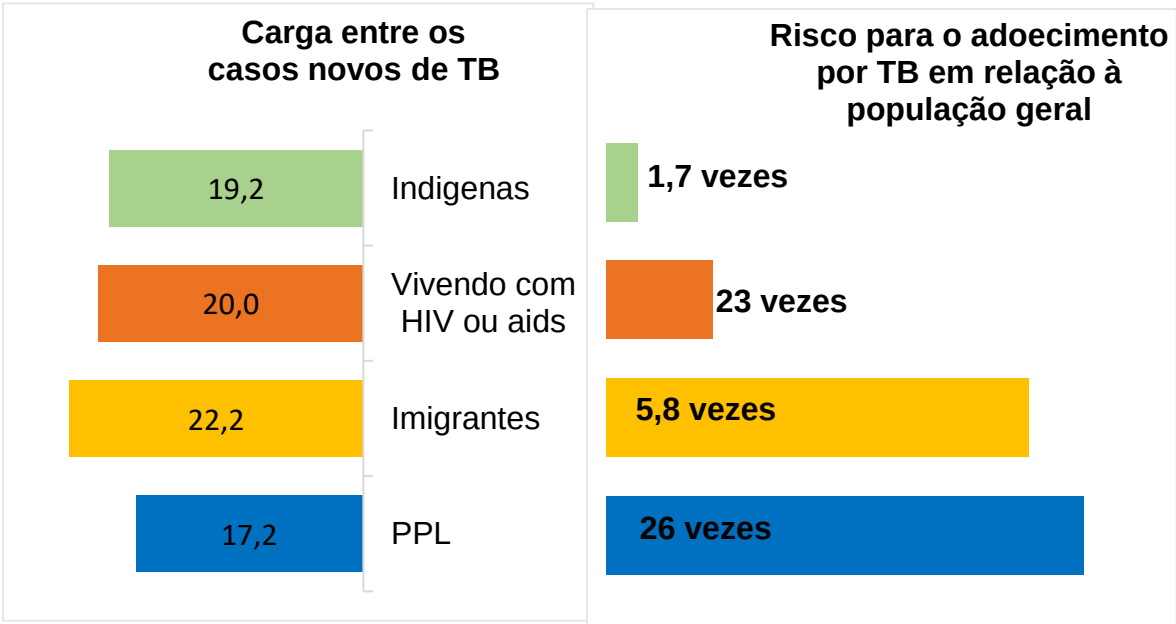
Gráfico 7– Número de casos novos de tuberculose todas as formas diagnosticadas em populações em situação de vulnerabilidade. Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

No contexto dos grupos populacionais com maior vulnerabilidade, a maior carga foi nos imigrantes, seguido da população vivendo com HIV aids, cenário diferentes de anos anteriores onde a maior carga entre os casos novos de TB era na PPL. Nesse sentido, Roraima apresenta um cenário diferente do nacional, onde a carga maior é na população vivendo com HIV/aids. Figura 9.

Figura 9 – Proporção de casos novos de tuberculose e risco de adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2024

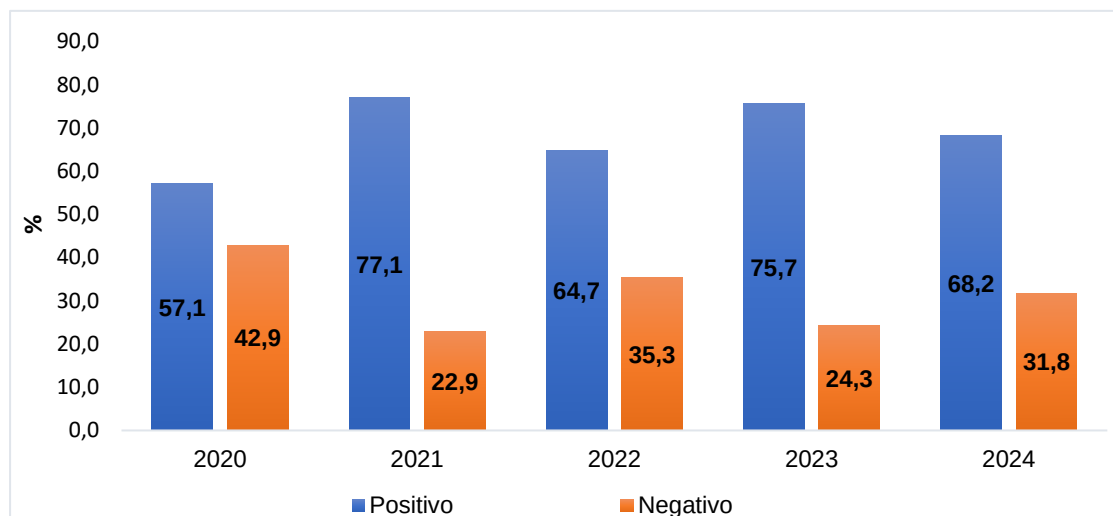


Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Novos + Não Sabe + Pós Óbito. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

RETRATAMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSE

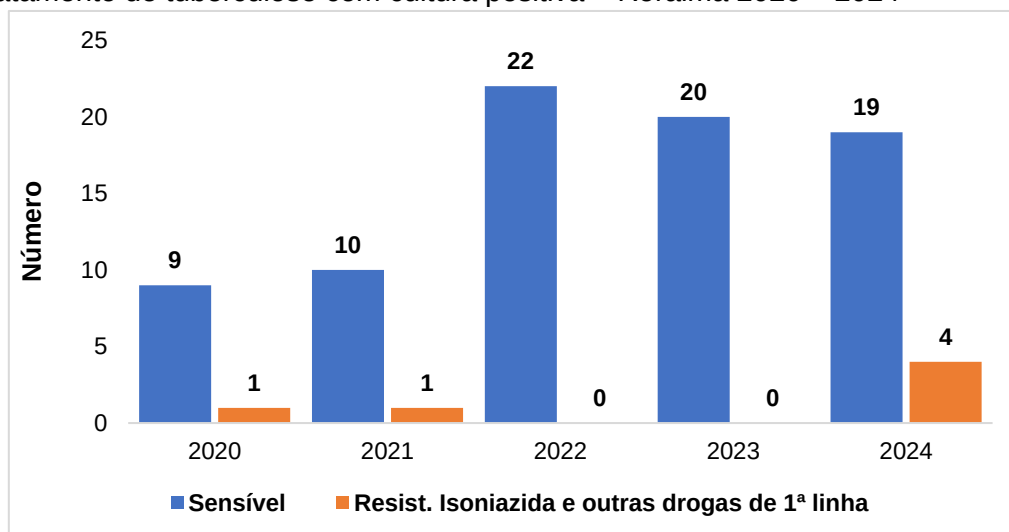
O Ministério da Saúde preconiza a realização de cultura seguida do Teste de Sensibilidade (TS), principalmente nos casos de retratamento. O Teste de Sensibilidade deve ser realizado em todos os casos com cultura de escarro positiva, a fim de que haja o diagnóstico precoce da tuberculose drogarr resistente e, posteriormente, a execução de medidas pertinentes ao manejo clínico. Em 2024 o Estado apresentou 74,6% (45/59) de cultura realizada nos casos de retratamento (Gráfico 8). e 76,7% de TS realizado nos casos de cultura positiva, no mesmo período (Gráfico 9).

Gráfico 8 – Proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose em Roraima – 2020 a 2024.



Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Recidiva e Reingresso após abandono. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

Gráfico 9 – Número de realização de teste de sensibilidade entre os casos de retratamento de tuberculose com cultura positiva – Roraima 2020 – 2024



Fonte: SESAU/SINAN-NET/NCT. Incluído = Casos Recidiva e Reingresso após abandono. Dados extraídos em julho/2025, sujeitos a alteração /DVE/CGVS/RR.

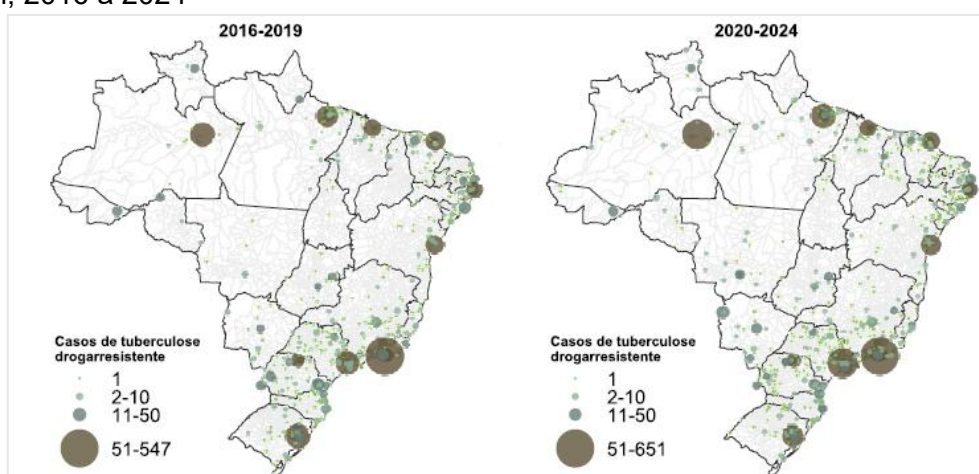
TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE

Caracterizada pela resistência ao *Mycobacterium tuberculosis* e a, pelo menos, um dos principais medicamentos utilizados no tratamento da doença, a tuberculose drogarresistente (TB DR) representa um dos maiores desafios para o controle da TB no mundo (WHO, 2024). A complexidade do diagnóstico, os gastos elevados para o sistema de saúde e os custos catastróficos enfrentados pela pessoa em tratamento somados a um pior prognóstico em comparação com a TB sensível, tornam a TB DR um problema de grande impacto na saúde pública. Além disso, o manejo desses casos

é mais desafiador e a ocorrência da resistência tem se tornado cada vez mais frequente.

A análise da distribuição espacial dos casos novos de TB DR revelou que todas as UF registraram ao menos um caso entre 2016 e 2024 (Figura 8). Durante o período de 2016 a 2019, foram notificados 3.875 casos novos de TB DR, com maior concentração nos municípios do Rio de Janeiro (n=547; 14,1%), Manaus (n=202; 5,2%), Porto Alegre (n=202, 5,2%), São Paulo (n=192; 5,0%) e Belém (n=156; 4,0%).

Figura 8 – Número de casos novos de tuberculose drogarresistente por município. Brasil, 2016 a 2024^a

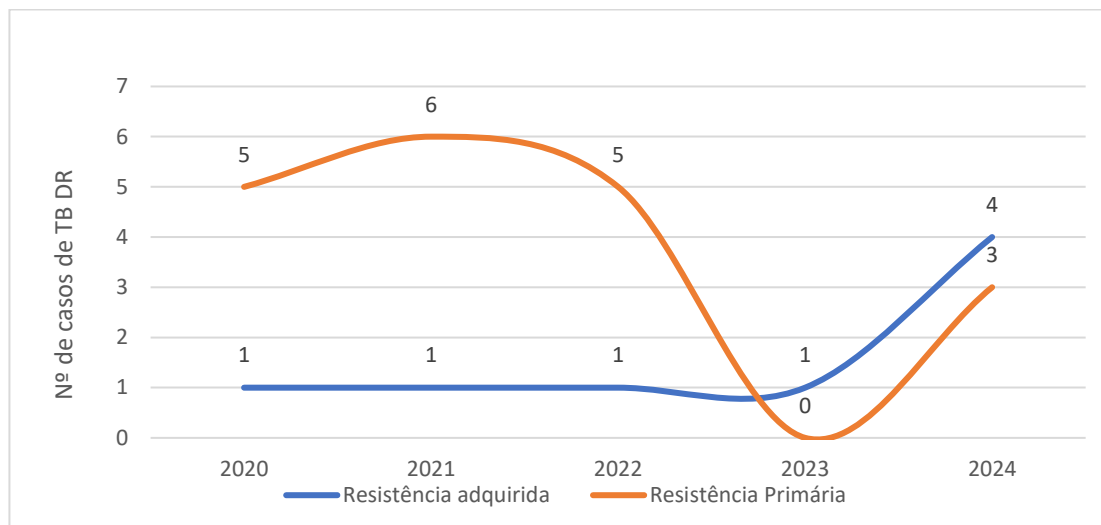


Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde. ^a Dados extraídos em janeiro/2025, sujeitos a alteração.

A resistência antimicrobiana na TB ocorre naturalmente, sendo um fenômeno intrínseco à constante multiplicação do bacilo, principalmente quando o indivíduo apresenta alta carga bacilar. Com a realização de tratamentos inadequados, falência e interrupções frequentes de tratamento ocorre a seleção de bacilos resistentes e sua disseminação pelo ambiente.

A série histórica revela que a detecção de pessoas com TB resistente primária manteve-se maior que a resistência adquirida, em 2024 houve uma mudança desse perfil, o registro de casos TB-DR com resistência adquirida foi maior do que a resistência primária. Em Roraima o número de casos de TB DR notificados se manteve em média de sete casos registrados por ano. Os municípios que notificaram pessoas com TB-DR foram: Boa Vista, Bonfim, Iracema, Pacaraima, Caracaraí e São João (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Casos tuberculose drogarresistente notificados no período de 2020 a 2024 – Roraima.



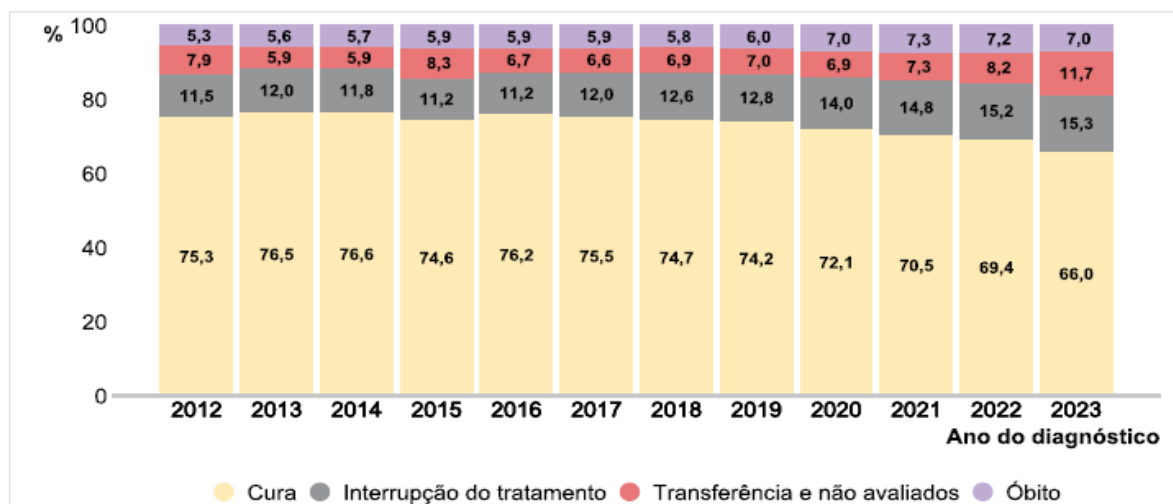
Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde. Dados preliminares, sujeitos a alteração

DESFECHOS DAS PESSOAS COM A TUBERCULOSE SENSÍVEL

A análise da série histórica dos encerramentos de casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial revelou uma queda gradual na proporção de cura a partir de 2019, que passou de 74,2% (n=36.300) nesse ano para 66,0% (n=36.998) em 2023. (Figura 9). A qualidade dessa informação é fundamental para entender a situação real da doença no país, pois quanto maior a proporção de casos com desfecho desconhecido, mais comprometida se torna a análise desse indicador, podendo não refletir a realidade local. Tal dificuldade pode ser minimizada com o registro correto dos tipos de entrada e encerramento dos casos no Sinan pelos serviços de saúde, além da adequada vinculação das fichas de notificação, uma responsabilidade compartilhada pelas vigilâncias das três esferas federais do SUS (municipal, estadual e federal).

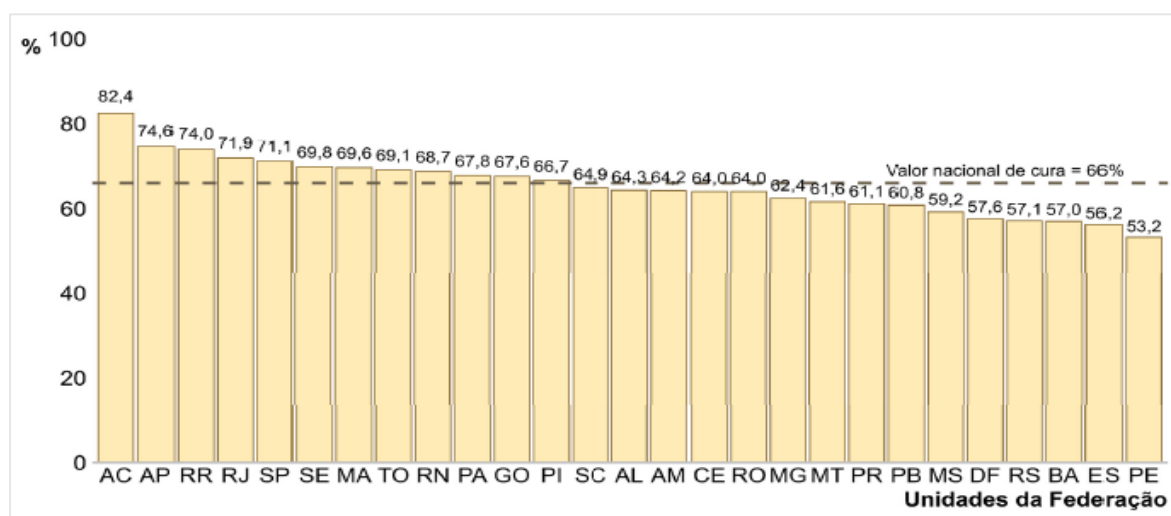
Em 2023, os estados do Acre (82,4%; n=319), Amapá (74,6%; n=209), Roraima (74,0%; n=318), Rio de Janeiro (71,9%; n=6.292) e São Paulo (71,1%; n=9.759) destacaram-se com os maiores percentuais de cura de TB pulmonar confirmada por critério laboratorial. Por outro lado, 15 UF tiveram proporções de cura inferiores ao valor nacional (66,0%) (Figura 10).

Figura 9 – Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar^a confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2012 a 2023^b



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
^a Pulmonares com confirmação laboratorial, excluídos os encerramentos por tuberculose drogarresistente, mudança de esquema e falência. ^b Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

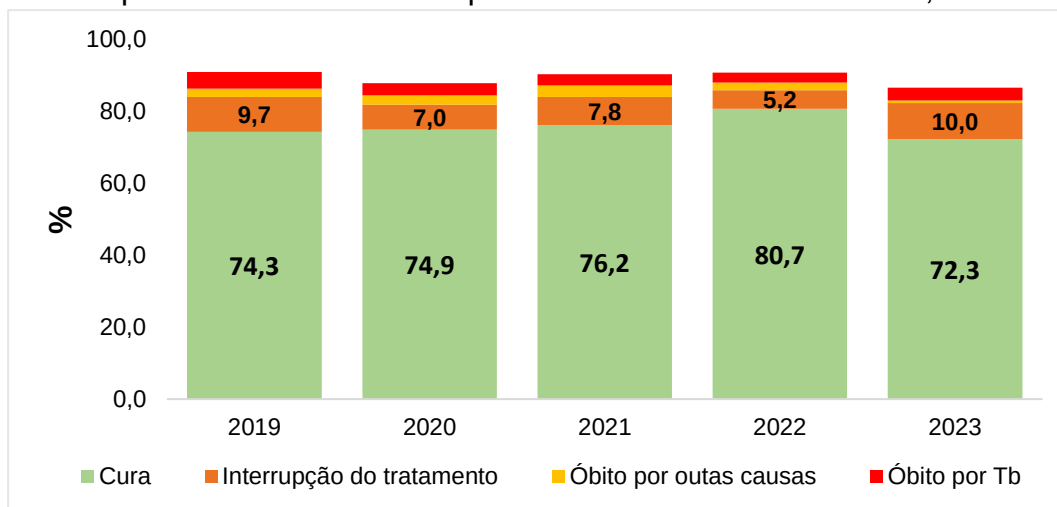
Figura 10 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar^a confirmados por critério laboratorial por Unidade da Federação. Brasil, 2023^b



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
^a Pulmonares com confirmação laboratorial, excluídos os encerramentos por tuberculose drogarresistente, mudança de esquema e falência. ^b Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Sujeitos a alteração.

Em relação a avaliação da cura, a meta pactuada é de curar 75,0% dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial. Em 2023 o percentual de cura (72,3%). Já a proporção de interrupção de tratamento de tuberculose no período avaliado está acima do que é preconizado pela MS (<5%), vem aumentando nos últimos anos (Gráfico 11).

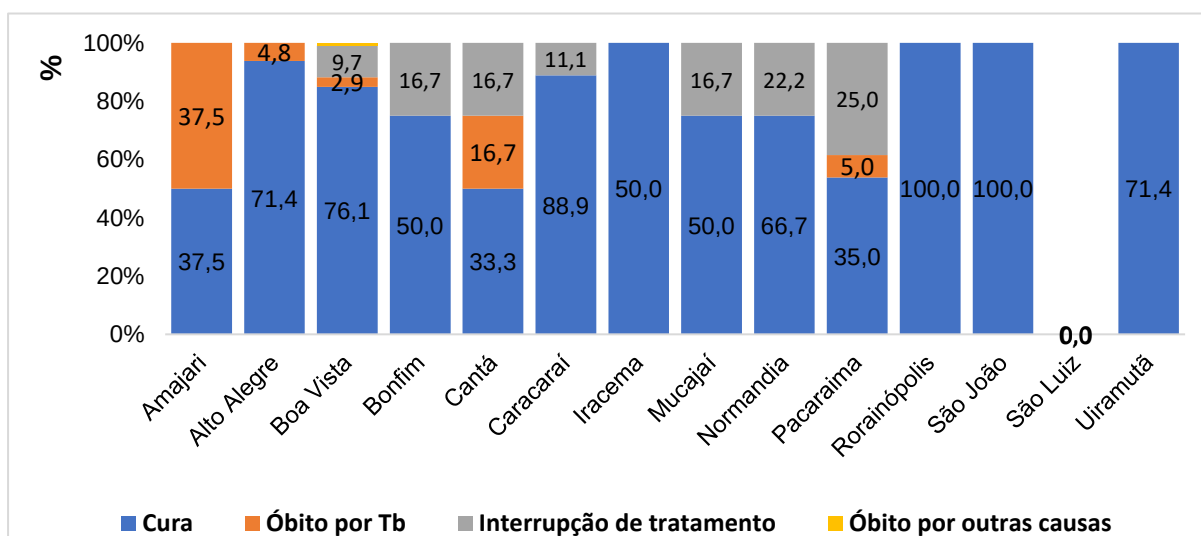
Gráfico 11 - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar ^a confirmados por critério laboratorial. Roraima, 2019 a 2023^b



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/^a Pulmonares com confirmação laboratorial, excluídos os encerramentos por tuberculose drogaresistente, mudança de esquema e falência. ^b Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

Em relação ao desfecho de tratamento por município de residência, foi avaliado que apenas cinco (5) municípios (São João, Rorainópolis, Caracará, Boa Vista e Alto Alegre), alcançaram a meta de cura 70,0%. No que diz respeito ao óbito por tuberculose, ocorreram variações bem elevadas com destaque para os municípios de Amajari 37,5% (3/8) e Cantá 16,7% (1/6), dados que refletem a consequência do diagnóstico tardio. (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar ^a confirmados por critério laboratorial. Por município de residência - Roraima, 2024



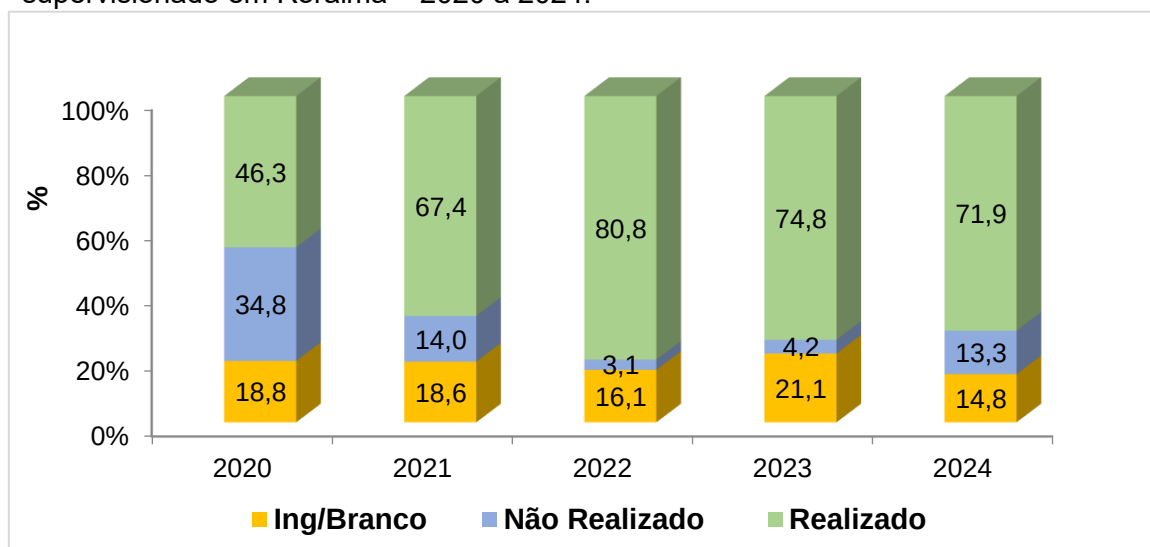
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/^a Pulmonares com confirmação laboratorial, excluídos os encerramentos por tuberculose drogaresistente, mudança de esquema e falência. ^b Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

Tratamento Diretamente Observado

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um dos indicadores prioritário para aumentar a adesão ao tratamento “cura” e reduzir o abandono que, quando ocorrem, geralmente, são em pessoas que apresentam alguma vulnerabilidade social/econômica, convivem com a dependência química (drogas e álcool, desagregação familiar, sem residência fixa) ou tem agravos associados (diabetes, HIV/AIDS e doença mental) e que, portanto, necessitam de um acompanhamento mais humanizado, especializado e direto.

Em 2024, 71,9% (333/459) dos casos novos de tuberculose notificados, estão como TDO realizado, 13,3% como não realizado e 14,8% em branco (Gráfico 13).

Gráfico 12 - Percentual de casos novos de tuberculose todas as formas por tratamento supervisionado em Roraima – 2020 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

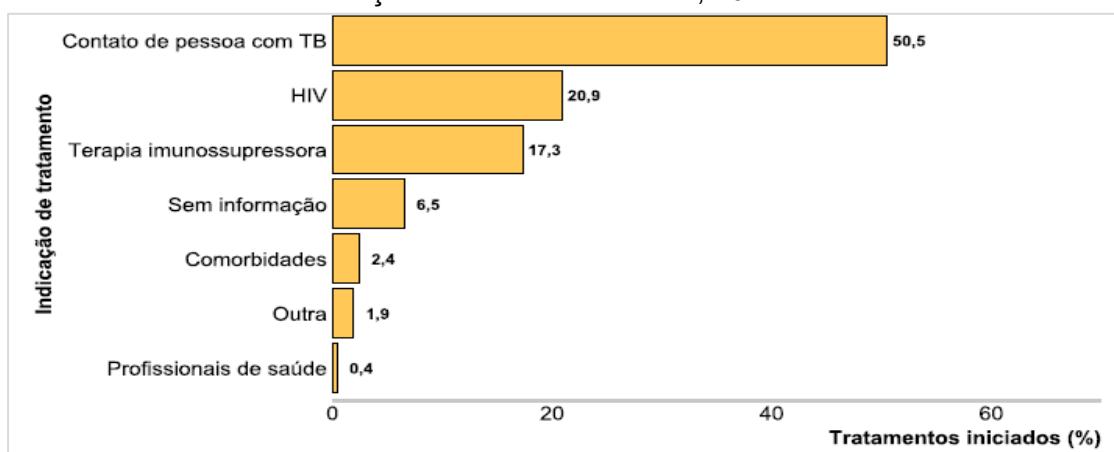
PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

Estima-se que cerca de um quarto da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (WHO, 2024). Embora a maioria das pessoas infectadas não desenvolva a forma ativa da doença, elas representam um reservatório do bacilo. O risco de progressão da infecção latente para a tuberculose ativa é maior nos primeiros dois anos após a primoinfecção, podendo, no entanto, o estado de latência se estender por toda a vida.

No Brasil, a instituição do tratamento preventivo para tuberculose - TPT é um dos principais componentes da estratégia preventiva. Para fortalecer essa ação, o MS adotou medidas como publicação do Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *M. tuberculosis*, a implementação do Sistema de Informação para Notificação de Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB) e a realização de capacitações em todas as UF (Brasil, 2022c). Paralelamente, a imunização com a vacina BCG continua sendo essencial para prevenir formas graves da TB em crianças (WHO, 2024).

Um total de 56.079 pessoas iniciaram o TPT em 2024. Dentre elas, 50,5% (n=28.334) foram identificadas como contatos de casos de TB e 20,9% (n=11.727) corresponderam a pessoas vivendo com HIV e/ou aids, enquanto 17,3% (n=9.728) dos tratamentos foram realizados em indivíduos em uso de terapia imunossupressora (Figura 11).

Figura 11 – Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Brasil, 2024



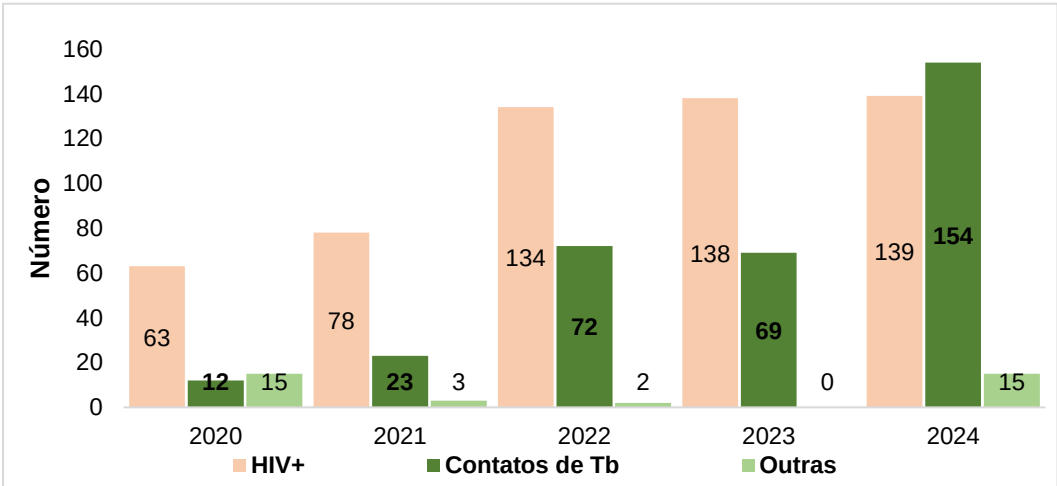
Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (SILT)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A ampliação da oferta do TPT é uma prioridade do Pilar 1 da Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose (End TB Strategy), que enfatiza ações de prevenção e cuidados integrados (WHO, 2014). Nesse contexto, a prescrição do TPT por enfermeiros e farmacêuticos representam um avanço estratégico, tornando o tratamento mais ágil e acessível. Essa medida descentraliza a assistência e amplia o acesso ao cuidado, fortalecendo a detecção e o tratamento da infecção latente. A implementação do TPT, aliada ao fortalecimento da vigilância e à ampliação do acesso

ao diagnóstico e ao tratamento da TB, é crucial para alcançar as metas pactuadas e reduzir a carga da TB no país (Brasil, 2021).

Globalmente o maior número de notificações de realização de TPT ocorre entre pessoas vivendo com HIV (OMS, 2023). Entretanto, no Brasil esse cenário é diferente, pois o maior número de realização de TPT são em contatos de pessoas com tuberculose. Em Roraima, o panorama era semelhante ao sistema global, contudo, em 2024, 50,0% dos casos que realizaram o tratamento de ILTB, a principal indicação foi dos contatos de tuberculose, cenário semelhante ao nacional. (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Roraima 2020 - 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

A avaliação de contatos é um indicador do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), a meta pactuada é que 70% dos contatos sejam avaliados. Essa avaliação é uma atividade que deve ser realizada de forma ativa e contínua, e tem como objetivo identificar/descartar casos de tuberculose ativa e indicação do tratamento da infecção latente de tuberculose (ILTB). Nos anos analisados o maior índice de contatos avaliados foi 2022 (90,0%). Tabela 3.

Tabela 3 - Número e percentual de contatos registrados e examinados de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial - Roraima – 2020 a 2024.

Ano	Contatos Registrados com conf.lab	Contatos Examinados - com conf.lab	% Examinado em relação ao Registrado
2020	2.395	1.862	78,0
2021	1.827	1.397	76,5
2022	1.955	1.760	90,0
2023	2.496	1.909	76,5
2024	1726	1353	78,4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

Quando a análise é realizada por município de residência o quadro é heterogêneo, apenas cinco municípios (Boa Vista, Bonfim Caroebe, Cantá e Rorainópolis) alcançaram a meta. (tabela 4).

Tabela 4 - Número e percentual de contatos registrados e examinados de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial por município de Residência /Roraima – 2024.

Município de Residência	Contatos Registrados com conf.lab	Contatos Examinados com conf.lab	%
Alto Alegre	65	21	32,3
Amajari	54	3	5,6
Boa Vista	1308	1135	86,8
Bonfim	21	21	100,0
Cantá	40	33	82,5
Caracaraí	81	47	58,0
Caroebe	6	6	100,0
Iracema	0	0	0,0
Mucajá	17	9	52,9
Normandia	53	35	66,0
Pacaraima	30	12	40,0
Rorainópolis	28	24	85,7
São João	0	5	0,0
São Luiz	4	0	0,0
Uiramutã	19	2	10,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ Dados extraídos e qualificados em julho/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Roraima, ainda apresenta uma taxa de incidência de tuberculose muito elevada, ocupando o terceiro lugar no país, indicador que reflete o aumento do risco de adoecimento da população. Outrossim, a elevada taxa de mortalidade da tuberculose reflete a fragilidade na assistência à saúde, e evidencia a necessidade e implementar e fortalecer a Vigilância do Óbito no Estado.

A avaliação dos dados epidemiológicos e operacionais, reforçam a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção e controle da doença, garantia do acesso aos serviços de saúde e do acompanhamento adequado, considerando as vulnerabilidades sociais como fator contribuinte para o aumento do número de casos da tuberculose e desfechos desfavoráveis dos tratamentos, haja vista as dificuldades relacionadas à ausência ou insuficiência de recursos de algumas classes sociais o que influencia tanto em aspectos de prevenção, como nos de disseminação da doença e que corroboram para manutenção da cadeia de transmissão da tuberculose.

Ademais, é necessário considerar as especificidades de cada território, sendo Roraima um estado fronteiriço e que há anos vem sendo impactado pelo processo de imigração da população venezuelana, impactando em todos os indicadores de saúde pública. Priorizar a tuberculose como problema de saúde pública nas três esferas governamentais é fundamental para alcançar as metas pactuadas no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose 2024. **Boletim epidemiológico**, Brasília, DF, n. esp., mar. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024.boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero--especial-mar.2024>. Acesso em: junho. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose 2025. **Boletim epidemiológico**, Brasília, DF, n. esp., mar. 2025. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/be-de-tuberculose-numero-especial-mar-2025.pdf/view> . Acesso em: junho. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose** no Brasil. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/>

publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas de Interesse em Saúde Pública no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-para-diagnostico-laboratorial-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-de-interesse-em-saude-publica-no-brasil.pdf/view>

DUARTE NETO, N. C. et al. Epidemiological profile of tuberculosis cases in Belém-Pará, between the Years 2018-2022. *Revista Cereus*, v. 16, n. 2, p. 212–220, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v16n2p212-220>. Acesso em: 14 mar. 2025.

LOHSE, N.; OBEL, N. Update of Survival for Persons With HIV Infection in Denmark. *Ann. Intern. Med.* v. 165, n. 1, p. 749-750, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27842400/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MUNAYCO, C. V. et al. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 38, n. 3, p. 177-185, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26757995/>. Acesso em: 30 jan. 2025.

PEER, V.; SCHWARTZ, N.; GREEN, M. S. Gender differences in tuberculosis incidence rates – A pooled analysis of data from seven high-income countries by age group and time period. *Frontiers in Public Health*, v. 10, p. 997025, 10 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.997025>. Erratum in: *Frontiers in Public Health*, v. 11, p. 1157235, 21 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1157235>.

SELIG, L. et al. Proposta de vigilância de óbitos por tuberculose em sistemas de informação. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 44, n. 6, p. 1.072-1.078, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000600012>. Acesso em: 14 mar. 2025. SILVA, I. C. M. et al. Mensuração de desigualdades sociais

VOLLMOND, C. et al. Risk of Depression in People With Human Immunodeficiency Virus: A Nationwide Population-based Matched Cohort Study. *Clinical Infectious Diseases*, v. 77, n. 11, p. 1569–77, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37467149/>. Acesso em 12 fev. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Tuberculosis Report 2024*. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>.

6.4 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS: SARAMPO, RUBÉOLA, SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA, VARICELA E CAXUMBA

As doenças exantemáticas representam um conjunto de condições infecciosas caracterizadas primariamente pelo aparecimento de erupções cutâneas, conhecidas como exantema, frequentemente acompanhadas de manifestações sistêmicas. O exantema é uma erupção avermelhada na pele, de fundo vascular, que pode se apresentar de diversas formas, incluindo máculas, pápulas, vesículas, pústulas ou crostas. Essas lesões podem estar associadas a prurido, descamação, bolhas e crostas, afetando uma área específica ou se espalhando por todo o corpo (Gandolfo, 2020).

Embora possam existir várias causas para o aparecimento do exantema, abrangendo desde doenças infecciosas causadas por vírus, bactérias, fungos e protozoários, até condições não infecciosas como reações alérgicas ou doenças autoimunes, a epidemiologia demonstra que a grande maioria possui etiologia infecciosa (65%), sendo que 72% destas são de origem viral (Folster-Holst & Kreth, 2009). A morfologia das erupções cutâneas é variada e auxilia no diagnóstico diferencial, podendo ser: morbiliforme; escarlatiniforme; rubeoliforme; urticariforme; papulovesicular; ou petequial/purpúrico (Rio Grande do Sul, [s.d.]).

Apesar de muitas dessas viroses exantemáticas possuírem um curso benigno e autolimitado, a avaliação clínica cautelosa é fundamental. A rubéola, por exemplo, embora geralmente branda, pode resultar em complicações severas para o feto, como a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). A confirmação laboratorial é crucial para um diagnóstico assertivo e para a gestão de casos e contatos das doenças exantemáticas (Almeida *et al.*, 2022).

Neste relatório, será dada ênfase às doenças acompanhadas pelo Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) em Roraima, que incluem sarampo, rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), varicela e caxumba. Todas essas doenças são imunopreveníveis, ou seja, podem ser evitadas por meio da vacinação, o que as torna alvos prioritários para as ações de vigilância e controle em saúde pública.

O Papel do Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas em Roraima

O Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) tem um papel estratégico e fundamental na saúde pública de Roraima. Ele desenvolve e programa ações para manter um Sistema de Vigilância Epidemiológica sensível e atuante para Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), além de acompanhar a Varicela e Caxumba em todos os municípios.

Suas responsabilidades incluem a identificação e notificação imediata de casos suspeitos com medidas de controle, suporte contínuo aos municípios por meio de assessoria e orientação técnico-científica, monitoramento semanal dos agravos, vigilância de indicadores laboratoriais e acompanhamento da cobertura vacinal. Como as doenças acompanhadas pelo núcleo são imunopreveníveis, a análise da cobertura vacinal torna-se crucial para a prevenção de novos surtos.

Portanto, o presente relatório anual foi elaborado com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados das doenças exantemáticas acompanhadas pelo NCDE em Roraima. A análise abrange o período compreendido entre os anos de 2019 e 2024, permitindo uma visão das tendências e da situação atual. Adicionalmente, o relatório busca apresentar um panorama detalhado da cobertura das vacinas Tríplice Viral, Tetra Viral e Varicela monovalente, que são cruciais para a proteção da população contra as doenças monitoradas pelo Núcleo.

As informações e análises fornecidas poderão servir como aporte estratégico para a vigilância epidemiológica de Roraima. A divulgação desses dados visa informar e subsidiar ações de saúde pública, essenciais para manter a eliminação de doenças como sarampo e rubéola e prevenir a reintrodução de vírus endêmicos.

O relatório foi elaborado seguindo a metodologia de estudo transversal e descritivo, o qual, consiste em um delineamento observacional que coleta dados de variáveis de saúde e exposições em uma população específica e é útil para estimar a prevalência e distribuição de condições ou características na população, fornecendo um panorama momentâneo (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

Foram compilados os dados referentes aos agravos acompanhados pelo NCDE: Sarampo, Rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita, Varicela e Caxumba, no período de análise compreendido entre os anos de 2019 a 2024.

A fonte de dados do relatório foi a base extraída do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) à nível estadual, referente às Doenças

Exantemáticas Febris (Sarampo, Rubéola e SRC), bem como das Notificações Individuais inseridas com os códigos B.01 – Varicela e B.26 – Caxumba/Parotidite Epidêmica. Para os dados populacionais, utilizados para cálculo de indicadores, foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), assim como das estimativas populacionais do Tabnet/DATASUS, do Ministério da Saúde. As informações referentes à cobertura vacinal do período de 2019 a 2022 foram obtidas através do Tabnet/DATASUS, já dos anos de 2023 e 2024 foi extraída do Localiza-SUS/DEMÁS (Brasil, 2022; Brasil, 2025).

Com base nas informações extraídas, buscou-se traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados em Roraima, como também o panorama da cobertura das vacinas Tríplice Viral, Tetra Viral e Varicela monovalente, as quais garantem proteção contra as doenças acompanhadas pelo Núcleo. Para tal, foram utilizados os softwares: Excel – para consolidação dos dados, cálculos de indicadores e criação de gráficos e QGIS versão 3.36 – para criação de mapas temáticos.

Diante disso, espera-se que as informações elencadas sirvam de aporte para o fortalecimento da vigilância epidemiológica no estado de Roraima, através da divulgação dos dados das doenças exantemáticas, assim como para apoiar no planejamento de ações que visem a manutenção da interrupção da transmissão das doenças já erradicadas no território e que evitem a reintrodução de vírus endêmicos.

SARAMPO

Conceito

O Sarampo é uma doença infecciosa grave, de natureza viral, altamente transmissível, que pode evoluir com gravidade e progredir com complicações, como encefalite e pneumonia, levando a óbito principalmente crianças desnutridas e menores de um ano de idade. Seu comportamento varia conforme a circulação do vírus na área, bem como da imunidade e suscetibilidade da população. Sua transmissão ocorre quando a pessoa doente tosse, fala, espirra ou respira próximo de outras pessoas, sendo extremamente contagiosa e muito comum na infância. A única maneira de se evitar o sarampo é pela vacina (Brasil, 2024).

O vírus pode ser transmitido de quatro a seis dias antes e, quatro dias após o início do exantema (Brasil, 2019). É considerado suspeito todo sujeito que, independentemente da idade e situação vacinal, apresentar febre e exantema

maculopapular acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior (Brasil, 2024).

Situação Epidemiológica no Brasil

O sarampo, que nas décadas de 1980 foi uma das principais causas de mortalidade infantil, teve sua circulação interrompida no Brasil, culminando com a certificação de País Livre de Transmissão de Sarampo em 2016. Esse status de eliminação foi mantido com sucesso até o ano de 2017 (SBMT, 2022).

Contudo, em 2018, o cenário epidemiológico foi alterado pela reintrodução do vírus no país. Esse evento foi impulsionado, em grande parte, pelo intenso fluxo migratório da Venezuela, país que enfrentava surtos de sarampo à época. Neste ano, foram confirmados 9.325 casos de sarampo no Brasil, com o maior número concentrado no estado do Amazonas (8.791 casos), seguido por Roraima (361 casos) (Brasil, 2023).

Em 2019, o número de casos confirmados superou os surtos anteriores, totalizando 20.901 casos em nível nacional, com destaque para o estado de São Paulo (17.816 casos). O elevado número de ocorrências, somado às baixas coberturas vacinais da Tríplice Viral observadas em diversas regiões, levou à perda da certificação de país livre do sarampo (Brasil, 2023).

A transmissão autóctone do vírus se manteve no país até junho de 2022, quando foi registrado o último caso endêmico. Ao longo desse período, foram confirmadas 41 ocorrências, com o Amapá liderando com 30 casos. Desde então, o país tem se empenhado em fortalecer e integrar ações de vigilância epidemiológica, laboratorial, vacinação, atenção primária e outras áreas, visando conter a propagação do vírus (OPAS, 2024).

Um marco significativo foi alcançado em novembro de 2024, quando o Brasil recebeu a recertificação da eliminação da circulação endêmica do sarampo concedida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Essa recertificação foi possível após o país demonstrar a ausência de transmissão autóctone do vírus do sarampo por pelo menos um ano, além de ter fortalecido seu programa de vacinação de rotina, a vigilância epidemiológica e a capacidade de resposta rápida a casos

importados. A cobertura da vacina tríplice viral no Brasil, por exemplo, aumentou de 81% em 2022 para 87% em 2023, refletindo os esforços contínuos (OPAS, 2024).

Apesar dessa importante conquista, a vigilância epidemiológica permanece em estado de alerta. Em 2024, entre a semana epidemiológica (SE) 01 e a SE 39 (31/12/2023 a 28/09/2024), foram registrados 1.281 casos suspeitos de sarampo no Brasil. Desses, dois casos relacionados à importação foram confirmados: um no estado do Rio Grande do Sul na SE 04/2024, em uma criança proveniente do Paquistão, e outro em Minas Gerais na SE 33/2024, em um adolescente de 17 anos procedente da Inglaterra (São Paulo, 2024a e 2024b).

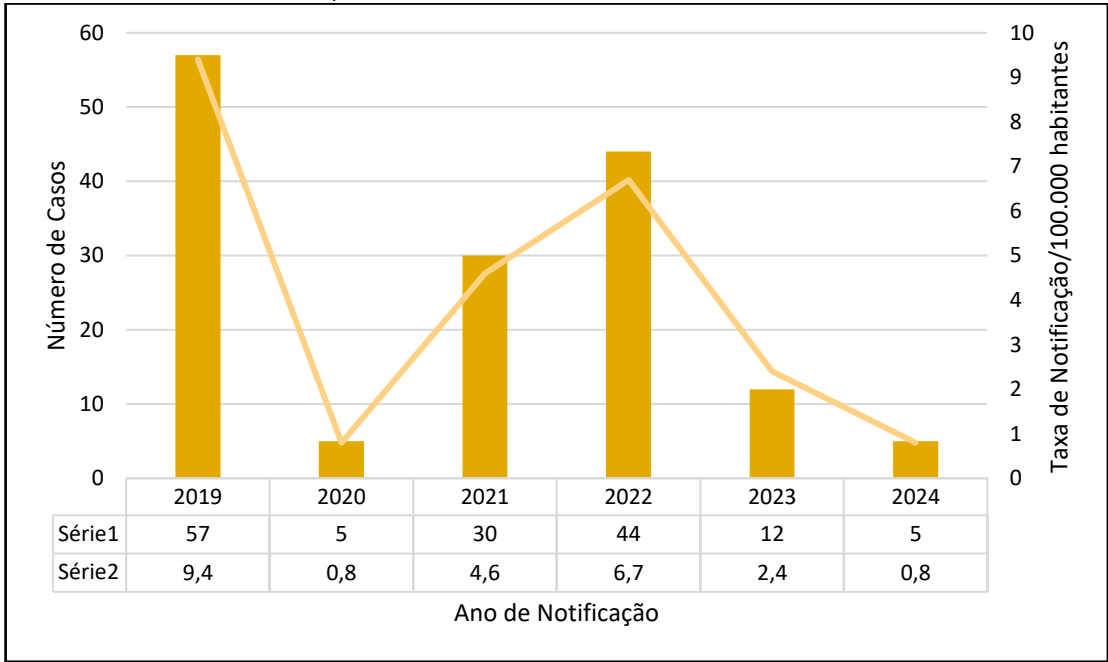
O cenário global também exige atenção constante. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado para um aumento alarmante de casos de sarampo desde 2023. A Europa, em particular, registrou milhares de casos confirmados e óbitos, com destaque para Romênia, Itália, Bélgica, Áustria, Alemanha e Reino Unido (São Paulo, 2024a e 2024b). Ressalta-se a diferença entre a eliminação da transmissão autóctone no Brasil e a persistência de casos importados, em um contexto de alerta global, onde a "eliminação" significa a interrupção da transmissão local sustentada, mas não a ausência total de casos. O risco de reintrodução permanece elevado devido à mobilidade global e à circulação contínua do vírus em outras regiões do mundo, o que exige uma vigilância adaptativa e proativa.

Situação Epidemiológica em Roraima

O estado de Roraima, em seu período de análise, registrou em 2019 um total de 57 casos notificados como suspeitos de sarampo, demonstrando uma redução significativa de 2018 (ano do último surto registrado no estado). Entre os casos notificados houve a confirmação de apenas um caso, localizado no município de Boa Vista, capital do estado. Os demais casos foram descartados, sendo 54 por critério laboratorial e 2 por critério clínico-epidemiológico.

Entre os anos de 2019 e 2024, o estado registrou um total de 153 casos suspeitos de sarampo. É importante destacar que, neste período, todos os casos notificados foram descartados, indicando a ausência de transmissão autóctone confirmada, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Casos notificados como suspeitos de Sarampo e taxa de notificação por ano no estado de Roraima, 2019-2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 24/07/2025 (sujeitos à alteração).

Conforme representado no Gráfico 1, a maior ocorrência de notificações foi em 2019, tendo uma diminuição dos casos suspeitos em 2020 e 2024. De mesmo modo, a taxa de notificação por 100.000 habitantes (indicador de qualidade das doenças exantemáticas), foi maior no ano de 2019, com queda nos anos subsequentes.

Para o ano de 2024, a distribuição dos casos notificados por município de residência destacou a capital Boa Vista, com 4 notificações, e Amajari, com 1 caso, conforme detalhado na Tabela 1. Todos os casos notificados em 2024 foram descartados por critério laboratorial, o que demonstra a capacidade do sistema de vigilância em realizar o diagnóstico diferencial e o encerramento adequado dos casos.

Tabela 1. Casos suspeitos de Sarampo notificados no estado de Roraima, segundo município de Residência, 2024

Município de Residência	2024
Boa Vista	4
Amajari	1
Total	5

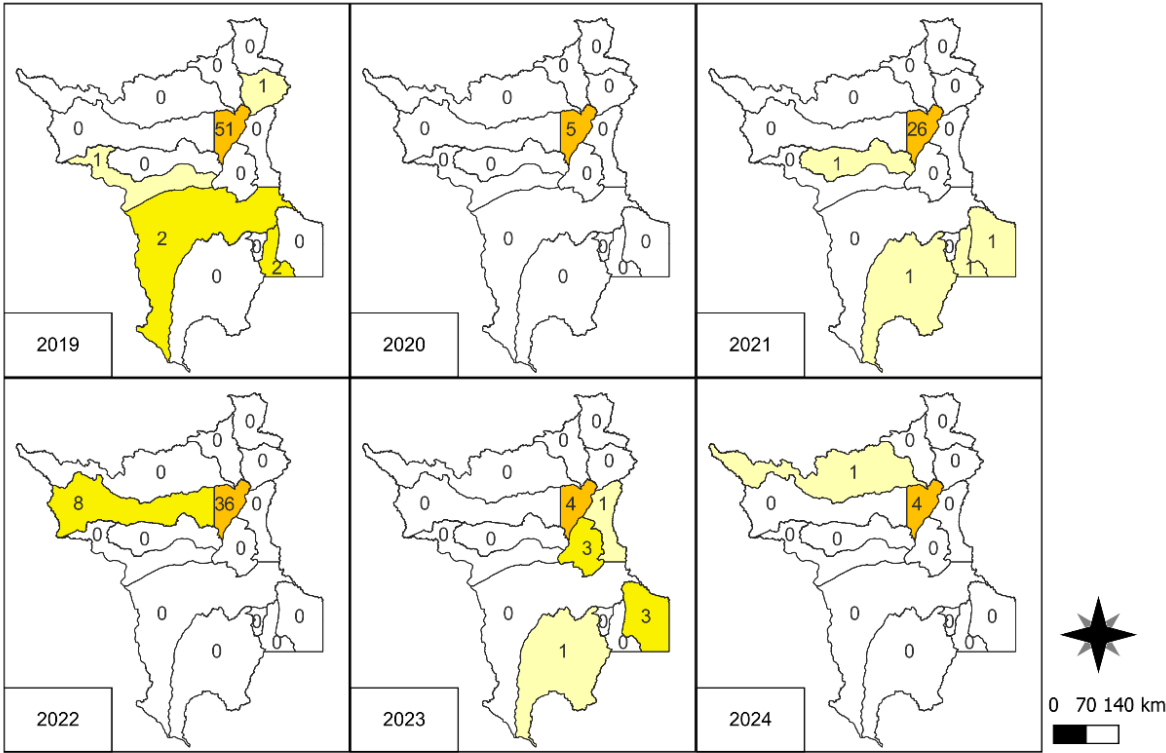
Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 24/07/2024 (sujeitos à alteração).

A taxa de notificação é diretamente relacionada à capacidade dos municípios de identificarem casos suspeitos de Doenças Exantemáticas entre as doenças com

as quais têm diagnóstico diferencial. E este é um dos maiores desafios das doenças em fase de eliminação: descobrir de maneira precoce os casos suspeitos e adotar as medidas de controle oportunamente e evitar novos surtos das doenças. Por isso, a importância do alcance deste indicador por cada município.

Contudo, observa-se que alguns municípios não registram notificações de casos suspeitos há alguns anos, levando ao não cumprimento da meta de taxa de notificação, conforme apresentado na Figura 2. A maior parte dos municípios de Roraima são de pequeno porte (menos de 50.000 habitantes) e possuem equipes reduzidas de vigilância epidemiológica, o que pode ser um fator explicativo de tal informação.

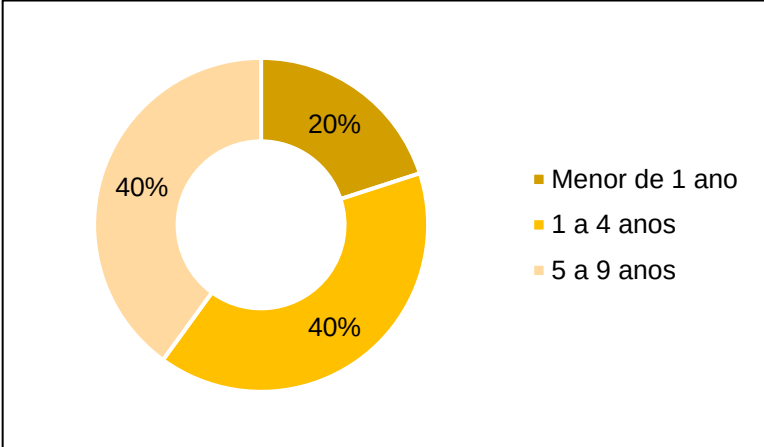
Figura 1. Mapas da distribuição de casos suspeitos de sarampo notificados em Roraima por município de ocorrência, 2019-2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 24/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em relação a faixa etária dos casos notificados como suspeitos de Sarampo no ano de 2024, todos foram crianças menores de 10 anos. Conforme classificação de faixa etária do Ministério da Saúde, as faixas que tiveram registros de casos foram: menor de 01 ano (1 caso), 1 a 4 anos (2 casos), 5 a 9 anos (2 casos), conforme gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição de casos notificados como suspeitos de sarampo no estado de Roraima, segundo faixa etária, 2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 24/07/2025 (sujeitos à alteração).

Acerca das informações referentes à raça, observou-se em 2024 uma maior proporção de notificados da raça parda, representando 60% das notificações. O sexo mais predominante entre os notificados foi o feminino, com 80%. Observou-se, também, que todos os casos já possuíam pelo menos uma dose da vacina que garante proteção contra o sarampo.

Tabela 2. Perfil epidemiológico dos casos suspeitos de sarampo notificados no estado de Roraima, conforme raça, sexo e situação vacinal, 2024

Variáveis	Total de casos
Raça	
Branca	2
Parda	3
Sexo	
Masculino	1
Feminino	4
Vacinado contra Sarampo/Rubéola	
Sim	5

Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 24/07/2025 (sujeitos à alteração).

Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica das Doenças Exantemáticas

Os indicadores de qualidade das doenças exantemáticas são pactuados entre os três níveis de gestão, considerando que o alcance das metas proporciona a chance de desencadear intervenções oportunas, tomada de decisão e orientação para novas ações, quando necessário. São nove os indicadores estabelecidos, sendo dois

indicadores laboratoriais (envio oportuno e resultado oportuno); seis indicadores de vigilância epidemiológica (investigação oportuna, coleta oportuna, taxa de notificação, casos encerrados por laboratório, notificação negativa e investigação adequada); e um indicador de imunização (homogeneidade da cobertura vacinal) (Brasil, 2022).

Segue quadro com o desempenho dos indicadores de vigilância do sarampo e rubéola por ano no Estado de Roraima, no período de 2019 a 2024.

Quadro 1. Desempenho dos indicadores de vigilância do sarampo e rubéola por ano no estado de Roraima, 2019-2024.

Ano	Taxa de notificação	Homogeneidade da cobertura vacinal	Investigação Oportuna	Coleta Oportuna	Envio Oportuno	Resultado Oportuno	Casos		
							Encerrados por laboratório	Notificação Negativa	Investigação Adequada
2019	9,4	81,2	100,0	100,0	98,2	53,0	96,5	80,0	50,9
2020	0,8	68,8	100,0	100,0	100,0	85,7	100,0	114,5	60,0
2021	4,6	13,0	100,0	96,7	100,0	100,0	96,7	89,2	93,5
2022	6,9	13,3	100,0	97,7	96,2	100,0	97,7	84,7	97,7
2023	2,4	26,6	100,0	93,3	61,3	85,8	100,0	86,6	97,8
2024	0,8	33,3	100,0	80,0	74,0	100,0	100,0	85,6	80,0

Fonte: Para os anos de 2019-2021 – Boletins Epidemiológicos/CGVS/SES-RR. Para os anos 2022-2024 – SINAN/DVE/CGVS/SES-RR (sujeitos à alteração); Indicadores Laboratoriais – Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/MS).

A Taxa de Notificação para Sarampo e Rubéola, cuja meta é maior ou igual a 2 casos notificados para cada 100.000 habitantes, é um indicador chave da sensibilidade municipal. Conforme o Quadro 1, observa-se uma queda nas notificações em Roraima, com a taxa de 0,8 em 2020 e 2024, ficando abaixo da meta. A persistência do "Silêncio Epidemiológico" em alguns municípios (ausência de notificações por um ano) é preocupante. Isso sugere que a capacidade de identificar precocemente casos suspeitos pode estar comprometida em certas áreas, especialmente em municípios de pequeno porte com equipes de vigilância epidemiológica reduzidas, o que pode aumentar o risco de surtos.

A Homogeneidade da Cobertura Vacinal, um indicador que será discutido a seguir, não atingiu a meta de 70% em nenhum dos anos, o que, combinado com a baixa taxa de notificação em alguns municípios, cria um cenário de vulnerabilidade.

O indicador “Notificação Negativa” avalia o compromisso das unidades de saúde em assegurar e notificar, semanalmente, a não ocorrência de casos com quadro clínico suspeito para sarampo ou rubéola, indicando uma vigilância ativa e sensível. Para isso, é utilizada uma Ficha de Notificação Negativa, a qual é preenchida

e enviada pelas equipes de vigilância epidemiológica municipais semanalmente para o NCDE, o qual consolida as informações para o Boletim de Notificação Semanal (BNS). O cálculo do indicador é feito através da divisão do número de municípios com notificação negativa oportuna pelo número total de municípios notificantes x 100, e a meta estabelecida como resultado é de 80%. O Quadro 1 mostra que este indicador tem sido consistentemente alto, indicando um bom nível de vigilância ativa.

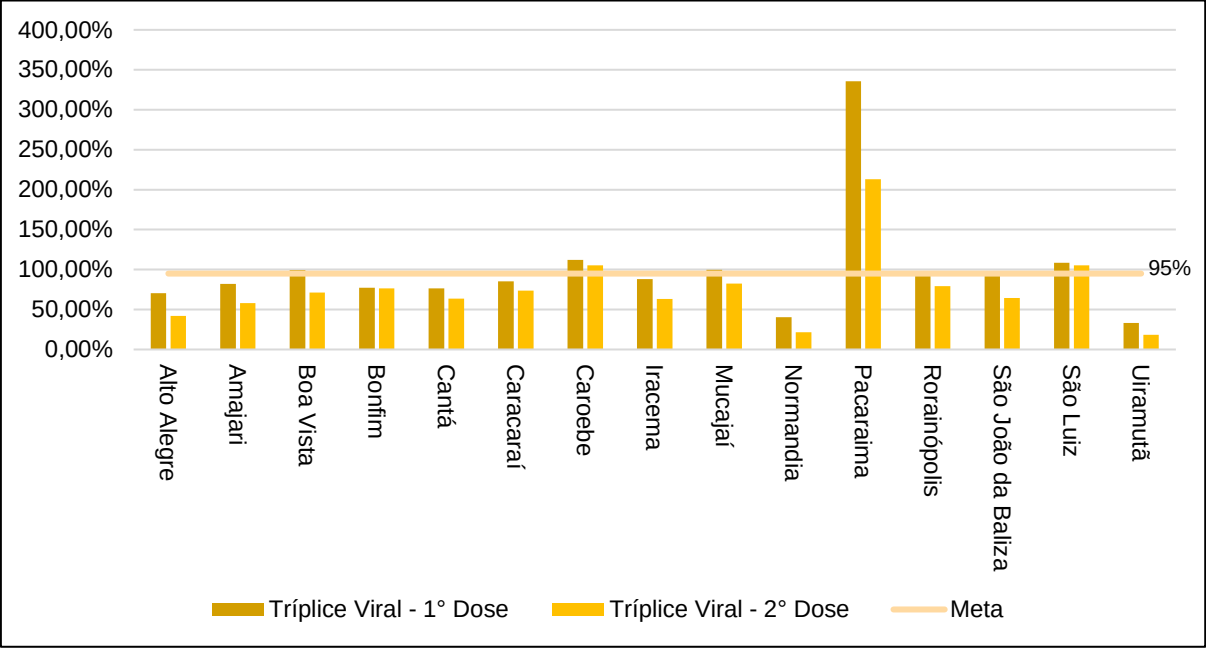
Os demais indicadores têm relação com a investigação dos casos notificados como suspeitos durante o ano. Em 2024, todos os casos foram encerrados através do critério laboratorial, o que é um ponto positivo, demonstrando a eficácia do processo de diagnóstico laboratorial. O indicador “Investigação Adequada” permite avaliar os casos suspeitos com visita domiciliar realizada em até 48 horas após a notificação e, dentre estes, identificar aqueles que preencheram pelo menos 10 variáveis da notificação (data da notificação; data da investigação; fonte de infecção; tomou vacina e data da vacina; data da febre; data do início do exantema; outros sinais e sintomas; data da coleta S1; realização de bloqueio vacinal e classificação final do caso). A análise contínua desses indicadores é vital para identificar dificuldades e fortalecer a capacidade de resposta do estado.

Análise da Cobertura Vacinal

A cobertura vacinal é um dos pilares mais importantes para a prevenção e controle das doenças exantemáticas, incluindo sarampo, rubéola, caxumba e varicela. A análise das taxas de cobertura vacinal para as vacinas Tríplice Viral (que protege contra Sarampo, Rubéola e Caxumba), Tetra Viral (que adiciona proteção contra Varicela) e Varicela monovalente no estado de Roraima, abrangendo o período de 2019 a 2024, é fundamental para compreender a imunidade coletiva da população.

Conforme dados do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS), disponibilizados no Localiza SUS, no ano de 2024, no estado de Roraima, apenas 5 municípios alcançaram a meta nacional de cobertura vacinal ($\geq 95\%$) para a primeira dose (D1) da Tríplice Viral, e somente 3 municípios para a segunda dose (D2), conforme Gráfico 3.

Gráfico 3. Cobertura Vacinal da 1ª e 2ª dose da vacina Tríplice Viral, por município do estado de Roraima, 2024



Fonte: Localiza SUS/DEMÁS – Painéis de Vacinação. Dados de 24/07/2025 (sujeitos à alteração).

A análise da Homogeneidade Vacinal, um indicador crucial que mede a proporção de municípios que atingem a meta de 95% de cobertura, revela um cenário preocupante. A meta para este indicador é de, pelo menos, 70%. No entanto, o estado de Roraima não conseguiu atingir essa taxa de homogeneidade para a Tríplice Viral em nenhum dos anos analisados no período de 2019 a 2024 (Tabela 3). Essa persistente baixa homogeneidade indica a existência de "bolsões de suscetíveis" em diversas áreas do estado, o que aumenta significativamente a vulnerabilidade da população a surtos, mesmo com a eliminação da transmissão autóctone do sarampo.

Tabela 3. Homogeneidade das coberturas vacinais da 1ª e 2ª dose da vacina Tríplice Viral no estado de Roraima, no período de 2019 a 2024

Vacina	Total de Municípios	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tríplice Viral D1	15	13,3	6,7	20,0	13,3	26,7	33,3
Tríplice Viral D2	15	20,0	13,3	-	-	6,7	20,0

Fonte: Tabnet/DATASUS; Localiza SUS/DEMÁS – Painéis de Vacinação. Dados de 24/07/2025 (sujeitos à alteração).

Houve uma melhora no indicador de homogeneidade ao longo dos anos, mas ainda está abaixo da meta preconizada de 70%. Além disso, observam-se prováveis inconsistências nos dados de coberturas vacinais do DATASUS, como a cobertura da segunda dose sendo maior que a da primeira em alguns anos, o que dificulta uma

análise precisa.

Em relação à vacina Tetra Viral, a indisponibilidade de dados de cobertura no Localiza SUS a partir de 2023, somada a períodos de indisponibilidade do imunobiológico nos últimos anos (Brasil, 2022), inviabiliza a avaliação completa dessa cobertura. A normalização da distribuição deste imunobiológico em 2025 é um ponto positivo.

Em suma, o estado de Roraima continua a apresentar baixa cobertura vacinal geral, o que representa uma vulnerabilidade significativa para os agravos preveníveis por vacinas.

Ações de destaque de 2024

Em 2024, o Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) demonstrou proatividade e um planejamento estratégico para manter o status de eliminação do sarampo e fortalecer a vigilância das doenças imunopreveníveis. As principais ações realizadas incluem:

- **Preparação para Resposta Rápida:** Em agosto de 2024, foi realizada a "Oficina de Preparação à Resposta Rápida frente a um caso suspeito de Sarampo no período Pós-Eliminação". Roraima foi o primeiro estado do país a receber este treinamento, reforçando o compromisso com a identificação precoce de casos suspeitos e a adoção de medidas de controle adequadas e oportunas. Essa iniciativa é um exemplo de como a ausência de casos não é um sinal para a complacência, mas sim o resultado de uma vigilância ativa e de um planejamento estratégico para manter o status de eliminação.
- **Dias "S" de Mobilização Nacional:** Foram realizados dois Dias "S" de Mobilização Nacional de Buscas Ativas de sarampo e rubéola em todo o Brasil, com participação ativa dos municípios de Roraima na busca por casos suspeitos. A segunda ação teve destaque especial, com o NCDE realizando visitas *in loco* em municípios com "silêncio epidemiológico" para auxiliar e orientar as equipes nas buscas por casos suspeitos de sarampo e rubéola.
- **Reuniões e Apresentações para Recertificação:** Em maio de 2024, o NCDE participou de reuniões com a Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da eliminação do sarampo, rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), e com

o Comissariado da OPAS-Washington e Ministério da Saúde. Roraima apresentou os "Avanços das evidências documentadas da não-circulação do sarampo no estado", buscando a recertificação de eliminação do sarampo no território. O núcleo também participou remotamente da cerimônia de entrega do Certificado de País Livre do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, e da Terceira Reunião Anual da Comissão Regional de Monitoramento e Verificação da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e SRC nas Américas, organizada pela OPAS/OMS, ocorrida em novembro de 2024.

- **Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV):** O núcleo participou da capacitação para o MEV em Brasília (maio/2024) e, posteriormente, atuou juntamente com o Núcleo Estadual do Programa Nacional de Imunizações (NEPNI) no treinamento *in loco* em todos os municípios do estado (junho/2024), por meio de duas equipes de facilitadores. Durante o MEV, foram avaliadas 12.914 crianças de 12 meses a menores de 5 anos em todo o estado, sendo encontradas 95,3% (12.306) delas vacinadas com a primeira dose e 80,8% (10.430) com a segunda dose da Tríplice Viral. A situação vacinal das crianças que necessitavam foi atualizada no momento do Monitoramento.

- **Capacitação em Vigilância Hospitalar:** O NCDE participou da IV Capacitação de Vigilância Epidemiológica do estado de Roraima, promovida pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH). Durante o evento, o NCDE realizou treinamento específico sobre a vigilância das doenças exantemáticas no ambiente hospitalar, incluindo o uso de estudos de casos, visando capacitar e atualizar os profissionais de saúde que atuam em Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE).

RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA A RUBÉOLA

Conceito

A rubéola é uma doença viral aguda, geralmente de curso benigno em crianças e adultos, mas que representa uma grande preocupação em gestantes devido ao seu potencial teratogênico. A infecção materna durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre, pode levar à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), uma condição grave que causa malformações congênitas irreversíveis no feto (Brasil, 2024).

Os sintomas da rubéola incluem febre baixa, linfadenopatia (inchaço dos gânglios linfáticos), especialmente nas regiões retroauricular, cervical e occipital, e um exantema rubeoliforme. Este exantema é semelhante ao morbiliforme, porém de coloração rósea e com pápulas um pouco menores, distinguindo-se por suas características específicas (Brasil, 2024).

A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) pode resultar em uma série de graves malformações, como cardiopatias congênitas, cegueira, surdez, microcefalia e retardo mental, tornando a prevenção da rubéola em mulheres em idade fértil uma prioridade máxima de saúde pública. Dada a importância de um diagnóstico preciso, especialmente em contextos de vigilância para eliminação, a confirmação laboratorial é frequentemente necessária para o diagnóstico de rubéola, complementando a avaliação clínica (Gandolfo, 2020). A vacinação é a principal ferramenta para prevenir a rubéola e, conseqüentemente, a SRC.

Situação Epidemiológica da Rubéola no Brasil

O Brasil alcançou um marco histórico na saúde pública ao receber a certificação da eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) em 2015. Desde então, o país tem conseguido manter esse status por meio de uma vigilância epidemiológica robusta e pela manutenção das coberturas vacinais em sua população (Brasil, 2022).

No período de 2019 a 2024, a vigilância da rubéola e SRC no Brasil concentrou-se na detecção e investigação de casos suspeitos, com um foco contínuo na diferenciação de outras doenças exantemáticas e na rápida resposta a eventuais casos importados, evitando a reintrodução da transmissão autóctone.

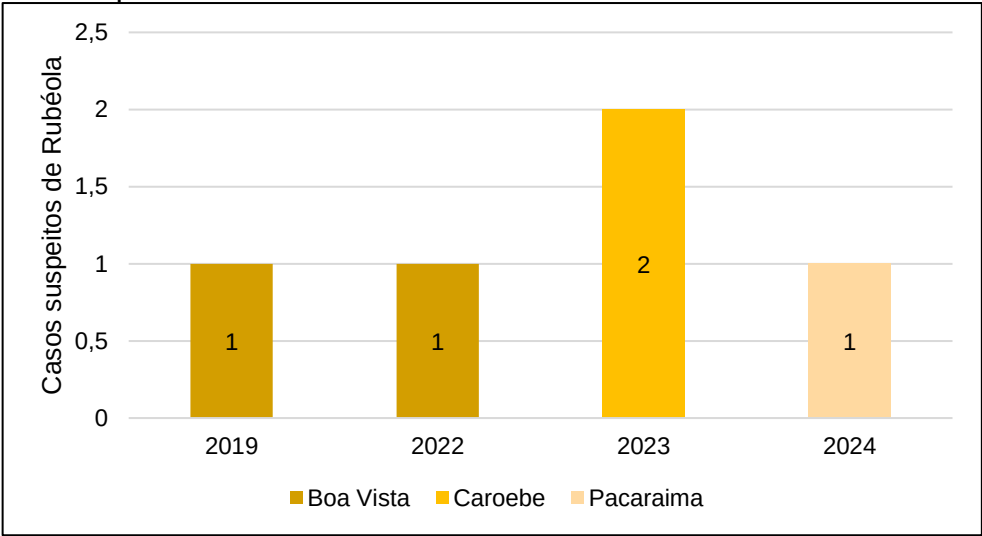
Situação Epidemiológica em Roraima

Em Roraima, os dados do Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) para o mesmo período de análise de 2019 a 2024 refletem a situação nacional de eliminação, com a ausência de casos autóctones confirmados de rubéola e SRC. A manutenção desse status é um testemunho da eficácia das ações de vigilância ativa e da importância da manutenção da vacinação no estado. A dinâmica populacional da região, com seu fluxo migratório, torna a vigilância ainda mais crucial para preservar

essa conquista epidemiológica, exigindo um sistema constantemente alerta para a detecção de casos importados.

Acerca das notificações para esse agravo, no período de 2019 a 2024, o SINAN registrou um total de 5 notificações de casos suspeitos de rubéola no estado. Destes, 2 foram na capital Boa Vista, 1 em Caroebe e 1 em Pacaraima. A distribuição dessas notificações pode ser visualizada no Gráfico 4.

Gráfico 4. Casos suspeitos de Rubéola, segundo município de notificação no estado de Roraima, no período de 2019 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 24/07/2025, sujeitos à alteração.

É fundamental ressaltar que todos os 5 casos notificados foram investigados oportunamente e descartados por critério laboratorial. Este fato demonstra a alta sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica de Roraima e a capacidade das equipes em realizar o diagnóstico diferencial de forma eficaz. A investigação rápida e o descarte laboratorial preciso são cruciais para confirmar a ausência de circulação viral e evitar a reintrodução da doença, garantindo que o estado continue livre da transmissão autóctone de rubéola e SRC.

VARICELA

Conceito

A varicela, popularmente conhecida como catapora, é uma doença infecciosa altamente contagiosa, causada pelo vírus Varicela-Zoster. Embora geralmente benigna, pode estar associada a complicações (Brasil, 2024). A infecção primária

causa a catapora. Após a recuperação, o vírus pode permanecer latente nos gânglios nervosos próximos à medula espinhal, e sua reativação causa o Herpes-Zóster, conhecido como cobreiro. O Herpes-Zóster surge quando há debilidade no sistema imunológico, e pode ser desencadeado por fatores como idade acima de 50 anos, estresse físico ou psicológico, privação do sono, diabetes mellitus, câncer, quimioterapia, doenças crônicas, uso de drogas imunossupressoras e HIV/Aids (Brasil, 2024).

A principal característica clínica da varicela é o aparecimento de lesões cutâneas com polimorfismo, ou seja, que podem se apresentar em diversas formas evolutivas simultaneamente: máculas, pápulas, vesículas (lesões com conteúdo líquido), pústulas (lesões com pus) e crostas, acompanhadas de prurido (coceira) (Brasil, 2022).

Uma vez adquirido o vírus Varicela, a pessoa fica imune à catapora, mesmo que entre em contato com outras pessoas contaminadas. No entanto, esse vírus permanece em latência, podendo ser reativado e causar o Herpes-Zóster (Brasil, 2024). Até 20% dos pacientes com história de catapora na infância apresentarão pelo menos um episódio de herpes-zoster, geralmente após os 50 anos. Entre os pacientes com mais de 85 anos, essa taxa sobe para mais de 50% (DVE/BA, 2019).

Vigilância Epidemiológica da Varicela

A vigilância epidemiológica tem entre suas atribuições, avaliar o impacto da vacinação antivaricela-zóster no país sobre a morbimortalidade por varicela; conhecer a incidência de casos graves de varicela; conhecer a mortalidade por varicela; conhecer os padrões de ocorrência da doença (sazonalidade e distribuição por faixa etária) e estabelecer medidas de controle frente a situações de surtos e grupos populacionais de alto risco para complicações e morte (Brasil, 2022).

Definição de caso

Um caso suspeito de varicela é definido com aparecimento de quadro discreto de febre moderada, com início súbito, que dura de 2 a 3 dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, couro cabeludo ou tronco (distribuição centrípeta – cabeça e tronco). Já um caso grave é definido por aqueles

que atendam à definição de caso suspeito de varicela e que necessitem ser hospitalizados, ou tenham evoluído para óbito (Brasil, 2022).

Definição de surto

Considera-se como surto de varicela a ocorrência de um número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições, creches, escolas e hospitais pediátricos (Brasil, 2022).

Notificação

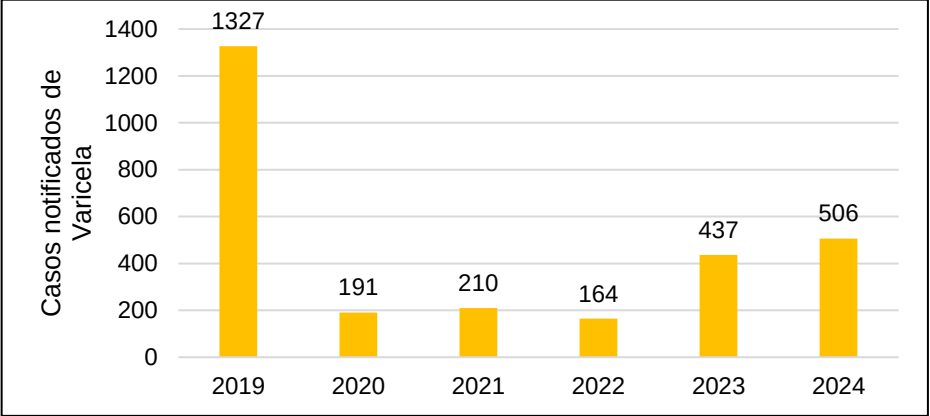
No ano de 2023, o NCDE teve como ação de destaque a publicação da Portaria Nº 2779/SESAU/CGVS/DVE/NCDE, em 20 de setembro de 2023, a qual institui a Varicela (Catapora) como Doença de Notificação Compulsória (DNC) de interesse do estado de Roraima. Nesta portaria também foram descritos os procedimentos para a notificação individual e inserção no SINAN. Os casos graves, surtos ou óbitos continuam sendo de notificação compulsória, por meio da Ficha de Notificação Individual ou Ficha de Investigação de Surto.

Situação Epidemiológica em Roraima

Em Roraima, no período de 2019 a 2024, foram notificados 2.835 casos de Varicela. O ano de 2019 registrou o maior número de notificações, com 1.327 casos (43% do total), enquanto 2022 foi o ano com menos notificações, com apenas 164 casos (6%), conforme a Gráfico 5. Essa variação pode indicar flutuações na circulação viral ou na sensibilidade do sistema de vigilância ao longo dos anos.

Ao analisar a distribuição municipal dos casos confirmados de Varicela no período de 2019 a 2024, o município de Boa Vista se destaca como o que mais notificou, com 2.231 casos. O ano com maior número de notificações da capital foi 2019, onde houve o registro de 1.147 casos.

Gráfico 5. Casos notificados de Varicela no Estado de Roraima, 2019 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 13/06/2025, sujeitos à alteração.

Já em 2024, ano de análise do presente relatório, Boa Vista continuou sendo o município com mais notificações, com 390 registros, representando 77,1% dos 506 casos totais do estado, conforme descrito na Tabela 4. Essa concentração na capital pode refletir tanto uma maior densidade populacional quanto uma maior capacidade de detecção e notificação.

Tabela 4. Casos confirmados de Varicela no estado de Roraima, segundo município de notificação, 2019 a 2024

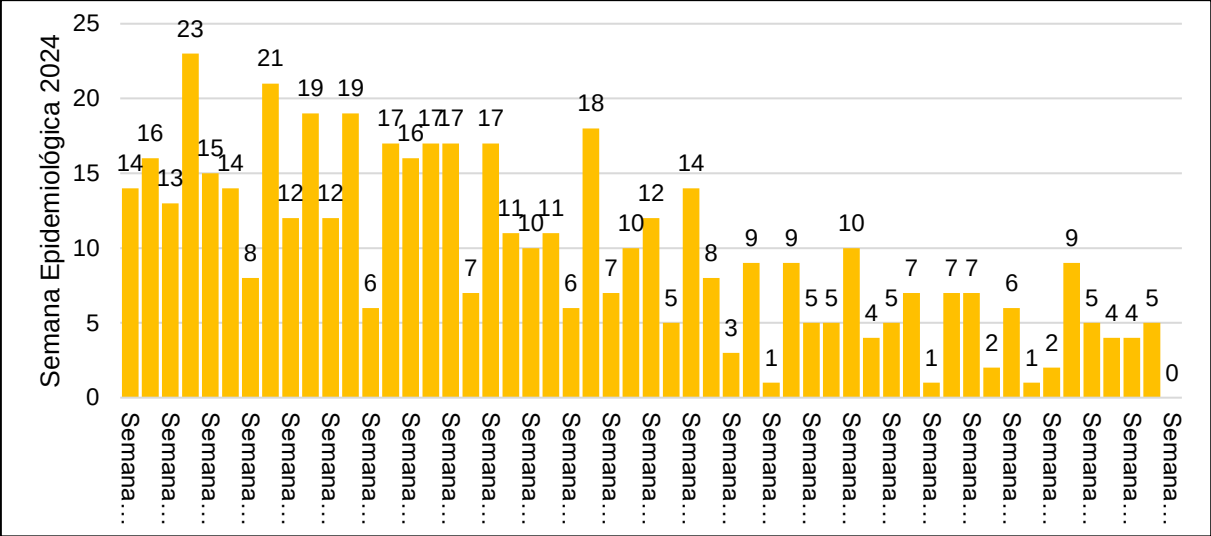
Município de Notificação	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alto Alegre	4	2	2	0	6	3
Amajari	7	1	2	0	3	2
Boa Vista	1147	157	144	140	253	390
Bonfim	85	1	7	4	7	9
Cantá	1	3	5	5	25	11
Caracaraí	2	9	5	5	8	7
Iracema	1	2	3	2	1	2
Mucajaí	50	1	1	0	0	8
Normandia	2	1	0	1	14	1
Pacaraima	0	0	17	0	102	57
Rorainópolis	26	12	18	5	7	8
São João da Baliza	0	0	2	0	0	0
São Luiz	2	2	4	1	4	2
Uiramutã	0	0	0	1	7	6
Total	1327	191	210	164	437	506

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 13/06/2025, sujeitos à alteração

A análise por Semana Epidemiológica (SE) do ano de 2024 revela que a SE 04 teve o maior número de notificações, com 23 casos, enquanto as SEs 33, 41 e 46 registraram apenas uma notificação cada (Gráfico 6). Essa sazonalidade ou picos

específicos podem indicar momentos de maior circulação viral ou de maior atenção da vigilância.

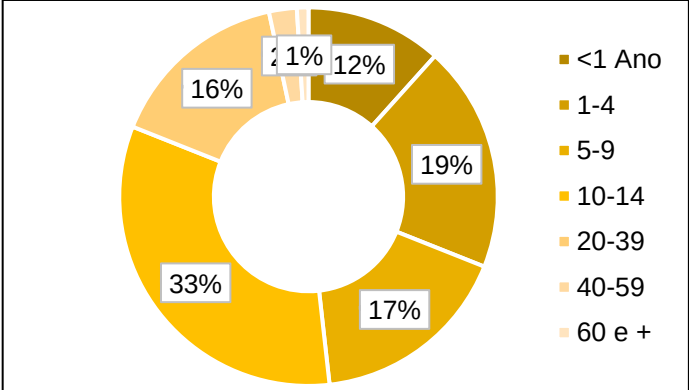
Gráfico 6. Casos notificados de Varicela, por Semana Epidemiológica da notificação, em Roraima, 2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 21/07/2025 (sujeitos à alteração).

Quanto à faixa etária, em 2024, o maior número de notificações de Varicela foi observado em pacientes de 10 a 14 anos de idade, com 166 notificações (33%). A faixa etária de 60 anos ou mais apresentou o menor número, com apenas 5 notificações (1%) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Casos notificados de Varicela, segundo a faixa etária, no estado de Roraima no período de 2024

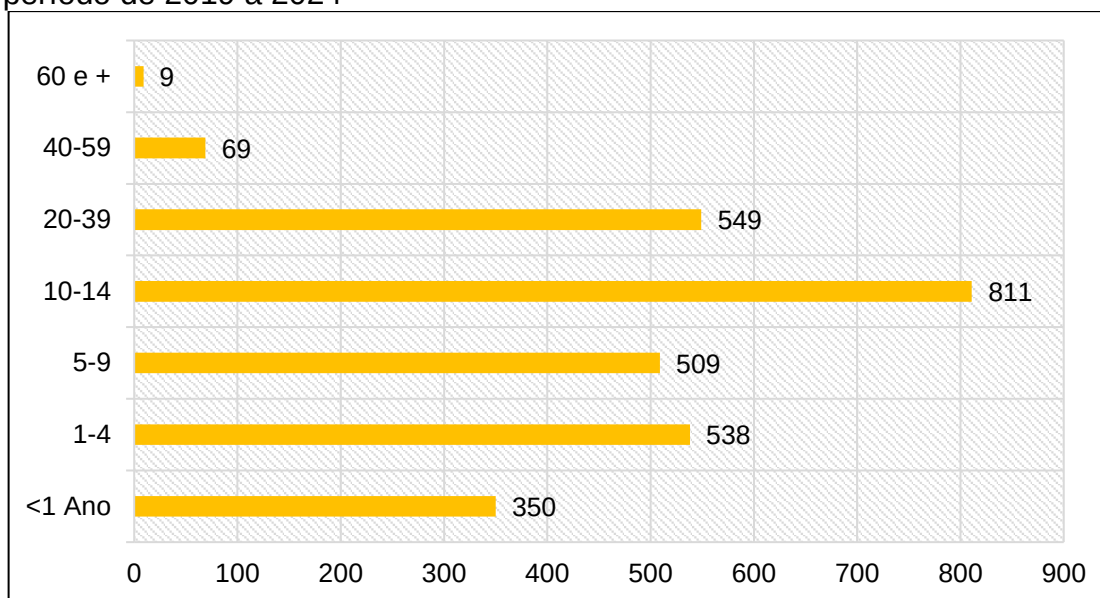


Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 21/07/2025 (sujeitos à alteração).

Ao analisar o período de 2019 a 2024, a faixa etária de 10 a 14 anos ainda se mantém com a maior proporção de casos, com 811 notificações (29%), e a faixa de 60 anos ou mais com o menor número, 9 notificações (1%) (Gráfico 8). Essa predominância em faixas etárias mais jovens, especialmente escolares, é um padrão

esperado para doenças como a varicela, que se disseminam facilmente em ambientes coletivos.

Gráfico 8. Casos notificados de Varicela, segundo a faixa etária, no estado de Roraima no período de 2019 a 2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 21/07/2025 (sujeitos à alteração).

Cobertura Vacinal da Varicela

Em 2013, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde introduziu, no esquema de vacinação das crianças, a primeira dose de varicela aos 15 meses de idade até os 2 anos de idade como parte da vacina Tetra Viral (SRC-V), para as crianças que já tenham sido vacinadas com a primeira dose da vacina tríplice viral (SRC). Aos 4 anos de idade, é feito o reforço da varicela, com aplicação da segunda dose do esquema, sendo aplicada de forma isolada (Brasil, 2024).

A população indígena tem um esquema vacinal especial, com a inclusão da vacinação contra varicela a partir dos quatro anos de idade. Em situações de surto, pode-se vacinar, até 05 dias após o surto, crianças maiores de 09 meses de idade com imunidade e demais pessoas que estejam suscetíveis (Brasil, 2024).

Conforme consulta no DATASUS, não há registros para o ano de 2019. No período de 2020 a 2024, a análise da cobertura vacinal municipal para o imunobiológico da Varicela em Roraima apresentou uma média estadual de 57%, indicando uma baixa cobertura vacinal no período (Tabela 5).

Tabela 5. Cobertura Vacinal com o Imunobiológico Varicela Estado de Roraima por município, de 2019 a 2024

Município	2019*	2020	2021	2022	2023	2024
Amajari	-	12,68	19,28	14,68	25,82	67,24
Alto Alegre	-	38,02	25,04	21,98	26,64	45,68
Boa Vista	-	72	48,88	54,11	58,9	75,03
Bonfim	-	29,97	35,32	40,95	93,56	75,57
Cantá	-	35,23	38,96	34,32	53,78	63,54
Caracarái	-	45,21	38,43	45,94	56,3	79,53
Caroebe	-	78,14	61,76	107,65	107,08	103,45
Iracema	-	68,83	31,89	50,34	48,15	66,19
Mucajá	-	71,2	83,6	106,53	97,18	83,08
Normandia	-	20	12,88	14,08	13,11	24,12
Pacaraima	-	68,95	79,68	176,57	223,63	240,47
Rorainópolis	-	58,79	82,36	50,84	104,51	80,44
São João da Baliza	-	116,39	81,68	50	82,68	90,58
São Luiz	-	58,49	58,88	69,81	76,67	108,51
Uiramutã	-	17,3	12,99	15,09	11,9	18,6
Média Estadual	-	61,03	46,77	53,11	61,57	67,24

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações.

Nota: Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal – Residência). Dados sujeitos a alterações. *Sem dados de vacinação.

A cobertura vacinal da varicela em 2020 e 2022 apresentou um aumento devido à indisponibilidade da vacina Tetra Viral, o que levou à implementação de um esquema vacinal alternativo com a aplicação da vacina Tríplice Viral + Varicela Monovalente (Brasil, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos 95% de cobertura vacinal (CV) para manutenção da eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis (OPAS, 2017).

Tabela 6. Homogeneidade da Cobertura Vacinal com o Imunobiológico Tetra Viral (SRC+VZ) no estado de Roraima por município, de 2019 a 2024

Vacina	Total de Municípios	2019*	2020	2021	2022	2023	2024
Tetra Viral (SRC + VZ)	15	-	6,66	-	20	33,33	20

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal – Residência). Dados sujeitos a alterações. *Sem dados de vacinação.

Ao analisar a homogeneidade da cobertura vacinal da Tetra Viral (proporção de municípios acima da meta de 95%), a Tabela 6 demonstra um baixo alcance da meta, pois em nenhum ano entre 2019 e 2024 a meta estabelecida de 70% foi atingida.

A análise da cobertura vacinal geral da varicela no estado de Roraima, comparada à meta de 95% preconizada pelo Ministério da Saúde, revela uma

vulnerabilidade contínua. Embora a média estadual tenha apresentado uma melhora gradual, passando de 61,03% em 2020 para 75,82% em 2024, nenhum dos anos avaliados atingiu a meta nacional (Tabela 6). Isso indica que, apesar dos esforços, a população de Roraima ainda não possui a imunidade coletiva ideal para o agravo da varicela, o que a torna suscetível a surtos.

Tabela 6. Coberturas de vacinação a nível nacional de Varicela segundo Unidade da Federação no ano de 2019 a 2024

Unidade da Federação	2019*	2020	2021	2022	2023	2024
Rondônia	-	75,75	67,5	73,6	76,04	93,57
Acre	-	41,67	33,21	44,93	55,71	54,38
Amazonas	-	55,88	55,43	60,43	62,16	71,61
Roraima	-	61,03	46,77	53,11	64,05	75,82
Pará	-	54,22	39,66	44,94	47,79	55,85
Amapá		38,16	37,48	45,33	61,21	66,13
Tocantins	-	73,91	68,58	71,74	73,63	78,67
Maranhão	-	52,21	50,17	60,23	71,53	49,26
Piauí	-	73,45	71,6	83,04	82,34	90,22
Ceará	-	85,51	68,54	83,08	89,43	91,44
Rio Grande do Norte	-	70,72	63,21	69,72	87,43	64,14
Paraíba		71,53	63,39	74,36	82,26	32,65
Pernambuco	-	71,01	65,61	74,14	31,40	67,72
Alagoas	-	72,11	69,78	86,06	82,03	81,44
Sergipe	-	68,52	73,95	81,87	88,72	79,22
Bahia		70,51	62,33	73,38	73,84	77,71
Minas Gerais	-	90	79,04	85,14	81,14	53,16
Espírito Santo	-	78,41	72,73	74,44	77,27	61,93
Rio de Janeiro	-	60,84	61,79	60,71	63,13	65,23
São Paulo	-	80,92	74,36	76,76	72,48	91,29
Paraná	-	83,55	77,14	82,22	80,96	80,73
Santa Catarina	-	86,76	77,48	85,01	70,89	75,10
Rio Grande do Sul	-	79,93	65,57	74,51	82,47	87,86
Mato Grosso do Sul	-	72,55	65,16	80,28	74,15	93,83
Mato Grosso	-	75,16	65,55	73,54	68,43	83,34
Goiás	-	72,47	61,35	65,06	51,69	66,01
Distrito Federal	-	77,34	75,47	79,8	82,50	89,02
Brasil	-	74,43	67,05	73,32	72,89	72,70

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 2024. Nota: Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal – Residência). Dados sujeitos a alterações. *Sem dados de vacinação.

CAXUMBA

Conceito

A caxumba, também conhecida como Papeira, é uma doença de distribuição universal, de alta morbidade e baixa letalidade, aparecendo sob a forma endêmica ou

surtos. É uma infecção aguda e contagiosa, causada pelo vírus da família Rubulavírus, gênero *Paramyxovirus*, que pode atingir qualquer tecido glandular e nervoso do corpo humano, mas é mais comum afetar as glândulas parótidas, que produzem a saliva, ou as submandibulares e sublinguais, próximas ao ouvido (Brasil, 2024).

É mais comum em crianças no período escolar e em adolescentes, mas também pode afetar adultos em qualquer idade. Ela já foi uma doença muito comum na infância, mas com a implementação da vacinação generalizada, a incidência diminuiu. Normalmente, a caxumba tem evolução benigna, com apresentação de sintomas leves, como um resfriado, ou até mesmo nenhum sintoma. Em casos raros, pode ser grave, levando à hospitalização. Já o óbito por caxumba é extremamente raro (Brasil, 2022).

O modo de transmissão é pela via aérea, através da disseminação de gotículas, ou por contato direto com saliva de pessoas infectadas. O risco de propagação do vírus aumenta quanto maior o tempo e mais próximo for o contato com uma pessoa com caxumba. Em relação ao período de transmissibilidade, geralmente ocorre de sete dias antes até nove dias após o surgimento das manifestações clínicas (Brasil, 2022).

O infectado apresenta febre, dor, sensibilidade e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, principalmente das parótidas (localizadas próximas à bochecha e área da mandíbula) e, às vezes, pelas sublinguais ou submandibulares (Brasil, 2022).

Vigilância Epidemiológica da Caxumba

A vigilância epidemiológica da caxumba tem como objetivo investigar surtos para a adoção de medidas de controle e reduzir as taxas de incidência pela vacinação de rotina com as vacinas tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) e tetraviral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela).

Definição de caso

Um caso suspeito é considerado como a pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente, ou suspeita clínica de caxumba

por causa de outros sintomas associados à caxumba (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite) inexplicada por outro mais provável diagnóstico. Os casos sempre são confirmados pelo quadro clínico do paciente, uma vez que não são utilizados exames sorológicos de rotina na rede pública (Brasil, 2022).

Definição de surto

Considera-se como surto de caxumba a ocorrência de número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições, como creches, escolas, hospitais, presídios, entre outros. Já o surto em ambiente hospitalar é definido com a ocorrência de um único caso confirmado (Brasil, 2024).

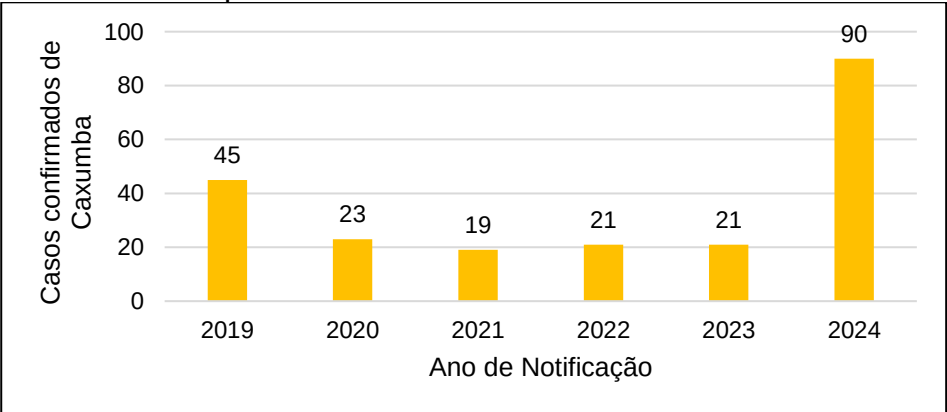
Notificação

Não é uma doença de notificação compulsória, ou seja, não consta na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. No entanto, cada município ou estado tem autonomia para instituir uma portaria tornando-a de notificação compulsória.

Situação Epidemiológica em Roraima

No estado de Roraima, no período de 2019 a 2024, foram notificados 219 casos de Caxumba (Parotidite), conforme o Gráfico 10.

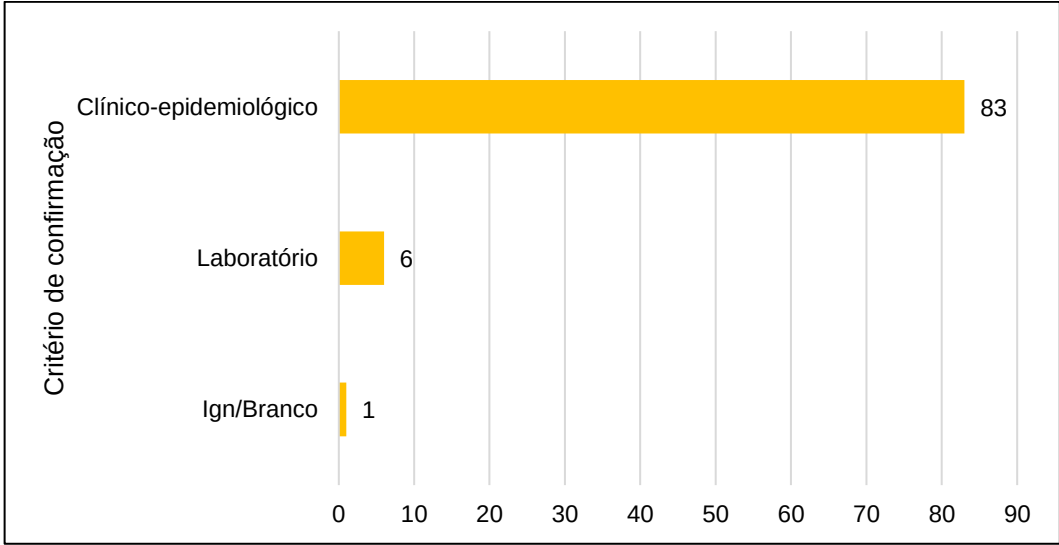
Gráfico 10. Casos confirmados de Caxumba, segundo município de residência no Estado de Roraima, no período de 2019 a 2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 24/07/2025 (sujeitos a alterações).

Somente no ano de 2024, foram notificados 90 casos de caxumba. Desses, 86 foram confirmados por critério clínico-epidemiológico, 6 por laboratório e 1 caso ficou com o critério em branco, conforme a Figura 8. A predominância da confirmação clínico-epidemiológica reflete a prática de não utilizar exames sorológicos de rotina na rede pública para este agravo.

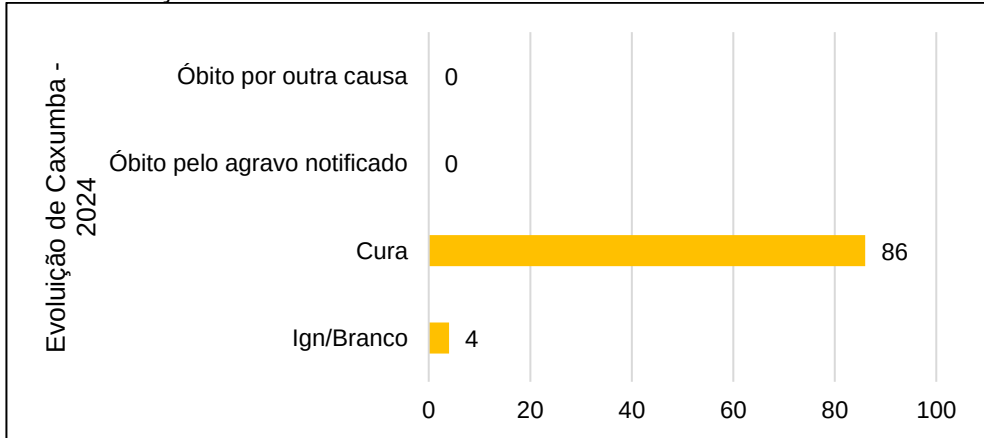
Gráfico 11. Critério de confirmação de Caxumba, no período de 2024 no Estado de Roraima



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 25/07/2025 (sujeitos a alterações).

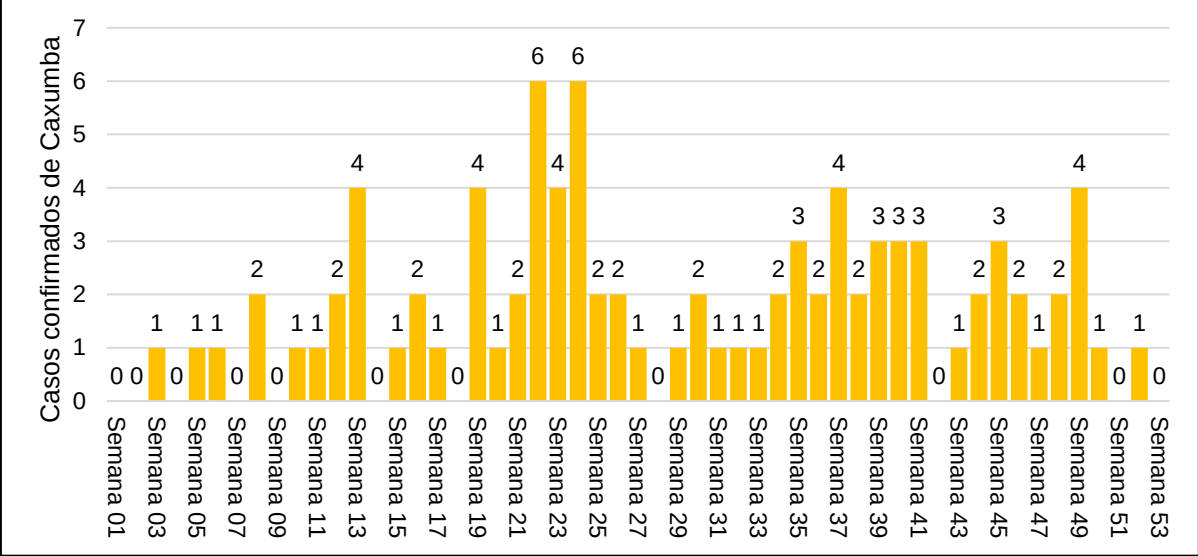
Em relação à evolução dos casos de Caxumba em 2024, houve 86 curas, 4 casos com evolução em branco e nenhum óbito registrado, conforme a Figura 9. Isso reforça o caráter de baixa letalidade da doença, mesmo em um cenário de notificações.

Gráfico 12. Evolução dos casos de Caxumba, no estado de Roraima, em 2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 25/07/2025 (sujeitos a alterações).

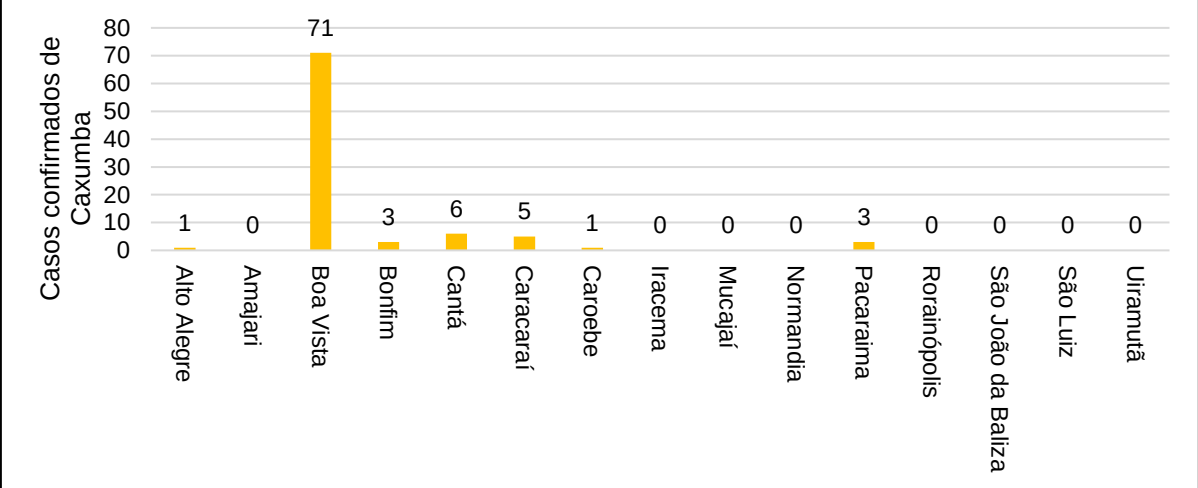
Gráfico 13. Casos de Caxumba notificados por Semana Epidemiológica, no ano de 2024, no estado de Roraima



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 25/07/2025 (sujeitos a alterações).

A análise por Semana Epidemiológica em 2024 mostra que as maiores notificações de caxumba ocorreram nas Semanas 22 e 24, com 6 registros cada, conforme a Figura 10. Esses picos podem indicar surtos localizados ou aumento da circulação viral em períodos específicos.

Gráfico 14. Casos confirmados de Caxumba no estado de Roraima, segundo município de residência, em 2024

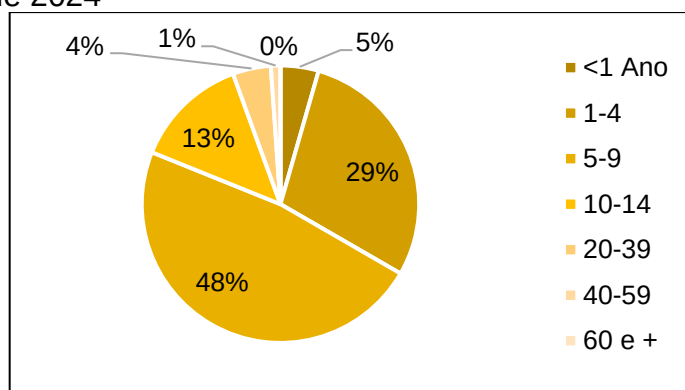


Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 25/07/2025 (sujeitos a alterações).

Quanto ao município de residência dos casos notificados em 2024, a capital Boa Vista registrou a maior incidência, com 78,88% (n=15) do total de casos, conforme a Gráfico 14. Essa concentração na capital é um padrão observado também para outros agravos, possivelmente devido à maior densidade populacional e à capacidade de detecção.

Em relação à faixa etária dos casos notificados de Caxumba em 2024, o maior número foi de pacientes de 5 a 9 anos de idade, com 43 notificações (46%). A faixa etária de 40 a 59 anos teve apenas 1 notificação (1%), e não houve notificações na faixa de 60 anos ou mais, conforme o Gráfico 15. Essa distribuição etária reforça que a caxumba é mais comum em crianças em idade escolar, onde a transmissão em ambientes coletivos é facilitada.

Gráfico 15. Casos confirmados de Caxumba, segundo a faixa etária, no estado de Roraima no ano de 2024



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 25/07/2025 (sujeitos a alterações).

A Caxumba não é um agravo de notificação compulsória a nível nacional. Portanto, reconhece-se que há uma subnotificação deste agravo, o que significa que o número real de casos pode ser maior do que o registrado no SINAN. Essa subnotificação pode dificultar a avaliação precisa da circulação viral e o planejamento de ações de controle, especialmente em relação à cobertura vacinal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise epidemiológica das doenças exantemáticas em Roraima, no período de 2019 a 2024, evidencia avanços expressivos no controle dessas doenças, com destaque para a interrupção da transmissão autóctone do sarampo desde 2019. Esse desempenho contribuiu de forma significativa para a recertificação do Brasil como país

livre do sarampo pela OPAS/OMS em 2024, refletindo a eficácia das estratégias de vigilância e imunização desenvolvidas no estado. A elevada sensibilidade do sistema de vigilância, demonstrada pela detecção, investigação e descarte laboratorial de todos os casos suspeitos notificados, comprova a capacidade técnica e a atuação proativa do NCDE e das equipes municipais de saúde.

Entretanto, a conquista da eliminação local deve ser interpretada com cautela, considerando o contexto global e nacional de volta do Sarampo. O aumento expressivo de casos da doença em diversos países, especialmente na Europa, e a persistência de casos importados no Brasil reforçam que a eliminação não equivale à erradicação, sendo a reintrodução viral um risco permanente. Roraima, por sua posição estratégica na fronteira com a Venezuela e seu intenso fluxo migratório, permanece em constante estado de alerta. O histórico de reintrodução do sarampo em 2018, por meio de casos importados, reforça a necessidade de manter uma vigilância de fronteira fortalecida e estratégias específicas para populações de alta mobilidade, como migrantes e indígenas.

Outro ponto crítico identificado diz respeito à cobertura vacinal no estado, que permanece abaixo da meta preconizada em diversos municípios. A presença de bolsões de suscetíveis, aliada à baixa homogeneidade na vacinação, representa uma vulnerabilidade epidemiológica considerável, capaz de permitir a disseminação viral mesmo a partir de um único caso importado. A situação torna-se ainda mais preocupante diante do silêncio epidemiológico observado em municípios de pequeno porte, o que pode mascarar a real magnitude da circulação viral e comprometer a resposta oportuna a surtos.

Diante desses desafios, destacam-se como ações estratégicas a serem mantidas e ampliadas: o fortalecimento da vigilância ativa e sensível em todos os níveis de atenção; a capacitação contínua das equipes de saúde para identificação, notificação e investigação adequada dos casos; a intensificação das estratégias de vacinação para aumento e homogeneização das coberturas de todas as vacinas do calendário, especialmente da tríplice viral, tetra viral e varicela monovalente e a vigilância direcionada a áreas de fronteira e populações vulneráveis.

As experiências exitosas de 2024, como os “Dias S” de busca ativa, o Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV), a Oficina de Preparação à Resposta Rápida, e a articulação com organismos como a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, demonstram o compromisso do estado com a manutenção da eliminação

dessas doenças. A inclusão da varicela como doença de notificação compulsória de interesse estadual é mais um exemplo da capacidade de adaptação do sistema local às demandas epidemiológicas emergentes.

Em síntese, embora Roraima tenha alcançado avanços consistentes na eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, essa conquista permanece condicionada à manutenção de uma vigilância sensível, a coberturas vacinais elevadas e homogêneas, à resposta rápida frente a casos suspeitos e à mobilização constante de profissionais e gestores. A consolidação do estado como território protegido frente às doenças exantemáticas dependerá da continuidade dessas ações integradas, da análise permanente dos dados epidemiológicos e da articulação entre os diferentes níveis de gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Taílly de Souza *et al.* Viroses exantemáticas. In: FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de e outros (Orgs.). **Fundamentos e Práticas Pediátricas e Neonatais**. 2. ed. Editora Pasteur, 2025. Cap. 6, p.45–57. Disponível em: <https://editorapasteur.com.br/wp-content/uploads/2022/07/Livro-Fundamentos-e-Praticas-Pediatricas-e-Neonatais-Ed.-II.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. **Imunização – Doses aplicadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/dpnibr.def.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. **Sarampo e Rubéola – Casos confirmados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/exantbr.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde – DEMAS. **Painéis de vacinação**. 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**. 6. ed. Revisada. Brasília. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. revisada e atualizada. Brasília. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Fascículo dos Indicadores de Qualidade das Doenças Exantemáticas no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-sarampo/publicacoes-tecnicas/fasciculo-com-indicadores-de-qualidade-das-doencas-exantematicas-brasil/view>.

DVE/BA – Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Bahia. **Protocolo Estadual de Vigilância Epidemiológica da Varicela**. 5ª versão. 2019. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/2019-Protocolo-de-Varicela.pdf>

GANDOLFO, Lara. **As principais doenças exantemáticas na pediatria: você conhece?** Academia Médica (blog), 24 nov. 2020. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/as-principais-doencas-exantematicas-na-pediatria-voce-conhece>.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zTjbDrwQD8d7vRDdBnSpzbXM>.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS verifica que Brasil é mais uma vez um país livre do sarampo**. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-11-2024-opas-verifica-que-brasil-e-mais-uma-vez-um-pais-livre-do-sarampo>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico Sarampo**. v. 2, n. 8, 2024a. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sarampo/2024/sarampose0133_boletim_agosto2024.pdf.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico Sarampo**. v. 2, n. 10, 2024b. Disponível em: https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sarampo/2024/sarampose0141_boletim_outubro2024.pdf.

SBMT – Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Sarampo: aumento no número de casos preocupa e acende alerta para todo Brasil, 2022. Disponível em: <https://sbmt.org.br/sarampo-aumento-no-numero-de-casos-preocupa-e-acende-alerta-para-todo-pais/>.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde. **Diagnóstico diferencial das doenças exantemáticas**. [s.d.]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1285172410021FOLDER%20DIAGNOSTICO.pdf>

6.5 DIFTERIA, MENINGITE E COQUELUCHE

O Núcleo de Controle de Meningites e Difteria (NCMD), pertencente ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, possui as atribuições de planejar, coordenar, supervisionar, executar e acompanhar as ações de vigilância epidemiológica das Meningites, Difteria e Coqueluche em Roraima.

É responsável pelo gerenciamento e atualização do banco de dados estadual dos agravos de Meningite, Difteria e Coqueluche, presando pela qualidade dos dados epidemiológicos de Roraima. Tem o dever de planejar, coordenar e executar o processo de capacitação dos recursos humanos para a vigilância dos agravos pertencentes ao NCMD, além de fiscalizar, supervisionar e controlar a execução das ações de epidemiologia e medidas de prevenção e controle das doenças realizadas pelos municípios do estado.

MENINGITE

CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

A meningite é a inflamação das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, podendo ser de origem infecciosa ou não, sejam microrganismos, processos inflamatórios e até mesmo traumas, sendo as meningites virais e bacterianas as de maior importância para a saúde pública, considerando a magnitude de sua ocorrência. As meningites bacterianas destacam-se por sua gravidade, podendo levar a óbito, e pelo potencial de causar surtos e epidemias por determinados agentes etiológicos), especialmente as causadas pela *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) (Brasil, 2024a).

A doença meningocócica (meningite meningocócica e meningococcemia) é causada pela bactéria gram-negativa *Neisseria meningitidis* (meningococo). A doença tem distribuição mundial e é considerada como problema de saúde pública pela sua magnitude, alta letalidade e altas taxas de sequelas em especial na faixa etária infantil, assim como pelos potenciais de transmissão e epidêmico, patogenicidade e relevância social. O meningococo possui 12 sorogrupos, com destaque para os sorogrupos A, B, C, W, Y e X, mais associados às formas invasivas da doença, assim

como a surtos e epidemias. No Brasil, os sorogrupos de maior relevância são o B, o C, o W e, em menor escala, o sorogrupo Y (Brasil, 2024b).

A meningite por *Haemophilus influenzae* é desencadeada pela infecção de cepas encapsuladas (sorotipos a, b, c, d, e ou f) e não capsuladas. O sorotipo b possui uma cápsula com importante fator de virulência e que proporciona maior tropismo para penetração no sangue e no líquido. Porém, tem sido observado um aumento na prevalência de casos de meningite e bacteremia por sorotipos não b, com destaque para sorotipo a, e por *Haemophilus influenzae* não tipáveis. No Brasil, de 2009 a 2021, a maioria dos casos identificados de foram por cepas não tipáveis, seguido dos sorotipos a e b (Brasil, 2024b).

A meningite por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é causada por uma bactéria Gram-positiva. Tem mais de 90 sorotipos capsulares, imunologicamente distintos, que causam doença pneumocócica invasiva (meningite, pneumonia bacterêmica, sepse e artrite) e não invasiva (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia) (Brasil, 2024c).

Destacam-se ainda bactérias como *Mycobacterium tuberculosis*; *Streptococcus agalactiae*; *Listeria monocytogenes*; *Staphylococcus aureus*; *Pseudomonas aeruginosa*; *Klebsiella pneumoniae*; *Enterobacter* sp.; *Salmonella* sp.; *Proteus* sp.

A Meningite viral é causada, em geral, por vírus do gênero Enterovírus (espécies Poliovírus, Echovírus, Coxsackievírus A e B, Rhinovírus). Entretanto, outros vírus como o do sarampo, da caxumba, o herpes simples vírus, o vírus varicela-zoster, o vírus Epstein-Barr, o vírus influenza, o citomegalovírus e os vírus transmitidos por vetores (arbovírus, como o vírus da dengue) também podem causar meningite. As espécies de Enterovírus apresentam variação sazonal, os casos podem ocorrer isoladamente, embora o aglomerado de casos seja comum.

Existe ainda meningite por outras etiologias, na qual destacam-se os fungos do gênero *Cryptococcus*, sendo as espécies mais importantes a *C. neoformans* e a *C. gattii*. Entretanto outros agentes, como protozoários e helmintos, também podem ocasionar meningite.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

No Brasil, a doença é considerada endêmica, com casos esperados ao longo de todo o ano e ocorrência de surtos e epidemias ocasionais. De acordo com o Boletim

Epidemiológico do Ministério da Saúde, em 2023, foram notificados 26.076 casos de meningite no Brasil, dos quais 16.466 foram confirmados, representando 63,1% do total.

Em 2024, o número de notificações foi menor, com 24.637 casos, dos quais 13.744 foram confirmados, o que equivale a 55,8%. No período acumulado entre 2023 e 2024, foram registrados 50.713 casos notificados, com 30.210 confirmações, representando 59,6% do total de casos.

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiodDBkZTAyNDUtOTNhYi00NjQ2LWJmMjEtMjUwMDMxNDQzMzI5IiwidCI6IjIhNTU0YWQzLWI1MmItNDg2Mi1hMzZmLTg0ZDg5MWU1YzZwNSJ9>>. (Dados de 09/04/2025, sujeitos à alteração).

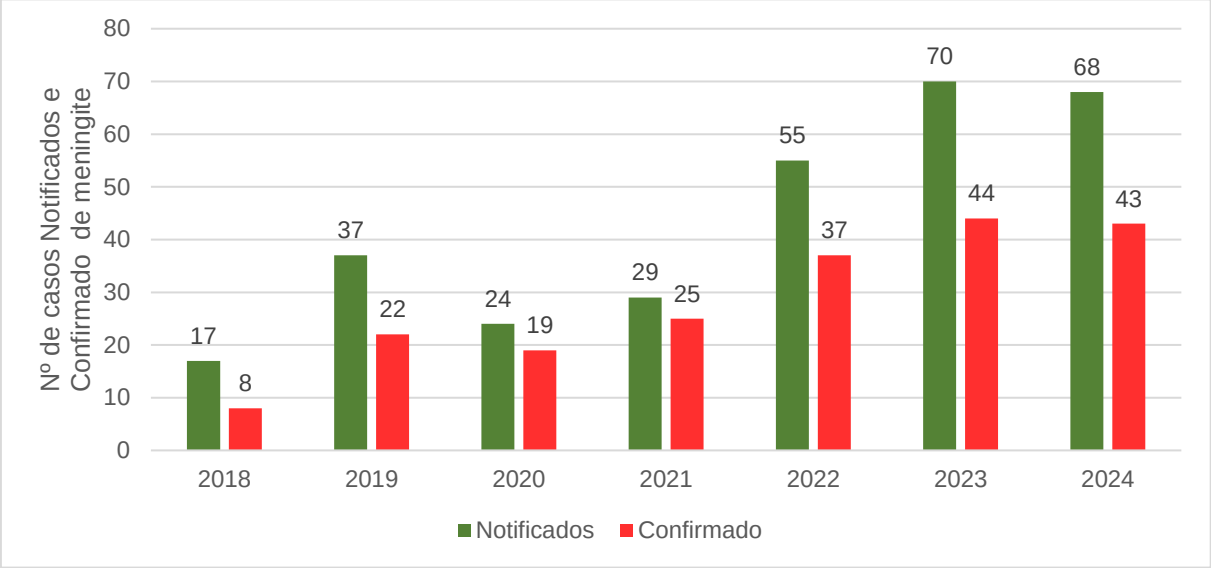
A maior incidência é entre homens, que representam 58% dos casos confirmados, enquanto as mulheres respondem por 42%. A idade média dos casos confirmados é de 25 anos, e a mediana é de 17 anos. Os coeficientes de incidência por faixa etária revelam que o grupo de crianças com menos de um ano apresenta o maior índice, com 62,09 por 100 mil habitantes, seguido pelas crianças de 1 a 4 anos, com 17,63. A incidência diminui progressivamente em faixas etárias mais avançadas, com leve aumento entre idosos acima de 60 anos, que possuem um coeficiente de 4,94. (Cofen, 2024).

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM RORAIMA

No estado de Roraima, segundo dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2018 a 2024 foram notificados 300 casos suspeitos de meningite. Durante este período, 198 (66%) casos foram confirmados para a doença.

A maior frequência de casos confirmados no estado de Roraima foi nos anos de 2023 com 44 (22,22%) casos da doença. Já a menor, teve a sua ocorrência em 2018, possuindo 8 (4,04%) casos, conforme (Gráfico 1).

Gráfico 1: Números de Casos de Meningite Notificados e Confirmados no estado de Roraima nos anos de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

Nos anos em análise (2018 a 2024), o município que apresentou maior frequência de casos foi Boa Vista, com 130 (65,66%) casos confirmados, e os municípios com menor frequência com 1 caso confirmado cada, foram os municípios de Caroebe, São João da Baliza e São Luiz no estado de Roraima, conforme (Tabela 1).

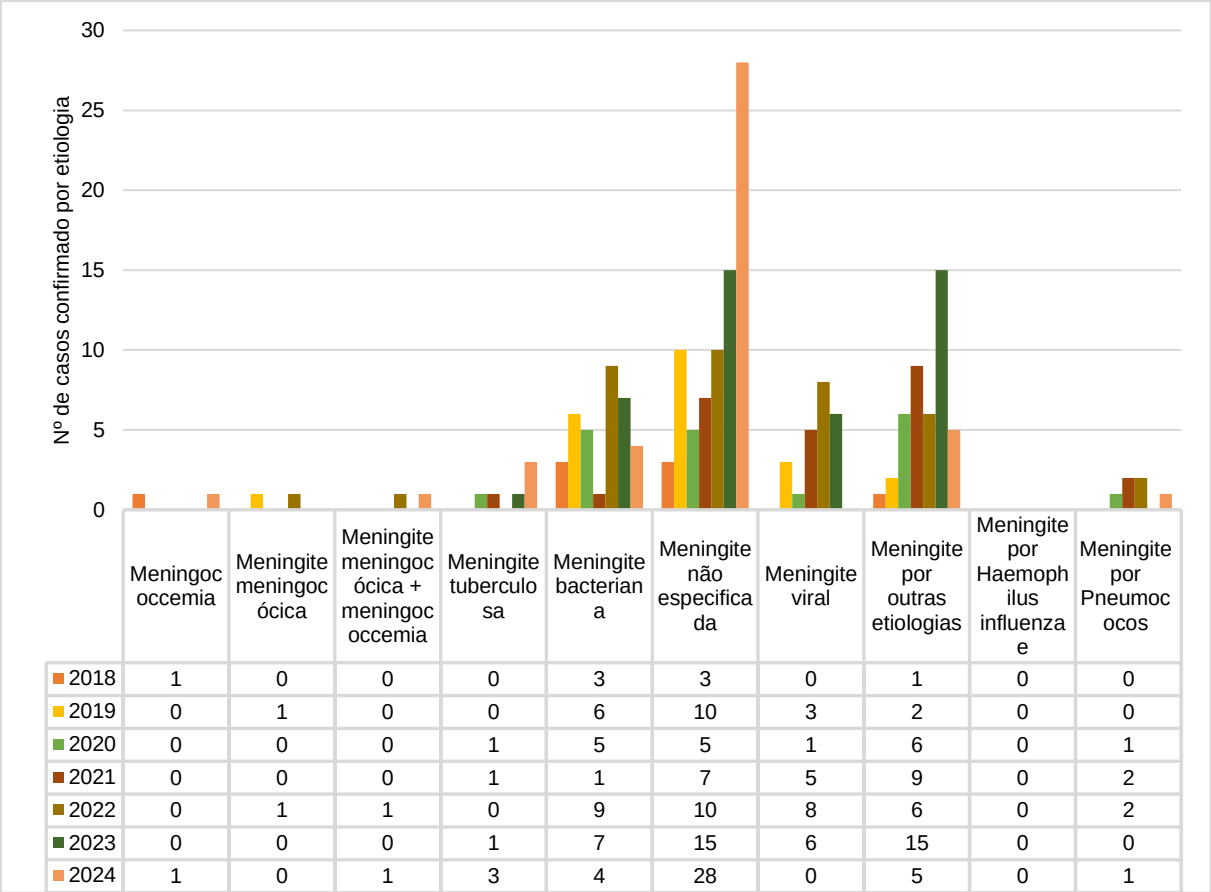
Tabela 1: Casos de Meningite confirmados por ano, segundo Município de Residência no estado de Roraima nos anos de 2018 a 2024.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	1	0	1	0	1	0	2	5
Amajari	0	1	1	0	0	0	2	4
Boa Vista	4	16	13	19	27	27	24	130
Bonfim	2	0	1	0	1	0	0	4
Cantá	0	0	0	0	2	2	3	7
Caracaraí	0	0	0	1	0	0	1	2
Caroebe	0	0	0	0	0	1	0	1
Iracema	0	1	0	0	0	0	1	2
Mucajaí	1	0	0	1	0	4	1	7
Normandia	0	1	2	1	2	0	0	6
Pacaraima	0	1	0	0	2	4	2	9
Rorainópolis	0	2	0	1	1	4	4	12
São João da Baliza	0	0	0	1	0	0	0	1
São Luiz	0	0	0	0	0	0	1	1
Uiramutã	0	0	1	1	1	2	2	7
Total	8	22	19	25	37	44	43	198

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

No que diz respeito à classificação etiológica de meningites, dos anos de 2018 a 2024 no estado de Roraima, foram confirmados: 2 (1,01%) casos de Meningococemia (MCC); 2 (1,01%) casos de Meningite Meningocócica (MM); 2 (1,01%) casos de Meningite Meningocócica com Meningococemia (MM+MCC); 6 (3,03%) casos de Meningite Tuberculosa (MTBC); 35 (17,68%) casos de Meningite por Outras Bactérias (MB); 78 (39,39%) de casos de Meningite não Especificada (MNE); 23 (11,62%) casos de Meningite Viral (MV); 44 (22,22%) casos de Meningite de Outras Etiologias (MOE); 0 (0%) casos de Meningite por haemophilus (MH); 6 (3,03%) casos de Meningite por Pneumococos (MP). (Gráfico 2)

Gráfico 2. Casos de Meningite confirmados por Ano, segundo etiologia no estado de Roraima dos anos de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

Quanto a etiologia da meningite dos anos em análise, teve-se um total de 198 casos confirmados para meningite, sendo a maior frequência da doença no estado de Meningite Não Especificada (MNE), com 39,39% dos casos.

É uma forma de meningite em que a causa específica da inflamação das meninges não é identificada. Esse dado é sugestivo de uma fragilidade no processo

investigativo para identificação etiológica da meningite, que pode ser explicado por uma possível inconsistência nas informações inseridas nas fichas de investigação do SINAN, ou ainda pela ausência de confirmação através de exames laboratoriais específicos, a fim de possibilitar a análise do perfil epidemiológico de forma fidedigna, e em seguida está a Meningite por outras Etiologias (MOE) com 22,22% dos casos, logo depois vem a Meningite por outras Bactérias (MB) com 17,68 % dos casos e Meningite Viral (MV) com 11,62% dos casos.

Em referência aos critérios utilizados para confirmar os casos de Meningite em Roraima dos anos de 2018 a 2024, observa-se um elevado número de casos nos quais o exame quimiocitológico foi utilizado como critério de confirmação da doença, representando 30% dos critérios de confirmação, já o exame de cultura apresentou 22%. (Tabela 2)

Tabela 2. Frequência de casos de meningite por etiologia, segundo critério de confirmação em percentagem no estado de Roraima, de 2018 a 2024.

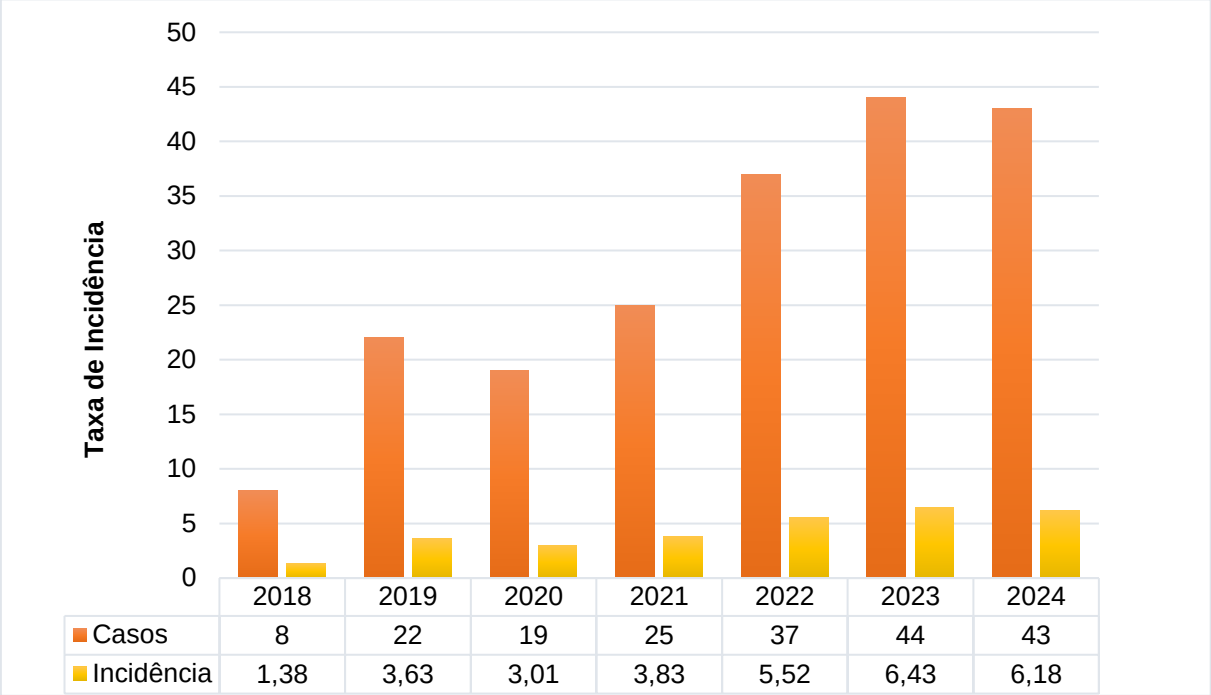
Etiologia	MCC	MM	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MP	%
Em branco	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1%
Cultura	0	1	0	0	27	0	0	13	2	22%
Clínico	2	0	1	1	0	30	8	0	0	21%
Bacterioscopia	0	1	1	2	5	0	0	12	0	11%
Quimiocitológico	0	0	0	0	2	48	10	0	0	30%
Clínico-epidemiológico	0	0	0	0	0	0	5	0	0	3%
PCR - viral	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1%
Outra técnica	0	0	0	2	0	0	0	19	3	12%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

Quanto a taxa de incidência de casos confirmados de meningites, observa-se uma frequência nos anos de 2019 com 3,63 casos, 2020 com 3,01 casos, 2021 com 3,83 casos, 2022 com 5,52 casos e 2024 com 6,18 casos confirmados.

Em 2023, Roraima apresentou incidência de 6,43 casos de meningites por 100 mil habitantes, a maior taxa do período avaliado, e 2018 apresentou a menor incidência de 1,38 casos de meningites por 100 mil habitantes. (Gráfico 3)

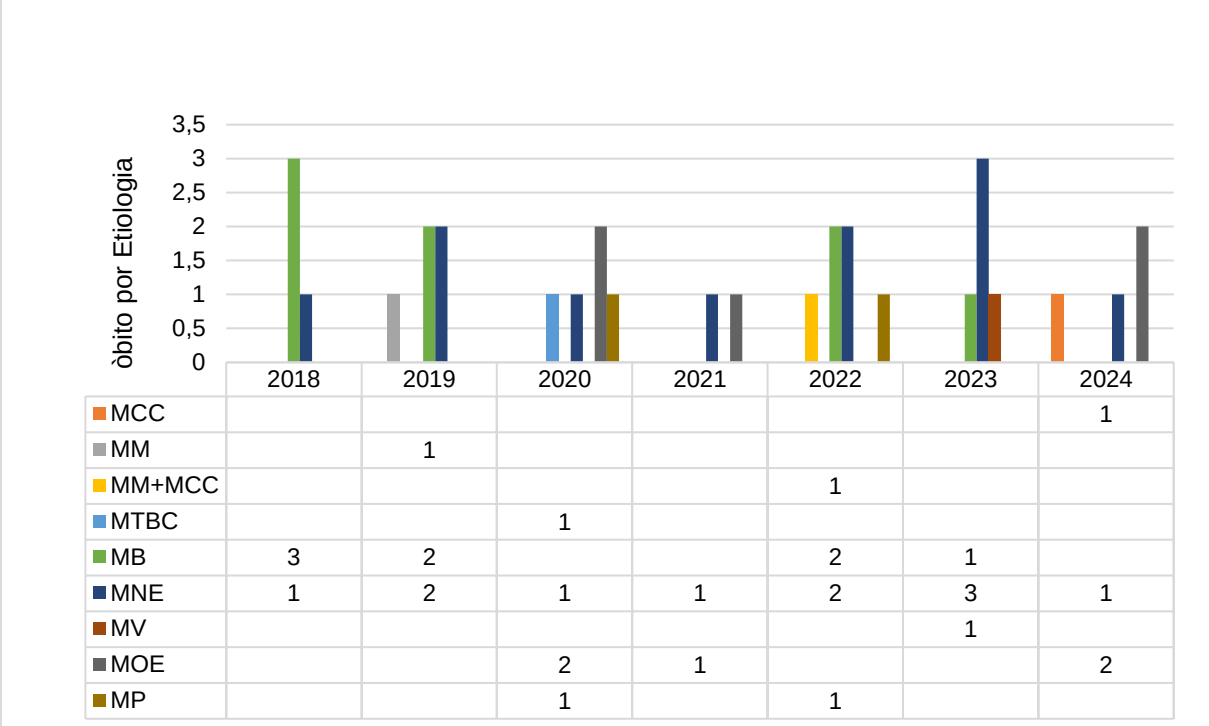
Gráfico 3. Números de casos confirmados e Taxa de incidência de Meningite, segundo ano (por 100 mil habitantes) no estado de Roraima dos anos de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR) e IBGE (2025). Dados de 26/04/2025, sujeitos à alteração.

No período de 2018 à 2024 foram confirmados 198 casos de meningites, sendo registrados 31 óbitos (15,7%), sendo destacado por etiologias, Meningococemia (MCC) 1 óbito (0,5%), Meningite Meningocócica (MM) 1 óbito (0,5%), Meningite Meningocócica com Meningococemia (MM+MCC) 1 óbito (0,5%), Meningite não Especificada (MNE) 11 óbitos (5,6%), Meningite por outras Bactérias (MB) 8 óbitos (4,1%), Meningite de outras Etiologias (MOE) 5 óbitos (2,5%), Meningite Tuberculosa (MTBC) 1 óbito (0,5%) e por Meningite por Pneumococos (MP) 2 óbitos (1%), conforme gráfico 4 abaixo.

Gráfico 4: Números de Óbitos por Etiologias, segundo Ano de 2018 à 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

Em relação a taxa de letalidade por meningite no Estado de Roraima, no período de 2018 a 2024, demonstra uma tendência de diminuição gradual, com oscilações pontuais ao longo dos anos.

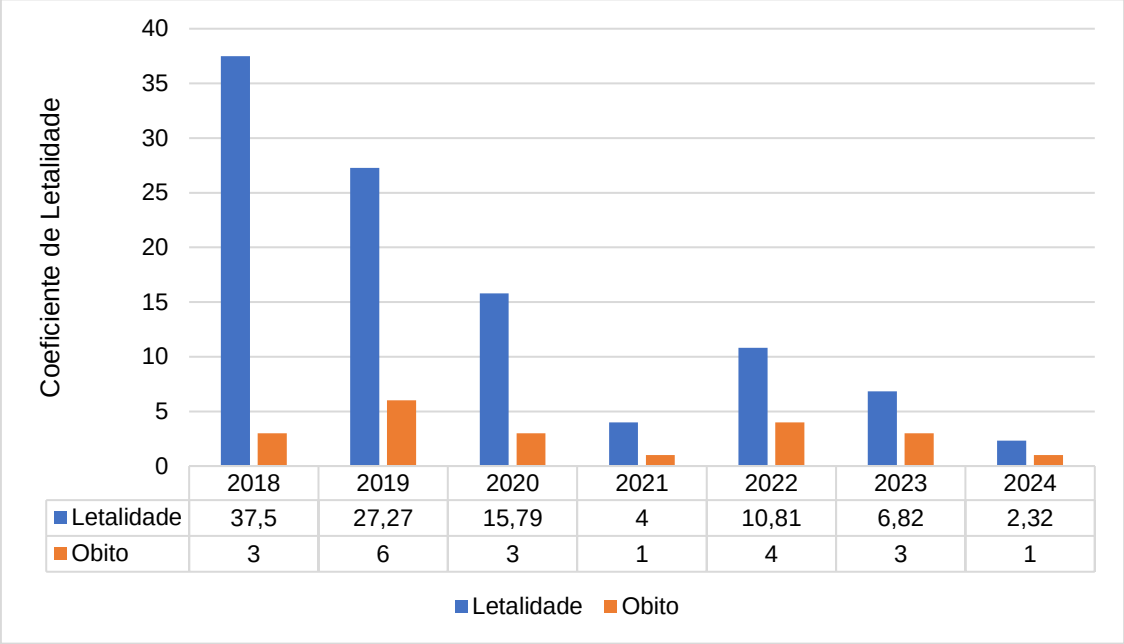
Em 2018, registrou-se o maior coeficiente de letalidade do período, atingindo 37,5%, correspondente a 3 óbitos. No ano de 2019, apesar do aumento para 6 óbitos, a taxa apresentou queda para 27,27%, evidenciando variações relacionadas ao número de casos confirmados.

A partir de 2020, a taxa de letalidade seguiu em declínio, alcançando 15,79% (3 óbitos). Em 2021, verificou-se uma queda expressiva para 4%, com apenas 1 óbito notificado. Contudo, em 2022 ocorreu discreta elevação da taxa para 10,81%, associada ao registro de 4 óbitos.

Nos anos subsequentes, manteve-se o padrão de declínio: em 2023, a letalidade foi de 6,82%, com 3 óbitos, e em 2024 observou-se o menor índice da série, 2,32%, com apenas 1 óbito registrado.

De forma geral, os dados evidenciam uma redução consistente da taxa de letalidade ao longo da série histórica, passando de 37,5% em 2018 para 2,32% em 2024. Essa tendência sugere avanços no diagnóstico oportuno, acesso ao tratamento e manejo clínico da doença. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Coeficiente de letalidade e óbito por Meningite, segundo Ano no estado de Roraima, 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

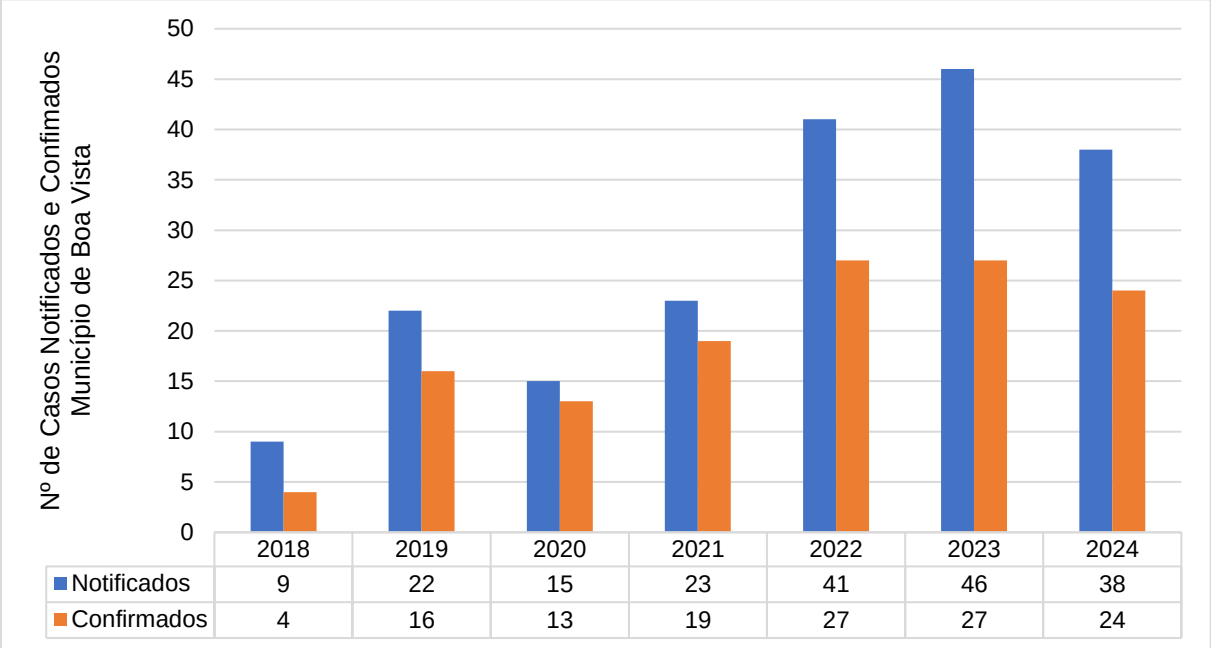
Em relação à distribuição dos casos em 2018 a 2024 o (gráfico 6) apresenta a evolução do número de casos notificados e confirmados de meningite no município de Boa Vista que apresentou o maior número de casos confirmados de meningite, totalizando 130 casos.

Observa-se uma tendência crescente das notificações a partir de 2018, quando foram notificados 9 casos, alcançando o pico em 2023, com 46 notificações. Em 2024, nota-se uma discreta redução, totalizando 38 notificações.

Em relação aos casos confirmados, também se identifica uma elevação no período analisado, com destaque para o aumento progressivo entre 2018 (4 casos) e 2022 (27 casos). No ano de 2023, manteve-se o mesmo patamar (27 casos confirmados), seguido de uma pequena redução em 2024 (24 casos confirmados).

A proporção de confirmações sobre as notificações demonstra consistência ao longo da série histórica, indicando que, embora haja variações anuais, a vigilância epidemiológica vem mantendo boa capacidade de investigação e encerramento dos casos notificados, reforçando a importância de manter a vigilância epidemiológica ativa não apenas na capital, mas também no interior, a fim de identificar precocemente ocorrências e adotar medidas oportunas de controle.

Gráfico 6: Números de Casos Notificados e confirmados de meningite, segundo ano por Município de Residência de Boa Vista no período de 2018 à 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

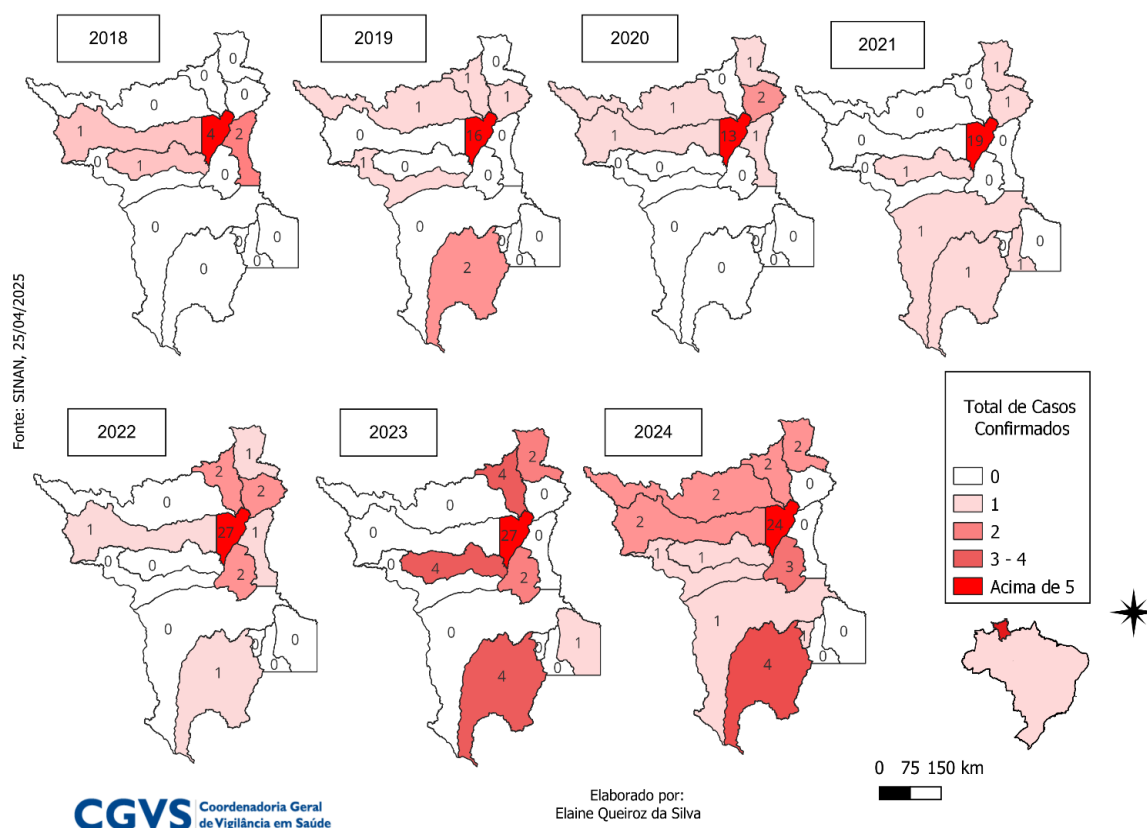
Conforme avaliação dos mapas (figura 1), entre 2018 e 2024 a distribuição dos casos confirmados de meningite no Estado de Roraima evidencia concentração em Boa Vista, acompanhada de registros em municípios do interior, ainda que em menor magnitude e de forma esparsa ao longo da série histórica.

Boa Vista apresentou o maior número de casos confirmados ao longo de todo o período, totalizando 130 casos (74,3%).

Os Municípios de média ocorrência do período analisado de casos confirmados são, Rorainópolis somou 12 casos (6,1%), casos confirmados, Pacaraima confirmou 9 casos (4,6%), os municípios do Cantá, Mucajaí e Uiramutã confirmaram 7 casos respectivamente (10,7%) confirmados.

Os Municípios de baixa ocorrência do período analisado de casos confirmados são, Normandia confirmou 6 casos (3%), Alto Alegre confirmou 5 casos (2,6%), Amajari e Bonfim confirmaram 4 casos respectivamente (4%), Caracaraí e Iracema apresentaram 2 casos respectivamente (2%), e os municípios de Caroebe, São João da Baliza e São Luiz apresentaram 1 caso respectivamente (1,6%). Após análise desse período, reforça-se a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica descentralizada, garantir acesso oportuno ao diagnóstico laboratorial e ampliar a capacidade de resposta da rede assistencial nos municípios de Roraima.

Figura 1: Casos confirmados de meningite em Roraima, segundo Município de Residência, no período 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

Segundo unidades de saúde no período de 2018 à 2024, foram notificados 300 casos suspeito de meningite, o Hospital Geral de Roraima (HGR) foi a unidade de saúde que mais notificou casos de meningite no estado no período analisado com 186 (62%). Correspondendo a uma parcela significativa das notificações estaduais.

O Hospital Geral de Roraima (HGR) manteve uma frequência elevada de notificações ao longo dos anos, em 2018 (11 casos), 2019 (15 casos), 2020 (14 casos), 2021 (27 casos), 2022 (31) casos, com destaque para o ano de 2023 com 52 casos notificados, tendo uma diminuição de notificação no ano de 2024 com 36 casos.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), também apresentaram notificações relevantes totalizando 84 casos (28%) no período, sendo em 2018 (05 casos), 2019 (19 casos), 2020 (07 casos), com uma diminuição significativa de casos notificados em 2021 (01 caso), em 2022 (16 casos), 2023 (11casos), com destaque para o ano de 2024 com 25 casos notificados, conforme mostra a Tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Números de Casos Notificados por Ano, segundo Unidades de Saúde Notificadora, no período de 2018 à 2024.

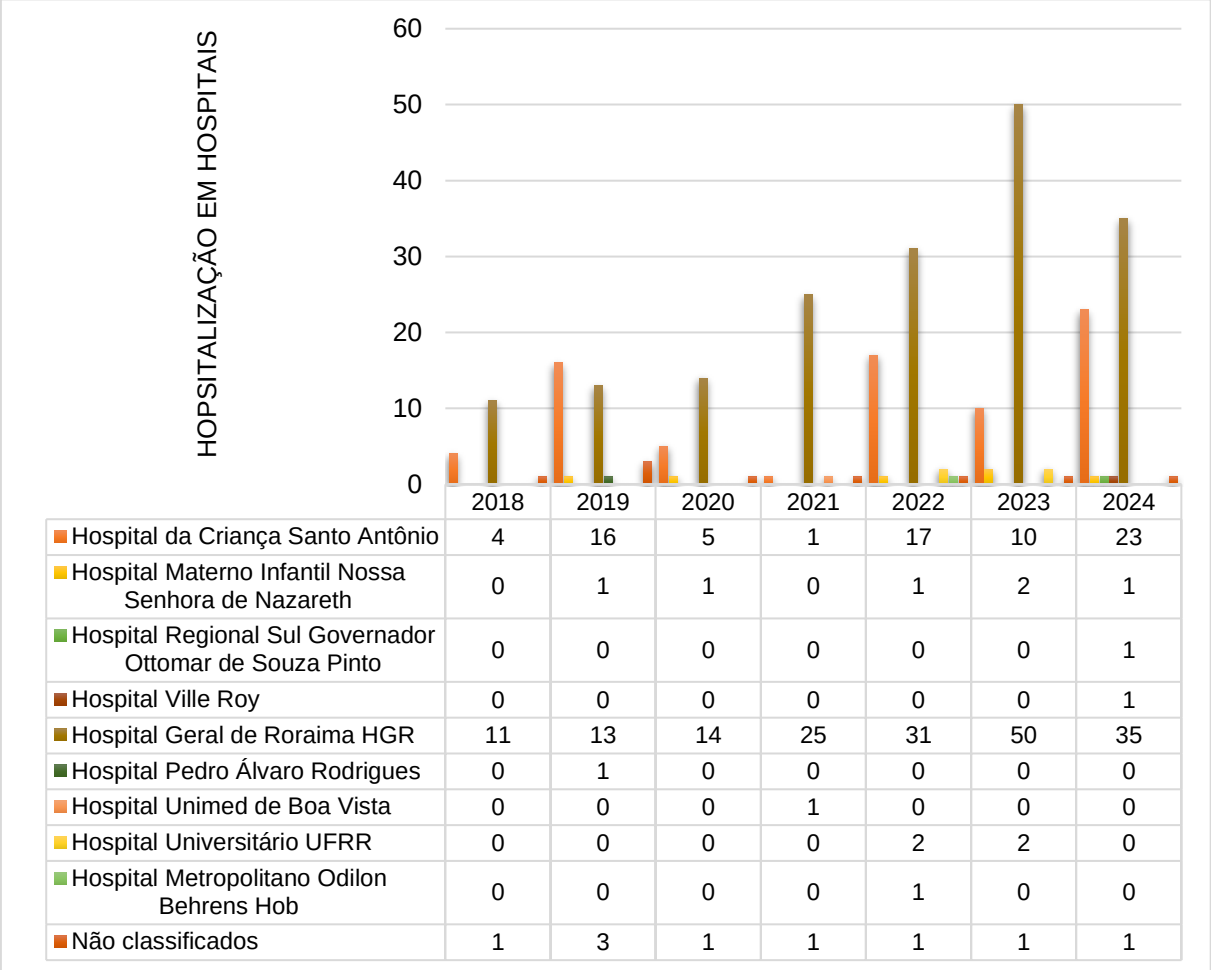
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Divisão de Vigilância Epidemiológica	0	0	0	0	1	0	0	1
Hospital da Criança Santo Antônio	5	19	7	1	16	11	25	84
Hospital Geral de Roraima HGR	11	15	14	27	31	52	36	186
Hospital Jose Guedes Catão	0	1	1	0	1	1	0	4
Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth	0	1	1	0	1	3	2	8
Hospital Metropolitano Odilon Behrens Hob	0	0	0	0	1	0	0	1
Hospital Pedro Álvaro Rodrigues	0	1	0	0	0	0	0	1
Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto	1	0	0	0	0	0	1	2
Hospital Unimed de Boa Vista	0	0	0	1	0	0	0	1
Hospital Universitário UFRR	0	0	0	0	1	1	0	2
Hospital Ville Roy	0	0	0	0	0	0	1	1
Polo Base Indígena Caraparu	0	0	1	0	0	0	0	1
Unidade Básica de Saúde Alaíde do Carmo Bruce Fernandes	0	0	0	0	0	1	0	1
Unidade Mista Irma Aquilina	0	0	0	0	1	0	1	2
Upa 24h Cosme e Silva	0	0	0	0	2	1	1	4
Não classificados	0	0	0	0	0	0	1	1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

No período de 2018 a 2024, foram registradas internações por meningite em diferentes unidades hospitalares do estado de Roraima, totalizando 279 pacientes internados, com concentração expressiva em duas unidades de saúde: o Hospital Geral de Roraima (HGR) e o Hospital da Criança Santo Antônio, evidenciando a centralização do atendimento em hospitais de referência.

Hospital Geral de Roraima (HGR) concentrou a maioria dos casos em todo o período, variando de 11 internações em 2018 para 50 em 2023, reduzindo para 35 em 2024. O Hospital da Criança Santo Antônio foi o segundo hospital mais relevante, com maior concentração em 2022 (17 casos) e 2024 (23 casos), refletindo a carga de casos pediátricos. Os demais hospitais tiveram participação marginal, com registros esporádicos (1 a 2 casos anuais). Gráfico 7

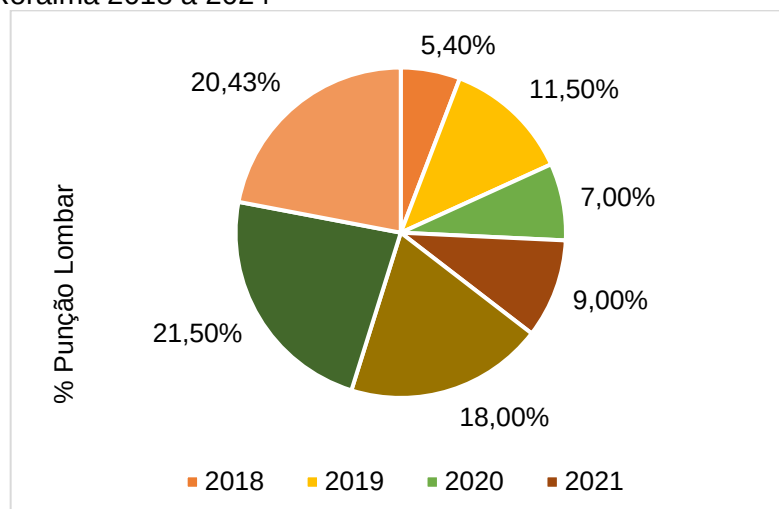
Gráfico 7: Frequência de hospitalização por Ano, segundo unidades hospitalares do Estado de Roraima, no período de 2018 à 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 31/07/2025, sujeitos à alteração.

Dos 279 pacientes internados por meningite no período analisado, em 259 pacientes (92,83%) foi realizada a coleta de líquido por meio de punção lombar, visando a análise laboratorial para confirmação diagnóstica. Esse percentual elevado demonstra a adequada adesão ao protocolo de investigação dos casos suspeitos, garantindo maior precisão diagnóstica e melhor direcionamento das medidas de vigilância e assistência.

Gráfico 8: Percentagem de Punção Lombar por ano em Pacientes Hospitalizados por Meningite, em Roraima 2018 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 31/07/2025, sujeitos à alteração.

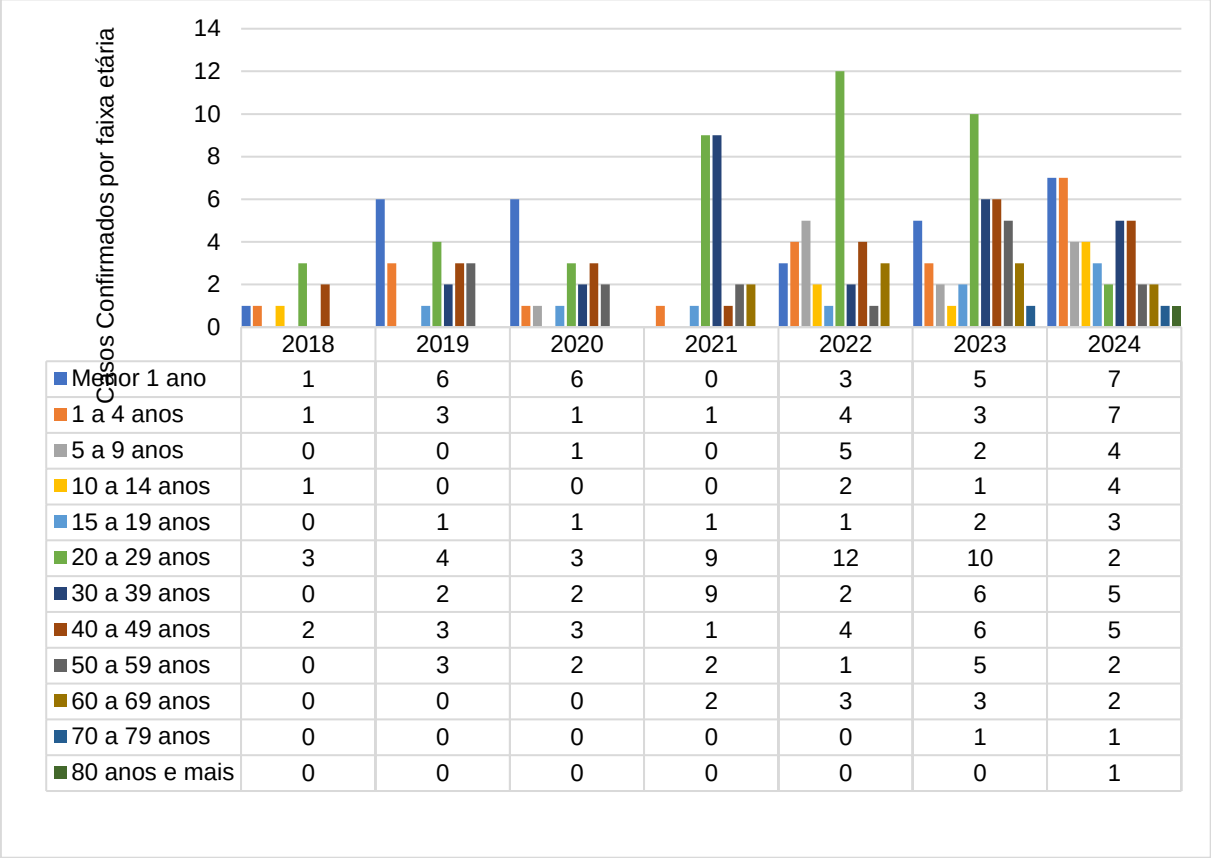
Em relação a faixa etária com maior prevalência de casos confirmados foi a de 20 a 29 anos, somando 43 casos no período. Esse grupo apresentou picos importantes em 2021 (9 casos), 2022 (12 casos) e 2023 (10 casos), demonstrando ser a faixa etária mais impactada.

Em seguida, destacam-se os menores de 1 ano (28 casos) e as crianças de 1 a 4 anos (20 casos), revelando a vulnerabilidade das faixas pediátricas, principalmente em 2019, 2020 e 2024, quando os registros foram mais elevados.

Outras faixas etárias relevantes foram os adultos entre 30 a 39 anos (26 casos) e 40 a 49 anos (24 casos), evidenciando também forte acometimento em indivíduos em idade produtiva.

As faixas etárias mais elevadas (≥ 70 anos) apresentaram menor número de casos, com registros esporádicos (1 caso em 2023 e 2024, 1 caso em 2024 para ≥ 80 anos), conforme gráfico 9.

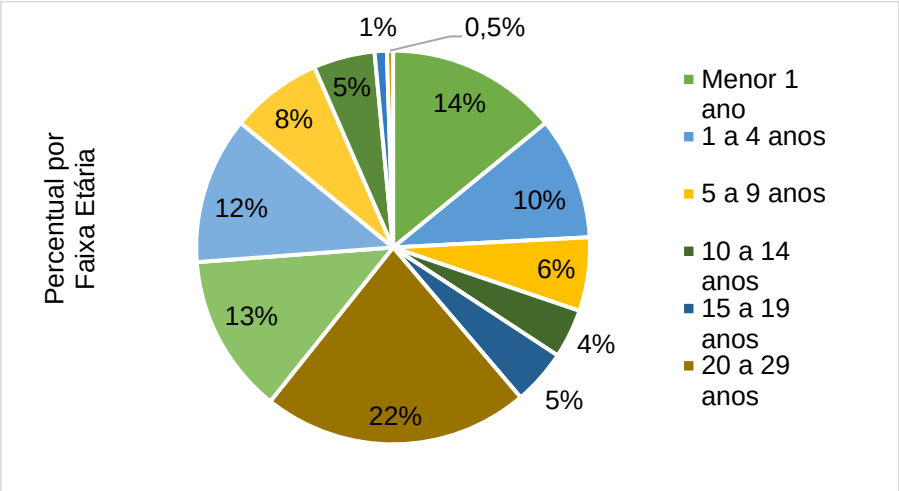
Gráfico 9: Casos confirmados de meningite por faixa etária, segundo classificação final de 2018 a 2024, no estado de Roraima.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
 Dados de 31/07/2025, sujeitos à alteração.

Em relação a distribuição percentual por faixa etária no período analisado, a faixa etária 20 a 29 anos foi a mais acometida, concentrando 22% dos casos confirmados no período analisado. Em seguida, destacam-se crianças menores de 1 ano (14,0%) de 1 a 4 anos (10%), de 40 a 49 anos com 12%. As menores frequências foram observadas em idosos de 70 a 79 anos (1%) e 80 anos e mais (0,5%).

Gráfico 10: Distribuição percentual por faixa etária, de casos confirmados de meningite, 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 31/07/2025, sujeitos à alteração.

Durante o período de 2018 a 2024, a maioria dos pacientes hospitalizados por meningite apresentou evolução clínica favorável, com 50,5% recebendo alta hospitalar. Durante o mesmo período, 11% dos pacientes evoluíram a óbito em decorrência da meningite, enquanto 12% tiveram óbito por outras causas, observou-se a 27% presença de registros classificados como ignorado/Branco, o que representa ausência de informação quanto ao desfecho clínico dos casos e evidenciando falhas no preenchimento das fichas de notificação.

Esses dados reforçam que, embora a maior parte dos casos apresente evolução positiva, a doença ainda apresenta risco significativo de mortalidade, destacando a importância da vigilância contínua e das ações de prevenção e controle.

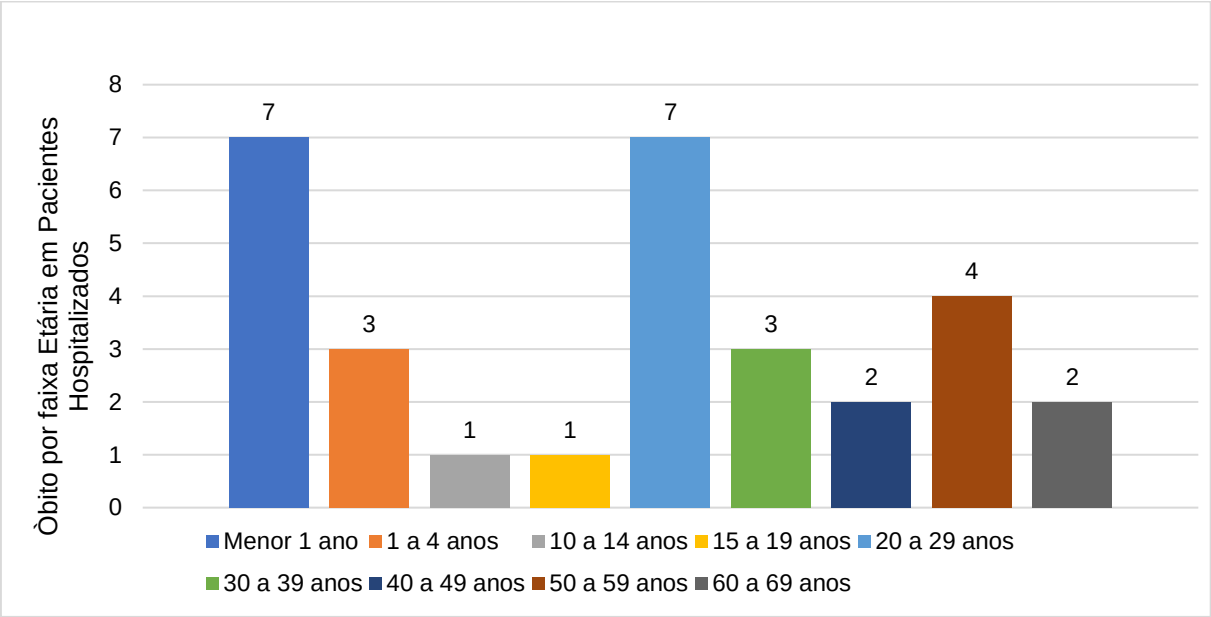
Tabela 4: Evolução Percentual de Pacientes Hospitalizados com Meningite, segundo Ano em Roraima 2018 a 2024.

Ano	Ign/Branco	Alta	Óbito por meningite	Óbito por outra causa
2018	3	7	4	2
2019	5	18	5	6
2020	10	4	5	2
2021	18	4	2	4
2022	10	30	6	7
2023	17	35	5	8
2024	12	43	3	4
Total	75	141	30	33
%	27%	50,5%	11%	12%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 31/07/2025, sujeitos à alteração.

A maioria dos óbitos de pacientes hospitalizados por meningite ocorreu nas faixas etárias <1 ano e 20–29 anos (7 óbitos cada). Outros óbitos foram registrados em 50–59 anos (4), 1–4 e 30–39 anos (3 cada), 40–49 e 60–69 anos (2 cada) e 10–14 e 15–19 anos (1 cada).

Gráfico 11: Óbito por Meningites de pacientes hospitalizados, segundo Faixa Etária de 2018 à 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 25/04/2025, sujeitos à alteração.

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL

Meningococo C por Ano segundo Município

Analisando a série histórica de cobertura vacinal de 2018 a 2024, observa-se que os municípios do estado de Roraima apresentam uma baixa cobertura vacinal para Imunobiológico Meningococo C, no período avaliado, a menor cobertura vacinal foi no ano de 2021 no município de Uiramutã com 14,61% apenas e a maior porcentagem foi no ano de 2018 no município do Bonfim com 193,15%, conforme representado na Tabela 5 abaixo:

Tabela 5: Cobertura Vacinal com o Imunobiológico Meningococo C no Estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2018 a 2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Amajari	82,38	51,83	22,82	20,85	25,32	48,59	55,06
Alto alegre	73,33	55,70	48,10	24,89	28,49	44,60	50,91
Boa vista	77,74	99,29	93,75	62,77	69,19	72,17	105,46
Bonfim	193,15	50,13	42,97	37,45	42,24	73,27	76,34
Canta	33,97	30,40	55,40	45,19	56,03	75,91	82,04
Caracaraí	87,23	73,46	66,09	43,82	58,93	81,51	73,33
Caroebe	136,99	77,60	82,51	94,61	124,59	88,68	105,75
Iracema	95,38	80,52	80,52	53,51	67,11	66,05	74,65
Mucajai	67,11	71,52	80,91	67,47	75,07	82,49	80,12
Normandia	92,02	41,69	30,84	22,70	24,73	22,90	56,58
Pacaraima	104,78	102,37	63,95	40,11	96,46	135,90	100,21
Rorainópolis	64,27	48,13	92,01	82,89	70,90	87,97	122,49
São Joao da baliza	123,08	86,89	118,03	96,95	110,32	98,43	105,07
São Luiz	110,84	40,57	68,87	85,05	98,11	123,33	118,09
Uiramutã	66,40	60,90	25,62	14,61	18,91	24,33	32,67
RORAIMA	82,15	83,54	79,30	55,26	62,71	84,06	82,38

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 11/04/2025.

OBS: Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Segundo o Ministério da Saúde, a homogeneidade da cobertura vacinal deve atingir a meta de 70% ou mais dos municípios de uma unidade federada. Entretanto, conforme demonstrado na Tabela 5, a homogeneidade da vacina Meningococo C no estado de Roraima, no período analisado, não alcançou a meta estabelecida, permanecendo abaixo do valor preconizado em todos os anos avaliados conforme tabela 6 abaixo:

Tabela 6: Homogeneidade das coberturas vacinais da Meningococo C, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2018 a 2024

Vacina	Total de Municípios	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Meningococo C	15	40	13,33	6,7	6,7	26,7	20	40

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 11/04/2025.

OBS: Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

A análise da homogeneidade da cobertura vacinal para a vacina Meningococo C, observa-se que apenas seis municípios atingiram a homogeneidade ($\geq 95\%$) em alguns dos anos avaliados: Boa Vista, Bonfim, Caroebe, Iracema, Pacaraima, São

João da Baliza e São Luiz. Entre estes, destaca-se São João da Baliza, que manteve coberturas consistentes acima da meta em vários anos consecutivos (2018, 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024), demonstrando maior estabilidade na vacinação.

Municípios como Pacaraima e São Luiz também apresentaram bom desempenho, alcançando a homogeneidade em anos distintos, incluindo resultados elevados em 2022 e 2023. Já Caroebe destacou-se por ultrapassar a meta em 2018, 2022 e 2024. Em Boa Vista, a homogeneidade foi alcançada em 2019 e 2024, e em Rorainópolis a homogeneidade foi alcançada apenas em 2024, após oscilações nos anos anteriores.

Por outro lado, a maioria dos municípios, como Amajari, Alto Alegre, Cantá, Caracaraí, Mucajaí, Normandia, e Uiramutã, não atingiram homogeneidade em nenhum dos anos avaliados, apresentando coberturas vacinais persistentemente abaixo da meta de 95%. Essa baixa homogeneidade indica falhas na equidade da vacinação, com parte da população permanecendo suscetível a doenças imunopreveníveis.

DIFTERIA

CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

A Difteria Doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa, potencialmente letal, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, fossas nasais e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por apresentar placas pseudomembranosas típicas. (BRASIL, 2024).

A difteria é causada pela Bactéria *Corynebacterium diphtheriae*, uma espécie anaeróbica facultativa, em forma de taco, que existe em quatro biótipos (gravis, mitis, belfanti e intermedius). (AFRICA, 2024).

A *Corynebacterium* é um gênero de bactérias Gram-positivas. A *C. diphtheriae* é transmitida através de gotículas respiratórias, contacto físico próximo, lesões contagiosas da difteria cutânea, vestuário e objetos contaminados. O período de incubação da difteria respiratória é de 2 a 5 dias. No entanto, a doença pode desenvolver-se até 10 dias após a exposição, e estima-se que a taxa de letalidade seja de 5-10%. (AFRICA, 2024).

A presença de placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, aderentes, que se instalam nas amígdalas e invadem estruturas vizinhas é a manifestação clínica típica (Tavares; Marinho, 2012). Essas placas podem se localizar na faringe, na laringe e nas fossas nasais; e, com menos frequência, também são observadas na conjuntiva, na pele, no conduto auditivo, na vulva, no pênis (pós--circuncisão) e no cordão umbilical. (BRASIL, 2024).

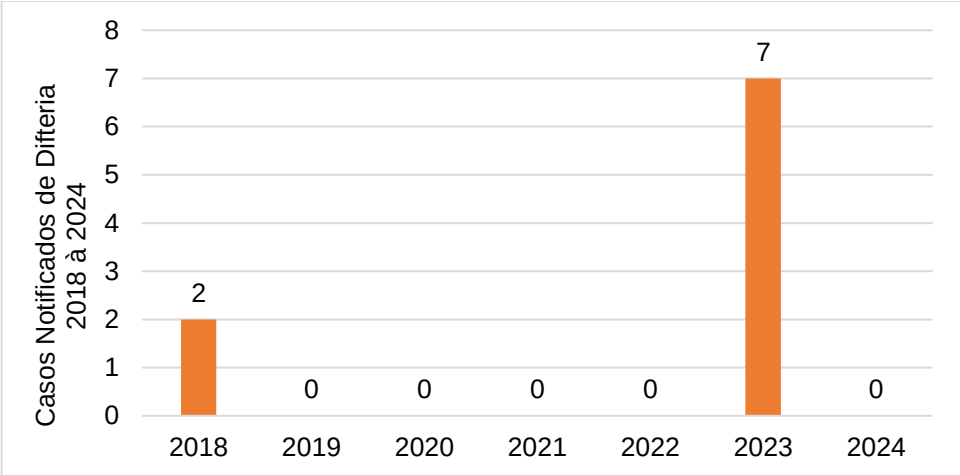
A doença manifesta-se clinicamente por comprometimento do estado geral do paciente, que pode se apresentar prostrado e pálido. A dor de garganta é discreta, independentemente da localização ou da quantidade de placas existentes, e a febre normalmente não é muito elevada, variando de 37,5°C a 38,5°C, embora temperaturas mais altas não afastem o diagnóstico. (BRASIL, 2024).

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM RORAIMA

No estado de Roraima, segundo dados registrados no SINAN, entre 2018 e 2024, foram notificados casos de difteria apenas em 2018 (2 casos) e 2023 (7 casos), com ausência de registros nos demais anos. O pico em 2023 indica possível episódio pontual e reforça a importância da manutenção da cobertura vacinal e do monitoramento contínuo pela vigilância epidemiológica.

Embora o número de casos seja baixo, a notificação desses eventos é fundamental para a vigilância epidemiológica, permitindo o monitoramento precoce, a implementação de medidas de controle e a prevenção de surtos da doença.

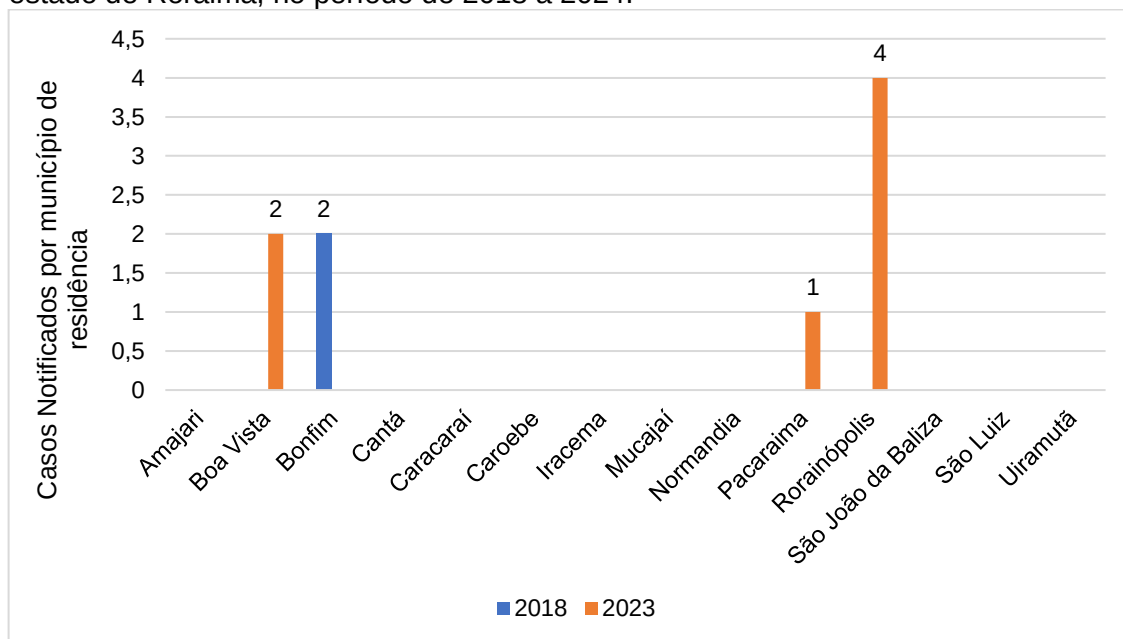
Gráfico 12. Números de casos notificados de Difteria, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 28/07/2025, sujeitos à alteração.

No que se refere ao município de Residência, neste período, somente no ano de 2018 e 2023 ocorreram 09 (nove) notificações, sendo 02 (dois) casos notificados na Capital Boa Vista, 02 (dois) em Bonfim, 01 (um) no município de Pacaraima e 04 (quatro casos) notificados em Rorainópolis, conforme gráfico 13 abaixo:

Gráfico 13: Casos Notificados de Difteria, por frequência segundo município de residência, no estado de Roraima, no período de 2018 a 2024.

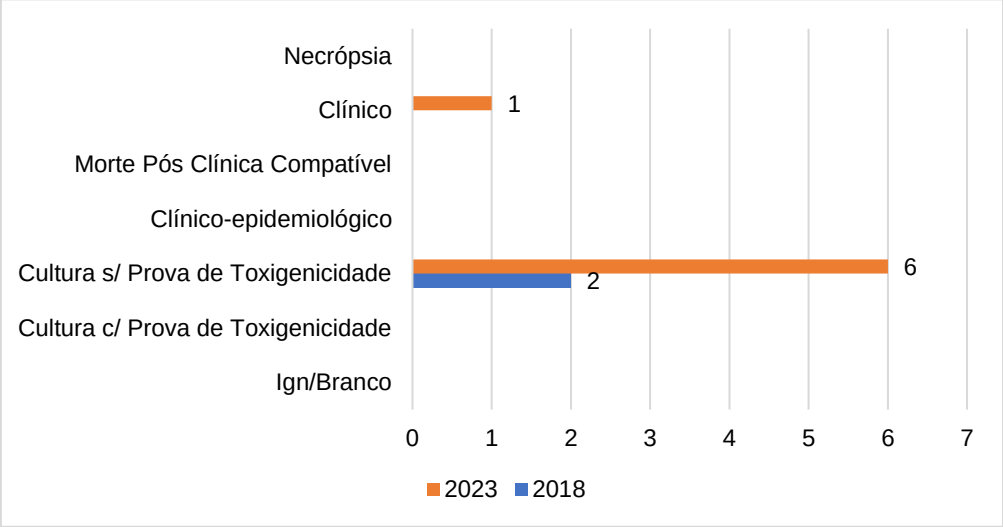


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 28/07/2025, sujeitos à alteração.

No critério de confirmação ou descarte, observa-se que em 2018 houve 1 descarte por cultura sem prova de toxigenicidade. Já em 2023, os descartes foram classificados como 1 caso clínico e 6 casos por cultura sem prova de toxigenicidade.

Não foram registrados descartes pelos demais critérios (necropsia, morte pós clínica compatível, clínico-epidemiológico, cultura com prova de toxigenicidade ou ignorado/branco), conforme gráfico 14 abaixo:

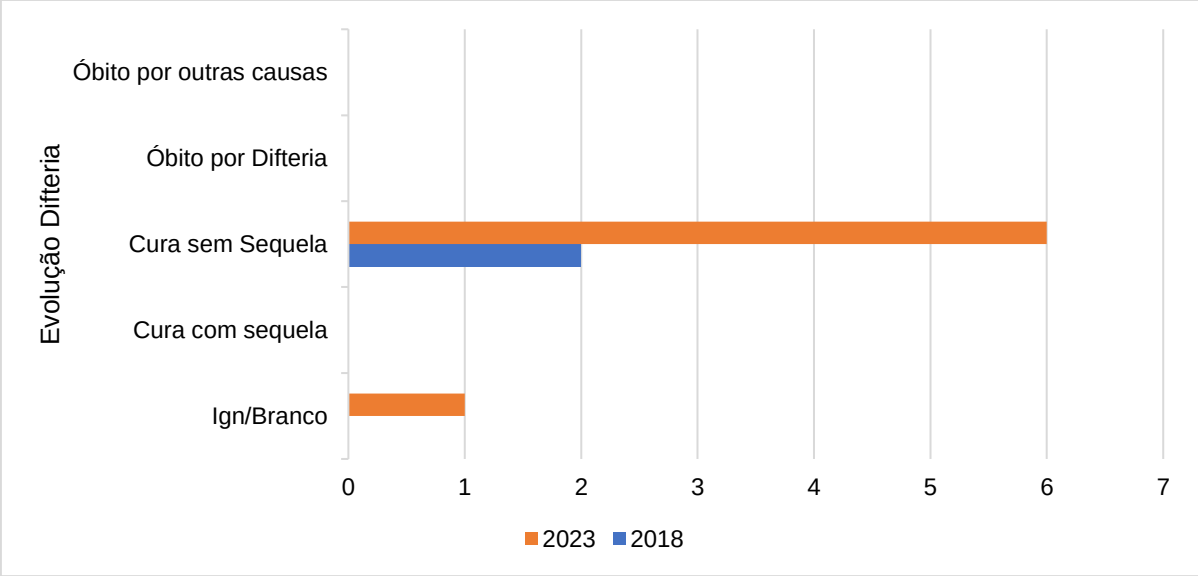
Gráfico 14: Critério de Confirmação e descarte de Difteria, segundo Ano, no estado de Roraima, no período de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 28/07/2025, sujeitos à alteração.

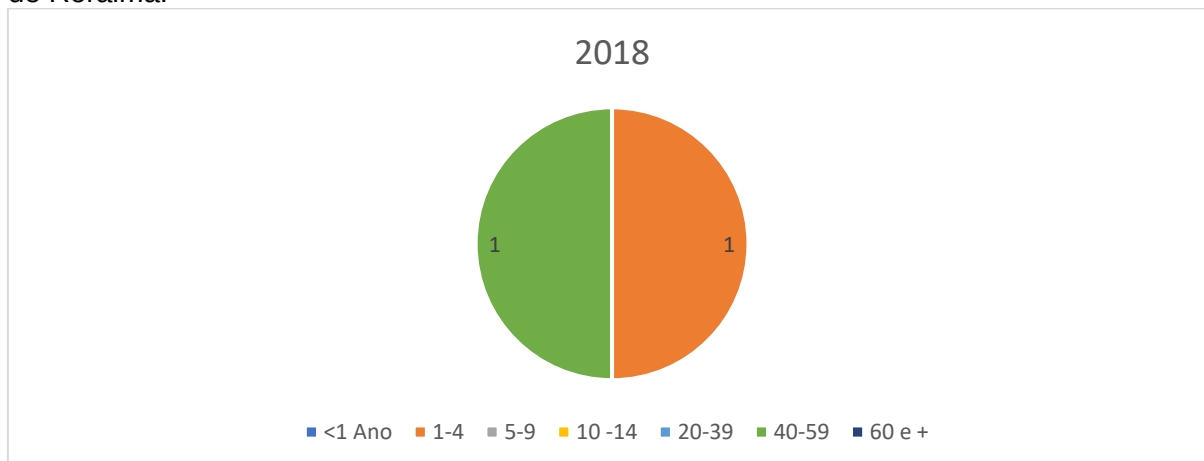
Quanto a evolução, entre 2018 a 2024, todos os casos notificados de difteria em Roraima evoluíram para cura sem sequela, sendo dois casos em 2018 e seis casos em 2023. Em 2023, houve um caso classificado como ignorado/branco, sem registro de óbitos ou sequelas, sugerindo provável boa resposta clínica ao manejo, conforme gráfico 15 abaixo:

Gráfico 15. Evolução dos casos notificados para Difteria, segundo classificação final, no estado de Roraima dos anos de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 28/07/2025, sujeitos à alteração.

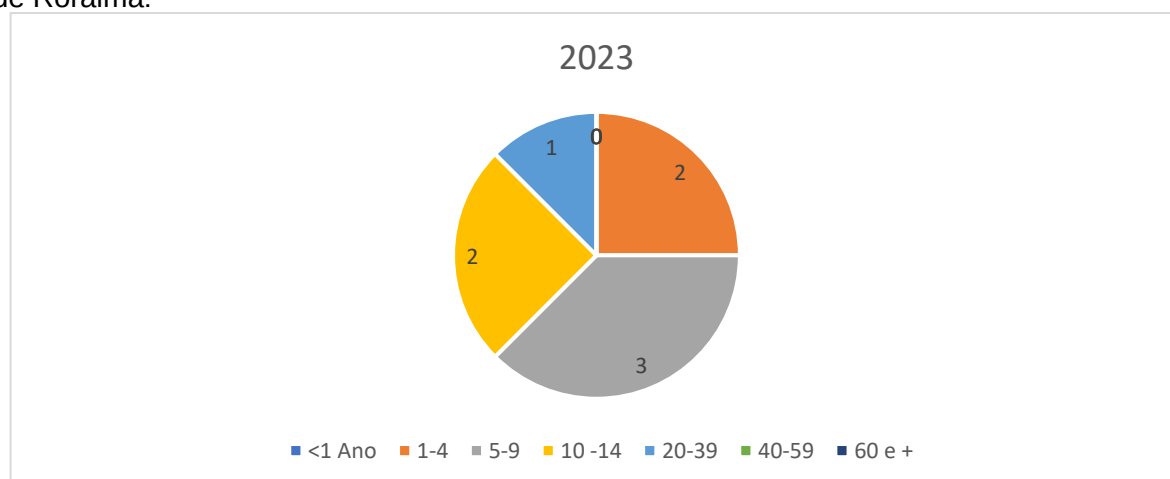
Gráfico 16: Casos Notificados de Difteria, segundo faixa etária, no ano de 2018, no estado de Roraima:



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 28/07/2025, sujeitos à alteração.

Quanto a faixa etária, em 2018 (gráfico 16), foram apenas dois casos, um caso notificado na faixa etária de 1-4 e um na faixa etária de 40-59. Já em 2023, o número de casos notificados foi maior (Gráfico 17), sendo o maior número de notificações dos pacientes de 5-9 anos de idade, com 3 notificações (37 a faixa etária de 1-4 tiveram 2 notificações (25,5%) igualmente na faixa etária de 10-14 com duas notificações (25,5 %) e a faixa etária de 20-39 com apenas um caso notificado (12%), segue gráficos 16 e 17 abaixo:

Gráfico 17: Casos Notificados de Difteria, segundo faixa etária, no ano de 2023, no estado de Roraima:



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 28/07/2025, sujeitos à alteração.

Desde o ano de 2018 à 2024, no estado de Roraima, não houve nenhum caso confirmado de Difteria.

COQUELUCHE

CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

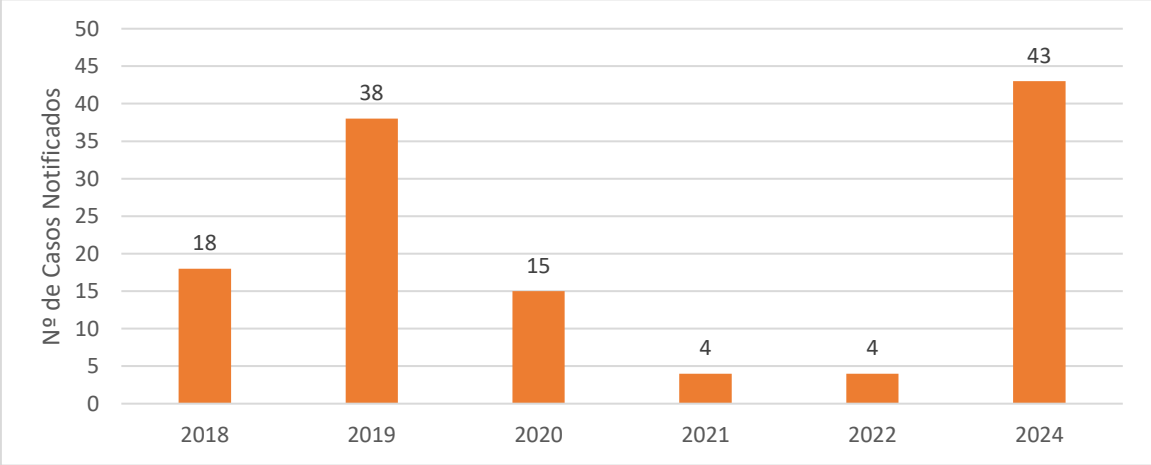
A Coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, que compromete predominantemente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios), caracterizando-se por paroxismos de tosse seca. É causada pela *Bordetella pertussis*, um cocobacilo Gram-negativo, aeróbio, não esporulado, imóvel e pequeno (1 µm), provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias. A transmissão desta bactéria ocorre, principalmente, pelo contato direto, por meio da fala, da tosse e do espirro. Ela é um importante causa de morbimortalidade infantil, nos lactentes, pode resultar em um número elevado de complicações e até em morte.

Também é um agravo de notificação compulsória, que apresenta um perfil epidemiológico sazonal (predomina na primavera e verão) e cíclico, podendo-se observar aumento de casos, em média, de 4 em 4 anos. Para essa doença, um dos objetivos da vigilância epidemiológica, é o acompanhamento da tendência temporal da doença, para detecção precoce de surtos e epidemias, visando à adoção de medidas de controle pertinentes.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM RORAIMA

Em Roraima, segundo dados registrados no SINAN, dos anos de 2018 a 2024 foram notificados 122 casos suspeitos de Coqueluche. Em 2018, foram 18 casos, aumentando para 38 em 2019. Já em 2020, houve uma queda para 15 casos. Nos anos seguintes, 2021 e 2022, os registros foram bem baixos, com apenas 4 casos, respectivamente, já o ano de 2024 apresentou aumento expressivo, alcançando o maior número de notificações do período analisado 43 casos.

Gráfico 18: Casos notificados de Coqueluche, segundo ano, no estado de Roraima no período de 2018 a 2024.

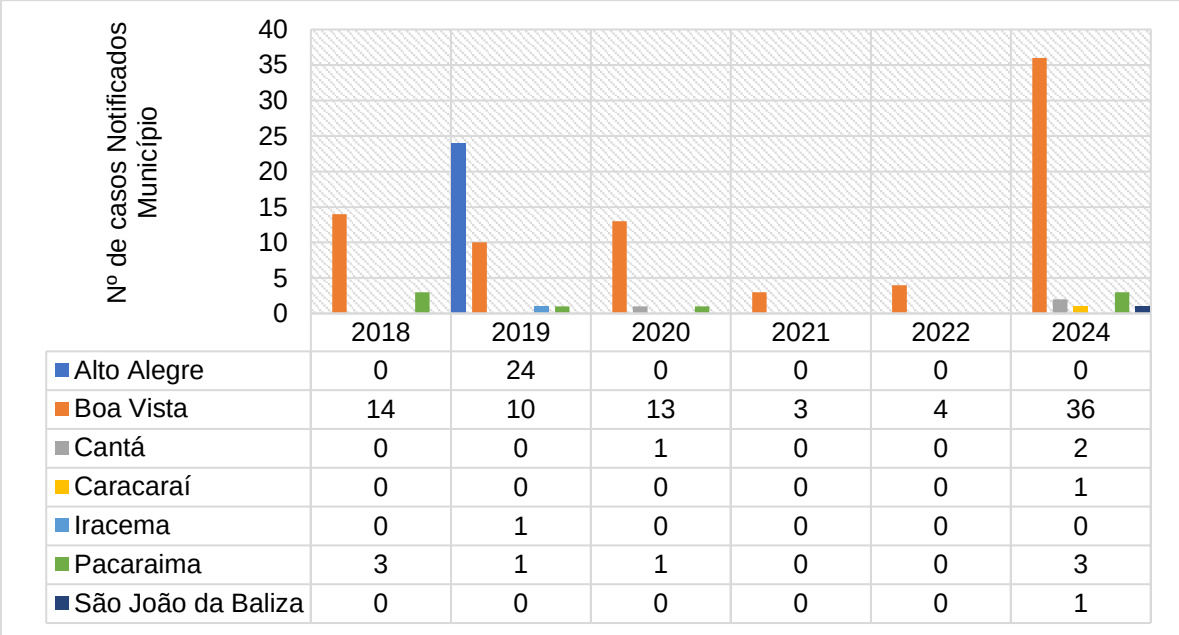


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Referente a distribuição de casos notificados por município, evidencia concentração dos registros principalmente em Boa Vista e Alto Alegre.

Em 2018, destacaram-se Boa Vista com 14 casos e Pacaraima com 3 casos, no ano de 2019, o município de Alto Alegre apresentou um pico, com 24 notificações, seguido de Boa Vista 10 casos e Iracema e Pacaraima com 1 caso notificado respectivamente.

Gráfico 19: Casos notificados de Coqueluche, segundo ano, por município de residência no estado de Roraima no período de 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

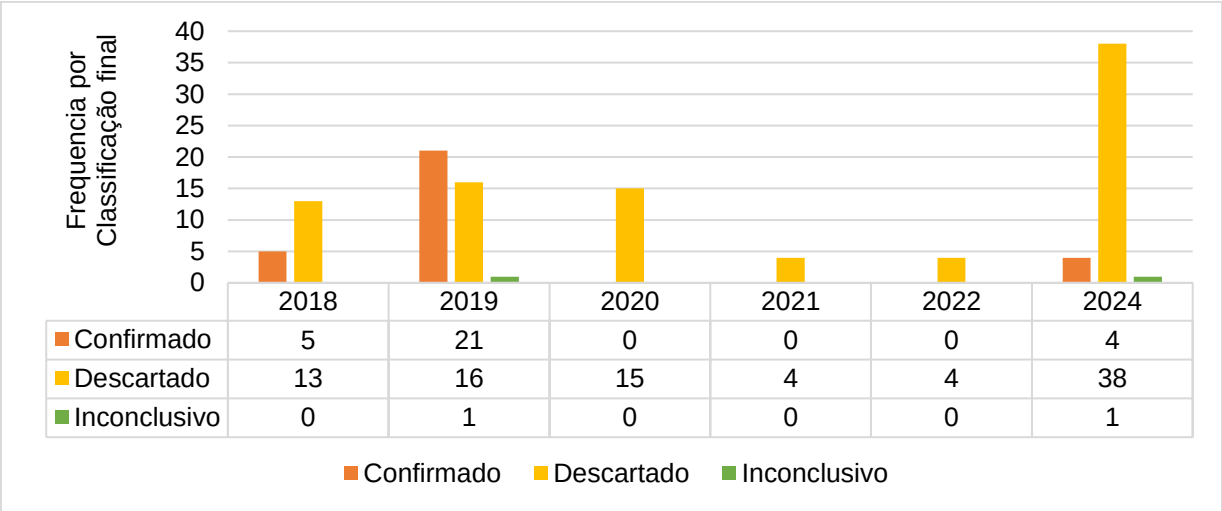
Em 2020, novamente Boa Vista concentrou 13 casos, e os municípios do Cantá e Pacaraima 1 caso respectivamente. Em 2021 e 2022, as notificações se mantiveram em baixa, somente em Boa Vista (3 e 4 casos, respectivamente).

Já em 2024, observa-se um aumento de notificações em Boa Vista, com 36 casos, o maior número do período analisado. Além disso, ocorreram casos notificados em Pacaraima 3 casos, Cantá 2 casos, Caracarái, São João da Baliza e Alto Alegre 1 caso respectivamente. Gráfico 19

No período analisado referente a classificação final dos casos de coqueluche, no de 2018, foram confirmados 5 casos, com 13 descartes. Em 2019, houve o maior número de confirmações do período, com 21 casos, de 16 descartados e 1 inconclusivo. Nos anos seguintes (2020, 2021 e 2022), não foram registrados casos confirmados, predominando apenas os descartes (15, 4 e 4, respectivamente).

Já em 2024, verificou-se a ocorrência de 4 casos confirmados, 38 casos descartados e 1 inconclusivo, evidenciando aumento expressivo de notificações, ainda que a maioria tenha sido descartada, no gráfico 20.

Gráfico 20: Frequência de casos por classificação final, segundo Ano, no estado de Roraima 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Na classificação final dos casos de coqueluche por município de residência, temos 30 casos confirmados, sendo 21 casos em Alto Alegre, 7 casos em Boa Vista e 1 caso respectivamente em Caracarái e Pacaraima, conforme tabela 7.

Tabela 7: Casos confirmado, segundo município de residência no estado de Roraima no período de 2018 a 2024.

Município de Residência	Casos Confirmado
Alto Alegre	21
Boa Vista	7
Caracaraí	1
Pacaraima	1
Total	30

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

Em uma classificação mais detalhada, os casos notificados de Coqueluche no período de 2018 à 2024 em Roraima são 122, porém a notificação segundo UF de Residência dos casos notificados, são 118 residentes no estado de Roraima, 1 caso residente do estado do Amazonas e 3 casos Ignorado/em Branco, conforme tabela 8.

Tabela 8: Frequência por Classificação Final por ano, segundo UF Residência 2018 a 2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2024	Total
Ign/em Branco	1	1	0	1	0	0	3
Amazonas	0	1	0	0	0	0	1
Roraima	17	36	15	3	4	43	118
Total	18	38	15	4	4	43	122

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

Do total de 30 casos confirmados, 5 casos confirmados necessitaram ser internados em unidades hospitalares, 25 não precisaram de internação, isto é, dos pacientes confirmados, 17% necessitaram serem internados, conforme tabela 9.

Tabela 9: Casos confirmados que necessitaram de internação no estado de Roraima, 2018 a 2024.

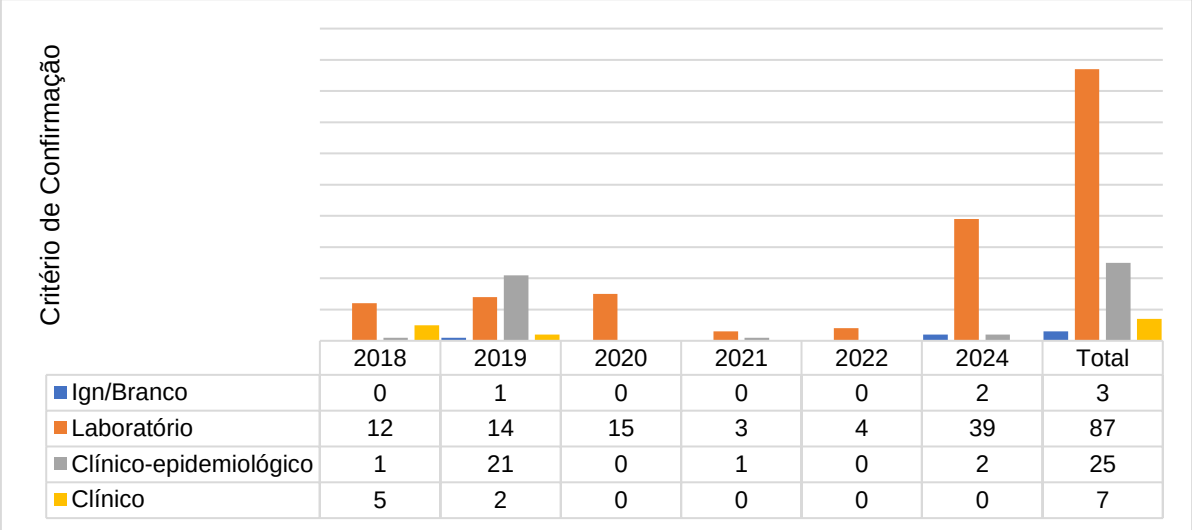
	Hospitalização
Sim	5
Não	25
Total	30

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

Na avaliação do critério de confirmação e descarte evidencia diferenças no padrão de investigação, dos 122 casos suspeitos, apenas 30 casos foram confirmados neste período. O critério laboratorial foi o mais comum para confirmar ocorrências da

infecção, abrangendo 71,4% dos casos, apenas 20,5% dos casos foram por clínico-epidemiológico, por critério clínico 6% dos casos, e 2,5% Ign/Branco conforme gráfico 21.

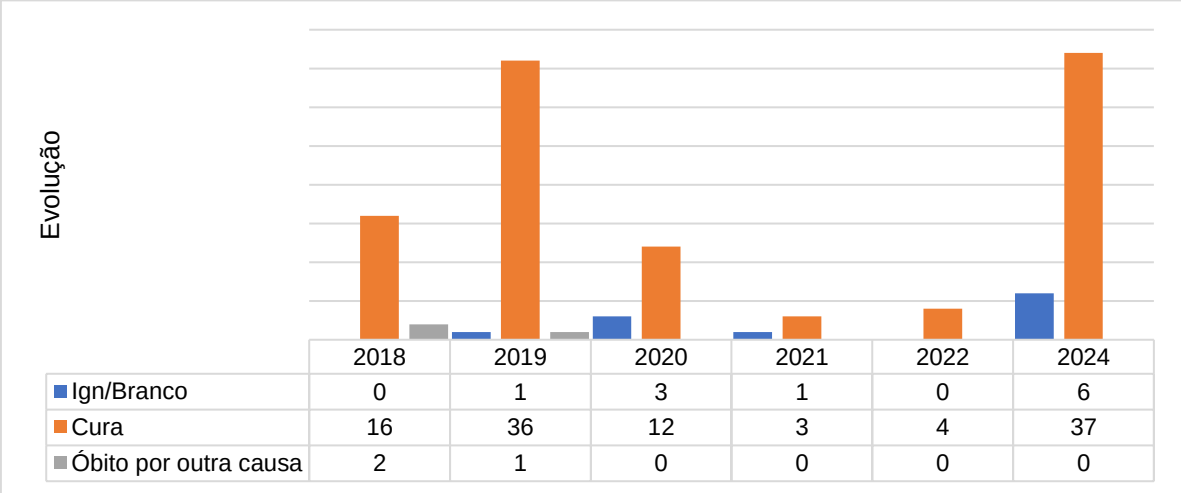
Gráfico 21: Casos notificados de Coqueluche, segundo critério de confirmação, no estado de Roraima no período de 2018 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

Quanto a evolução dos casos, não foram registrados óbitos neste período pela doença, e dos 122 caos notificados, 108 apresentaram cura, representando 88,5%, 3 óbitos por outras causas e 10 Ignorados/Branco conforme gráfico 22 abaixo:

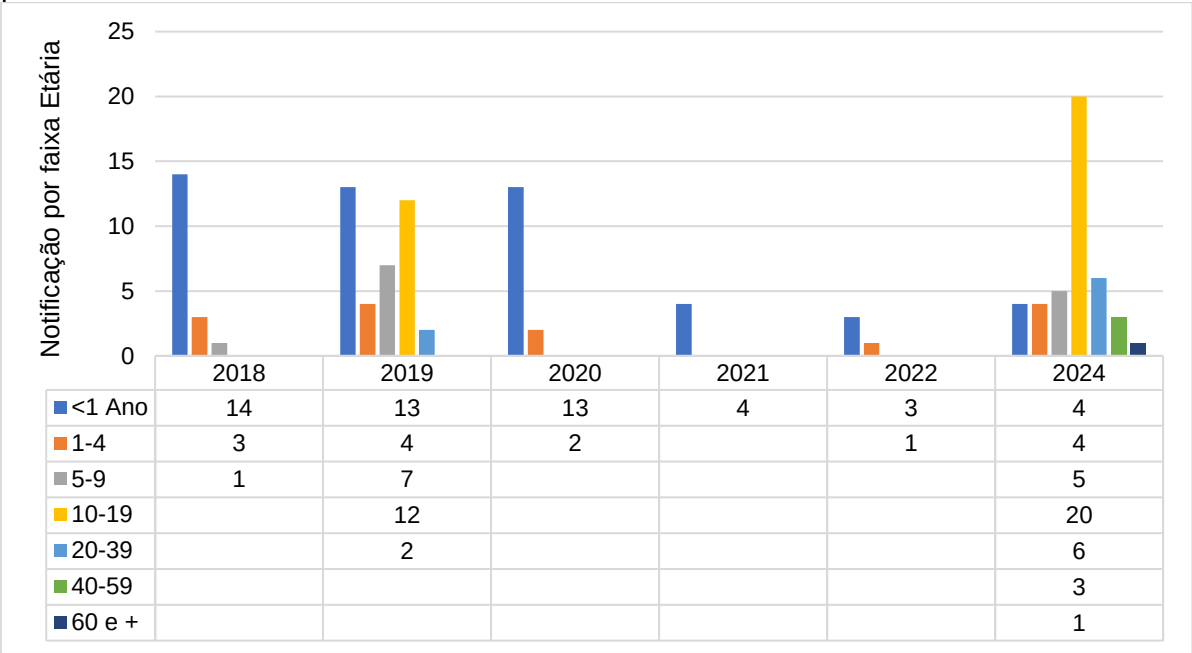
Gráfico 22: Evolução dos casos, segundo Ano de Notificação no estado de Roraima no período de 2018 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

Quanto a notificação por faixa etária, 41% dos pacientes são menores de 1 ano de idade e maior faixa etária notificada foi a de 10 -19 com 27% das notificações, conforme gráfico 23 abaixo.

Gráfico 23: Casos notificados por ano, segundo faixa etária, no estado de Roraima no período de 2018 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

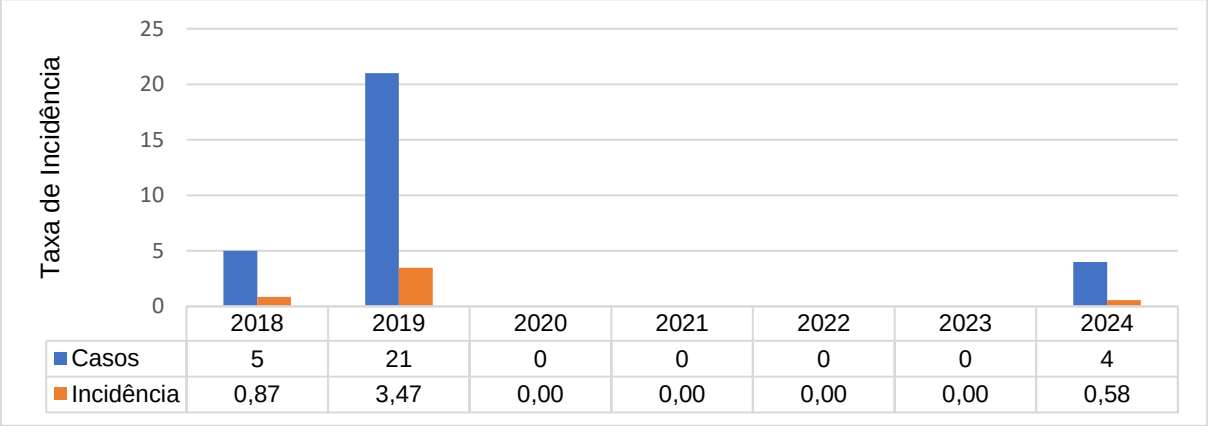
Nos anos de 2018 a 2022 foram 79 casos suspeitos de coqueluche, e em 2023 não ocorreu nenhuma notificação, já no ano de 2024 foram notificados 43 casos suspeitos de coqueluche. Em relação ao diagnóstico laboratorial, foi realizado o isolamento da cultura de material colhido da nasofaringe para análise laboratorial, na qual, dentre as 122 amostras, 75 foram negativos para *Bordetella pertussis*, sendo o critério de descarte laboratorial, conforme tabela 10 abaixo.

Tabela 10: Critério de descarte laboratorial por cultura no estado de Roraima nos anos de 2018 a 2024.

Cultura	Resultado
Igm/Branco	37
Positivo	3
Negativo	75
Não realizado	7
Total	122

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

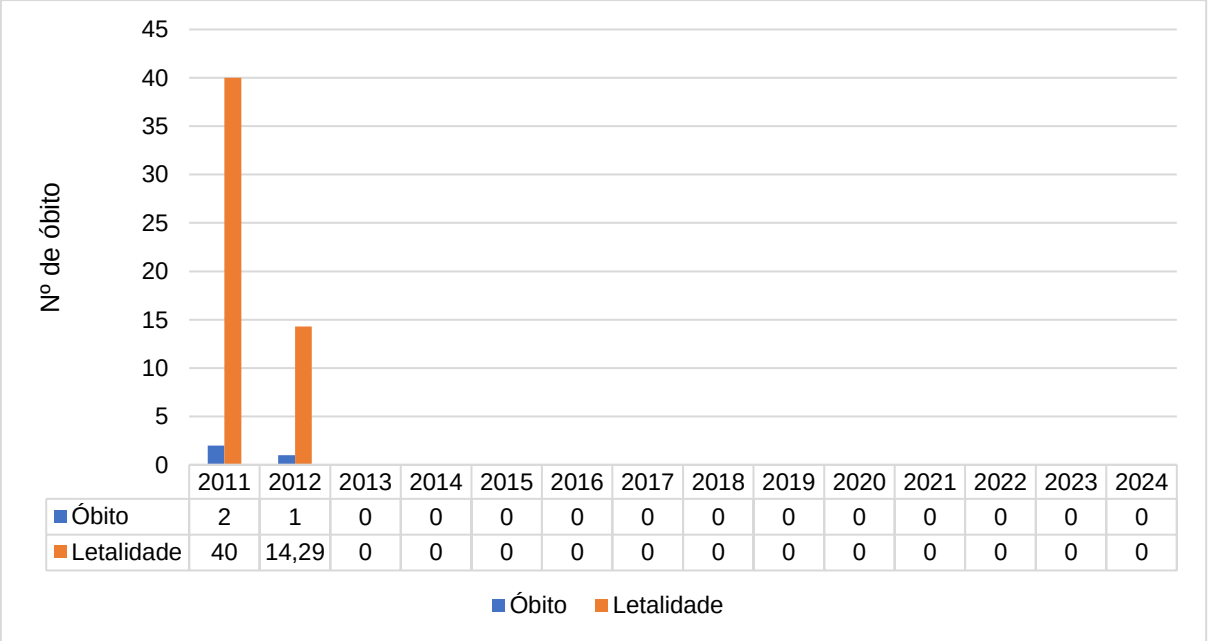
Gráfico 24: Taxa de incidência Coqueluche (por 100 mil habitantes), segundo ano, no estado de Roraima no período de 2018 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

O gráfico 24 mostra a série histórica da taxa de incidência de Coqueluche no estado de Roraima, no período de 2018 à 2024. O ano de 2019 apresenta o maior índice nessa série histórica com 21% de incidência, em 2020 houve uma queda abrupta da incidência, levando os anos de 2020 a 2023 a registrarem uma taxa de 0% casos por 100 mil habitantes, tendo um aumento dessa incidência no ano 2024 com 0,58% de incidência de casos confirmados de coqueluche.

Gráfico 25: Taxa de letalidade da Coqueluche, segundo ano, no estado de Roraima no período de 2011 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR).
Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração

Em relação a taxa de letalidade, nos anos de 2018 a 2024, o estado de Roraima não registra óbitos por Coqueluche. Os anos de 2011 e 2012 são os únicos que dispõem de óbitos, apresentando, respectivamente, 40% e 14,29% de taxa de letalidade (Gráfico 25).

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE DIFTERIA E COQUELUCHE

Analisando a série histórica de 2018 a 2024, observa-se que os municípios do estado de Roraima apresentam uma baixa cobertura vacinal para imunobiológico de DTP (Tríplice Bacteriana Infantil), no período avaliado, a menor cobertura vacinal foi no ano de 2021 no município de Uiramutã com 13,47% apenas e a maior porcentagem foi no ano de 2018 no município de Bonfim com 218,63%, conforme representado na Tabela 11 abaixo:

Tabela 11: Cobertura Vacinal com o Imunobiológico DTP no estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2018 a 2024.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Amajari	106,90	48,73	19,72	18,83	25,57	43,19	49,18
Alto Alegre	73,11	51,71	51,33	25,04	26,73	42,77	51,06
Boa Vista	74,45	70,35	90,27	58,85	64,76	73,89	82,97
Bonfim	218,63	67,37	39,52	32,34	45,47	70,41	67,18
Cantá	28,89	16,48	60,80	41,82	52,82	65,27	64,61
Mucajaí	58,80	58,25	80,91	66,94	72,70	78,81	79,82
Normandia	100,70	41,69	23,13	23,11	27,08	23,68	35,16
Pacaraima	117,70	106,84	58,16	35,97	116,54	154,95	140,43
Uiramutã	96,25	51,01	28,99	13,47	18,74	22,91	25,86
Caracaraí	91,85	68,06	61,43	46,29	51,97	111,76	82,03
Caroebe	134,93	71,58	84,15	81,86	117,49	91,98	113,79
Iracema	107,69	69,48	88,96	44,32	56,38	55,56	66,90
Rorainópolis	68,69	38,19	94,85	81,83	78,09	93,05	87,93
São João da Baliza	112,50	67,21	126,23	94,66	115,08	106,30	97,10
São Luiz	122,89	18,87	61,32	87,85	88,68	134,44	76,60
Roraima	83,77	64,16	77,12	52,09	60,63	79,40	84,48

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 2025.
OBS: Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal – Residência)

Segundo o Ministério da Saúde, a homogeneidade deve alcançar uma meta estabelecida de 70% ou mais dos municípios de uma unidade federada. Após verificar

a cobertura vacinal, foi calculada a homogeneidade da vacina DTP no Estado, conforme tabela 12 abaixo.

Tabela 12: Homogeneidade das coberturas vacinais da DTP no Estado de Roraima, no período de 2018 a 2024

Vacina	Total de Municípios	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DTP	15	60	6,7	6,7	-	20	26,7	20

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 2025

A análise da homogeneidade da cobertura vacinal para a vacina Meningococo C, observa-se que apenas nome municípios atingiram a homogeneidade ($\geq 95\%$) em alguns dos anos avaliados: Amajari, Bonfim, Normandia, Pacaraima, Uiramutã, Caroebe, Iracema, São Joao da Baliza e São Luiz.

Municípios como Pacaraima e São João da Baliza também apresentaram bom desempenho, alcançando a homogeneidade em anos distintos, incluindo resultados elevados em 2022, 2023 e 2024.

Tabela 13 – Cobertura Vacinal com o Imunobiológico DTP REF (4 a 6 anos) no Estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2018 a 2024.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
AMAJARI	48,90	26,65	19,12	9,91	22,05	37,56%	78,82%
ALTO ALEGRE	49,19	41,30	31,98	29,29	35,25	38,66%	77,12%
BOA VISTA	63,75	83,66	81,62	63,51	74,38	61,65%	88,73%
BONFIM	315,94	55,00	28,13	34,34	51,65	58,95%	73,54%
CANTA	35,92	30,46	26,44	19,16	27,72	56,02%	67,02%
CARACARAI	55,29	64,94	48,47	49,34	47,01	65,27%	76,52%
CAROEBE	94,24	35,08	47,12	62,56	71,12	95,28%	94,25%
IRACEMA	39,09	40,61	41,12	29,02	26,53	55,56%	68,31%
MUCAJAI	50,00	57,27	72,42	54,70	58,68	65,54%	91,13%
NORMANDIA	82,11	55,59	21,41	23,40	26,79	18,98%	34,73%
PACARAIMA	53,23	78,06	54,19	38,07	186,54	195,05%	322,13%
RORAINOPOLIS	40,20	35,49	31,18	53,05	31,56	79,14%	82,82%
SAO JOAO DA BALIZA	57,24	37,93	67,59	59,15	49,15	85,83%	92,03%
SAO LUIZ	37,61	23,85	33,03	66,95	46,09	86,67%	109,57%
UIRAMUTA	149,10	52,11	11,45	10,08	16,59	14,74%	32,95%
RORAIMA	70,52	67,49	61,78	51,90	63,12	71,83%	85,35%

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 2025.

OBS: Os dados de 2023 e 2024 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal – Residência)

Por outro lado, a maioria dos municípios, como Alto Alegre, Boa Vista, Cantá, Mucajaí, Caracaraí e Rorainópolis, não atingiram homogeneidade em nenhum dos anos avaliados, apresentando coberturas vacinais persistentemente abaixo da meta de 95%. Essa baixa homogeneidade indica falhas na equidade da vacinação, com parte da população permanecendo suscetível a doenças imunopreveníveis, tabela 13.

O imunobiológico DTP REF (4 a 6 anos), teve a menor cobertura vacinal no ano de 2021 no município de Amajari com 9,91% e a maior foi em Pacaraima em 2024, com 322,13%, nos anos de 2019, 2020 e 2021 não alcançaram a cobertura vacinal respectivamente.

Segundo o Ministério da Saúde, a homogeneidade deve alcançar uma meta estabelecida de 70% ou mais dos municípios de uma unidade federada. Após verificar a cobertura vacinal, foi calculada a homogeneidade da vacina DTP REF (4 a 6 anos) no Estado, conforme tabela 14 abaixo

Tabela 14 – Homogeneidade das coberturas vacinais da DTP REF (4 a 6 anos) no Estado de Roraima, no período de 2018 a 2024.

Vacina	Total de Municípios	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DTP REF (4 e 6 anos)	15	13,33	0	0	0	6,7	13,33	13,33

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 2025.

A análise da homogeneidade da cobertura vacinal para a vacina da DTP REF (4 e 6 anos) foi baixa durante todo o período analisado, observa-se que apenas cinco municípios atingiram a homogeneidade ($\geq 95\%$), Bonfim, Caroebe, Pacaraima, São Luiz e Uiramutã. Em 2018, apenas os municípios de Bonfim e Uiramutã alcançaram a homogeneidade, em 2019, 2020 e 2021, não houve municípios que alcançaram a cobertura adequada, em 2022 apenas Pacaraima atingiu a cobertura vacinal, em 2023 apenas Caroebe e Pacaraima, e em 2024 apenas Pacaraima e São Luiz alcançaram a cobertura vacinal no estado de Roraima, conforme tabela acima.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para enfrentamento das meningites até 2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. 84 p.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunização. **Nota técnica conjunta n.º 154/2024 DPNI/SVSA/MS de 03/10/2024** Disponível no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/notatecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf>. Acessado em 05/04/2025b.

3 COFEN. **Plano Nacional para derrotar as meningites até 2030 visa reduzir óbitos em 70%**. Disponível em:<<https://www.cofen.gov.br/plano-nacional-para-derrotar-as-meningites-ate-2030-visa-reduzir-casos-em-50-e-obitos-em-70/#:~:text=Entre%202023%20e%202024%2C%20o,idosos%20acima%20de%2060%20anos&text=Em>>. Acesso em: 04/04/2025.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def>. Acesso em: 23/04/2025.

5 BRASIL. Ministério da Saúde - Cobertura Vacinal – Residência. Disponível em: <[Cobertura Vacinal - Calendário Nacional - Residência \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br/Cobertura-Vacinal-Calendário-Nacional-Residência)>. Acesso em: 23/04/2025

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 6ª ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2024;

7 África. Organização Mundial da Saúde – OMS. Surtos de difteria - Orientações abrangentes para a preparação e resposta da SAÚDE pública na Região Africana da OMS, fevereiro 2024. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-05/AFRO-EPR-2024-01-por.pdf>. Acesso em: 11/04/2025

8 IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Roraima: IBGE, 2024. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr.html>> Acesso em: 04/04/2025.

9 LIPHAUS, B. L. et al. Meningite: O que precisamos saber? **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 15, n. 178, p. 23-32, São Paulo, 2018;

10Sensi Saúde. CID G039 Meningite não especificada. Campinas, SP. Disponível em: <https://sensisaude.com.br/glossario/q03-9-meningite-nao-especificada>. Acesso em: 29/04/2025.

11DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Ministério da Saúde. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa-etária: 2000-2070 (edição 2024). Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def>>. Acesso em: 04/04/2025.

12DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Ministério da Saúde. Imunizações - Cobertura – Brasil. Disponível em: <
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def>. Acesso em
04/04/2025.

6.6 POLIOMIELITE, PARALISIA FLÁCIDA AGUDA, INFLUENZA, COVID-19 E TÉTANO

O Núcleo de Controle da Pólio/Paralisia Flácida, Influenza e Tétano (NCPFIT) é responsável por monitorar as ações no âmbito do estado de Roraima, relacionadas à vigilância epidemiológica, prevenção e controle das seguintes doenças imunopreveníveis: poliomielite/paralisia flácida aguda, influenza, Covid-19, e tétano acidental e neonatal, além de apoiar tecnicamente os municípios nas ações de vigilância epidemiológica dessas doenças visando a detecção com o objetivo de redução dessas doenças, bem como, monitorar os sistemas de informação nacional relacionados: Sistema de Vigilância Epidemiológica (Sivep) Sivep Gripe, e_SUS Notifica e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Compete ao núcleo também o monitoramento dos vírus respiratórios circulantes no estado afim de contribuir para o planejamento de ações preventivas.

O núcleo realiza o controle de indicadores de saúde como: casos suspeitos de PFA e pólio, atendimentos por Síndrome Gripal (SG) e hospitalizados por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) produzindo informações confiáveis de incidência, letalidade e mortalidade dos agravos, bem como divulga informação em relatório interno de forma oportuna e precisa segundo a análise dos dados, informando sobre a magnitude e distribuição dos agravos.

No ano de 2024 o NCPFIT realizou em Roraima, em parceria com o Ministério da Saúde e a OPAS, o MOSAICO, um encontro para unir os vários sistemas de vigilância envolvidos na vigilância de vírus respiratórios no Estado e assim alinhar as estratégias.

Este relatório tem o objetivo de descrever o número de notificações de poliomielite/paralisia flácida aguda, influenza, Covid-19, e tétano acidental e neonatal realizadas no estado de 2024.

TÉTANO

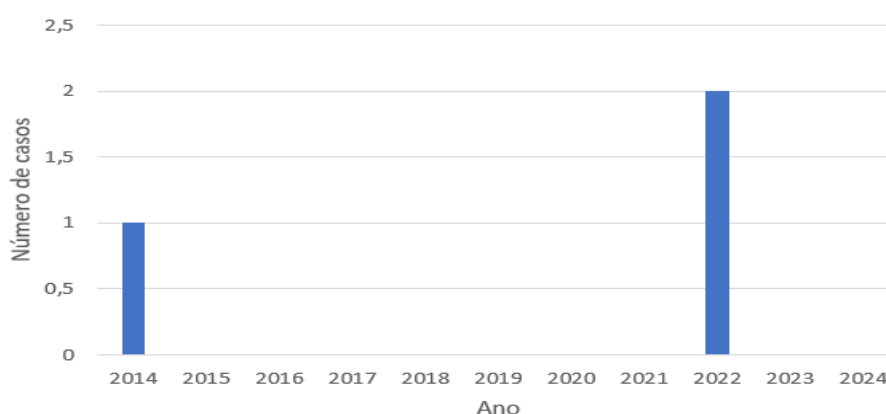
TÉTANO ACIDENTAL

O tétano acidental é uma infecção causada pela ação de exotoxinas produzidas pela bactéria *Clostridium tetani*, que provoca um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central, e é encontrada na natureza e não é

contagiosa. A principal forma de prevenção é por meio das vacinas tetravalente, pentavalente e dT (BRASIL, 2024).

Em Roraima, no período de 2014 a 2024, foram notificados três casos de tétano acidental, todos no município de Boa Vista, sendo dois casos no ano de 2014 e um caso em 2022 (Figura 1). Em 2024 não foram notificados casos de tétano acidental no estado de Roraima. Em 2014, ocorreram um caso na faixa etária de 20 a 29 anos no sexo feminino e um caso na faixa etária de 50 a 59 anos no sexo masculino, e em 2022, ocorreu um caso na faixa etária de 50 a 59 anos no sexo masculino. Nesse período houve predomínio em 66,7% (2/3) no sexo masculino na faixa etária de 50 a 59 anos.

Figura 1. Número de casos Notificados de Tétano Acidental, Roraima, 2014 a 2024.



Fonte: Sinan net/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2024, sujeitos à alteração.

Dados similares foram encontrados no Brasil no período de 2014 a 2023 onde a maioria dos casos confirmados de Tétano acidental ocorreram no sexo masculino, com 85,5% (1.860/2.181), residentes em zona urbana, 74% (1.611/2.181) e distribuídos principalmente na faixa etária de 40 a 79 anos de idade, o que representou 72,4% (1.579/2.181) do total de casos. Destaca-se também um percentual de adultos jovens na faixa etária de 20 a 39 anos (16%), estando esses indivíduos, em plena fase produtiva (BRASIL, 2024).

Em Roraima, a taxa de incidência de tétano acidental em 2014 foi de 0,40 casos por 100 mil habitantes, considerando a população estimadas pelo IBGE de 501.970 habitantes, e em 2022, a taxa de incidência foi de 0,15 considerando a população de 636707 habitantes do Censo demográfico de 2022 (IBGE, 2024). Enquanto no Brasil, o coeficiente de incidência apresentou uma variação de 0,13 em

2014 para 0,09 por 100.000 habitantes em 2023. Em 2021, 2022, 2023 e 2024 foram confirmados 173, 188, 205 e 219 casos em todo território nacional. A letalidade, nesse mesmo período, foi de 27,0%; 26,60%; 29,27% e 26,94% respectivamente, sendo considerada elevada, quando comparada com os países desenvolvidos, onde se apresenta entre 10 a 17%. Em Roraima, os casos de 2014 e 2022 estão com evolução ignorada o que demonstra falha na vigilância epidemiológica da doença, sobretudo no acompanhamento do caso e encerramento do caso no Sinan. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-neonatal/situacao-epidemiologica>

TÉTANO NEONATAL

O tétano neonatal é uma doença infecciosa aguda, também bactéria *Clostridium tetani*, e grave, não contagiosa, que acomete o recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida, tendo como manifestação clínica inicial a dificuldade de sucção, irritabilidade e choro constante. A transmissão ocorre por contaminação, durante a manipulação do cordão umbilical ou por meio de procedimentos inadequados realizados no coto umbilical, quando se utilizam substâncias, artefatos ou instrumentos contaminados com esporos (BRASIL, 2022).

O tétano neonatal é uma doença de importância para a saúde pública por ser um marcador de deficiência na qualidade da atenção do pré-natal, do parto e do recém-nascido. Nesse sentido, a vigilância tem como objetivo combater os fatores de risco da doença, como a baixa Cobertura Vacinal (CV) em mulheres em idade fértil (MIF), a realização de partos domiciliares com parteiras tradicionais sem qualificação e uso de instrumentos de trabalho inadequados, a oferta inadequada de pré-natal em áreas de difícil acesso e a baixa qualificação do pré-natal (ESTADO DO ESPÍTIRO SANTO, 2022).

A doença continua existindo como problema de saúde pública apenas em países de menor desenvolvimento econômico e social, principalmente no Continente Africano e Sudeste Asiático. Com a implantação do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal (PETNN) no Brasil em 1992 a incidência da doença também reduziu sensivelmente ao longo dos anos. Em 2017, a OMS declarou a doença eliminada nas Américas, sendo considerada eliminação da doença a taxa anual inferior a 1 caso por 1.000 nascidos vivos no âmbito municipal.

No período de 2007 a 2021 foram confirmados no Sinan 36 casos em todo

território nacional, sendo: 16 casos confirmados na Região Norte (44,4%), 12 casos na Região Nordeste (33,3%), quatro casos na Região Sudeste (13,5%), 03 casos na Região Sul (8,33%) e um caso na Região Centro-Oeste (2,7%). No estado de Roraima não houve notificação de tétano neonatal no período de 2014 a 2024. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-neonatal/situacao-epidemiologica>

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA E POLIOMIELITE

A poliomielite ou paralisia infantil é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principal característica a flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido.

Apesar de erradicada na maior parte dos países, o Poliovírus continua circulando na Ásia e África, o que impõe a manutenção de uma vigilância ativa para impedir sua reintrodução nas áreas erradicadas. Em 2005 e 2006, devido à epidemia africana além de se espalhar em países com casos devido à baixa cobertura vacinal, o vírus reinfectou outros países que estavam sem casos de pólio desde 1995 (OPAS/OMS, 2022).

O Brasil, encontra-se em alerta devido um caso de poliomielite confirmado no Peru em 2023 associado a queda na cobertura vacinal no país. O surgimento de casos de pólio derivado vacinal que ocorrem em regiões com baixas coberturas vacinais acontece por que em casos muito raros, o vírus, ao se replicar no intestino sofre alterações genéticas e podem se espalhar em comunidades que não estão adequadamente vacinadas, especialmente em regiões onde há falta de saneamento. Com isso, reforça-se a necessidade de manter ações permanentes e efetivas de vigilância da doença e níveis adequados de proteção imunológica da população. (OPAS/OMS, 2023)

Diante desse cenário a taxa de incidência no país é zero para poliomielite, no entanto devido ao risco de sua reintrodução, todos os casos de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos devem ser notificados, investigado e coletado amostra de fezes para isolamento viral.

Em 2024, foram notificados em Roraima 5 casos suspeitos de POLIO/PFA, sendo 1 na SE37, 1 na SE41, 1 na SE42 e 2 na SE46. Observa-se a predominância no sexo masculino e faixa etária de 5 a 9 anos. Do total, 3 residem em Boa Vista, 1 em Bonfim e 1 em Rorainópolis. Todos os casos foram descartados por critério laboratorial, inclusive 1 foi associado à vacina (Poliovírus vacinal tipo 3).

No período de 2014 à 2024 foram notificados um total de 14 casos suspeitos de POLIO/PFA em Roraima, sendo que 35,7% (5 casos) foram notificados em 2024. Esse aumento recente nas notificações demonstra a maior sensibilidade das unidades em captar casos suspeitos.

Figura 2. Número de Notificação de casos suspeito de Paralisia Flácida Aguda em Roraima de 2014 à 2024.



Fonte: SINAN NET/ NSIS/ DVE / CGVS/SESAU-RR- dados sujeitos à alteração

INFLUENZA

A influenza também conhecida como gripe ou influenza humana, é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contraí-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave. O vírus da influenza se subdivide em três tipos antigeneticamente distintos: A, B e C. O diagnóstico é laboratorial realizado através de secreção de nasofaringe entre o 3º e o 7º dia após do início do sintoma, para realização de (RT-PCR) em tempo real. (BRASIL, 2019)

No Brasil, a vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios de importância em saúde pública é conduzida por meio de uma Rede de Vigilância Sentinela de

Síndrome Gripal (SG) e da Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), em articulação com Laboratórios de Saúde Pública - LACEN. Essa rede tem como finalidade captar casos de SG, SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG, a fim de estudar o perfil epidemiológico dos casos e o conhecimento dos vírus circulantes, para embasar medidas de prevenção e controle, bem como contribuir na formulação da composição anual da vacina contra Influenza. (BRASIL, 2024)

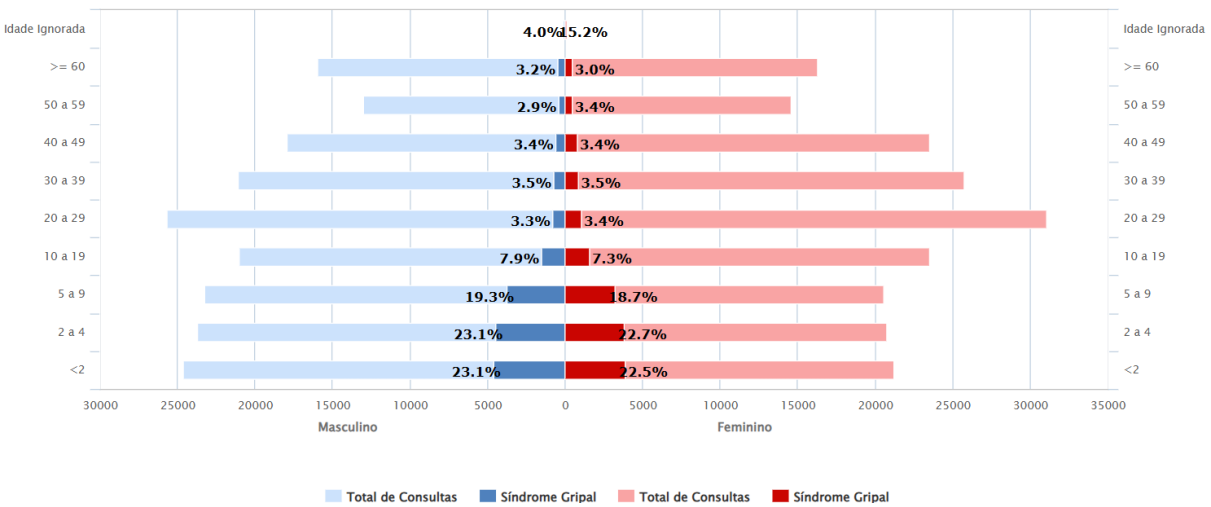
As unidades sentinelas, são unidades de saúde que contribuem com um número determinado de coleta de amostras, uma vigilância designada “por amostragem”, para a identificação de determinadas doenças. No Estado de Roraima, em 2024 das 4 unidades sentinelas ativas para vigilância da síndrome gripal, 1 foi desativada após reunião e visita técnica do Ministério da Saúde à unidade na semana epidemiológica 38, passando então a 3 unidades sentinelas ativas no Estado. Essas unidades captam dados com o objetivo primordial de identificar os vírus influenza circulantes no Brasil, contribuindo para composição da vacina contra influenza, estudando a sazonalidade dos vírus em cada região do país e identificando precocemente novos subtipos virais com capacidade para surtos. (BRASIL, 2023)

SÍNDROME GRIPAL

No contexto da vigilância sentinela da influenza usa-se como definição de caso para SG: indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos sete dias. (BRASIL, 2024)

Em 2024, Roraima registrou um total de 33.353 atendimentos por SG nas unidades sentinelas, representando 9,58% do total de consultas realizadas no ano e, ultrapassando os 24.763 casos registrados em 2023. Do total de casos de SG, 51,62% (17.312) atendimentos ocorreram no sexo masculino e 48,37% (16.223) no sexo feminino.

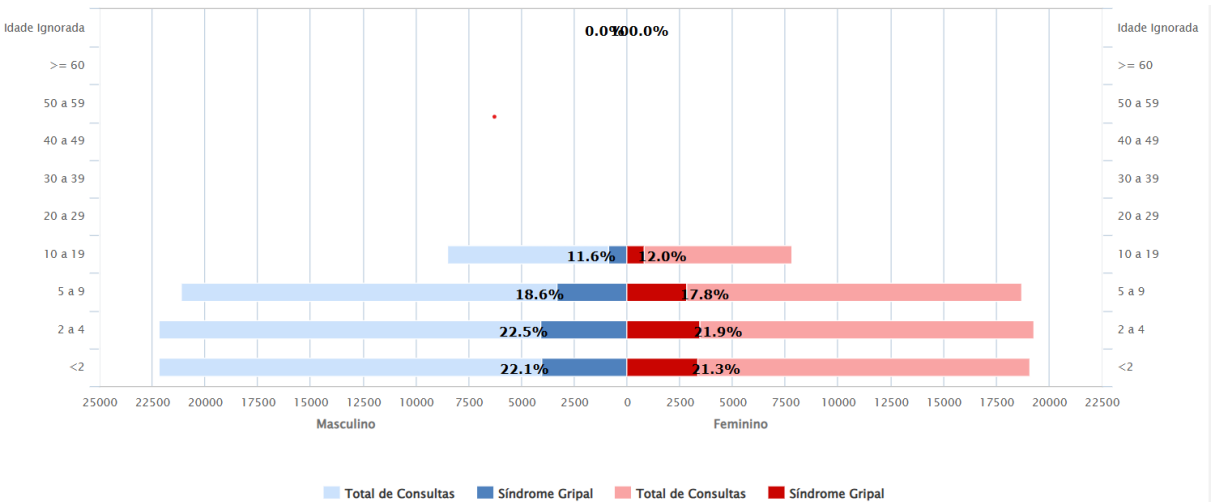
Figura 5. Total de atendimento e percentual de consultas por SG nas unidades sentinelas por faixa etária e sexo no ano de 2024 em Roraima.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Quanto a unidade sentinela notificadora, o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), maior unidade de atendimento à criança, atendendo crianças de 29 dias a 12 anos, notificou 22.783 casos, representando 19,6% do total de atendimentos. Os casos são distribuídos em 10.491 no sexo feminino e 12.292 no sexo masculino (Figura 6).

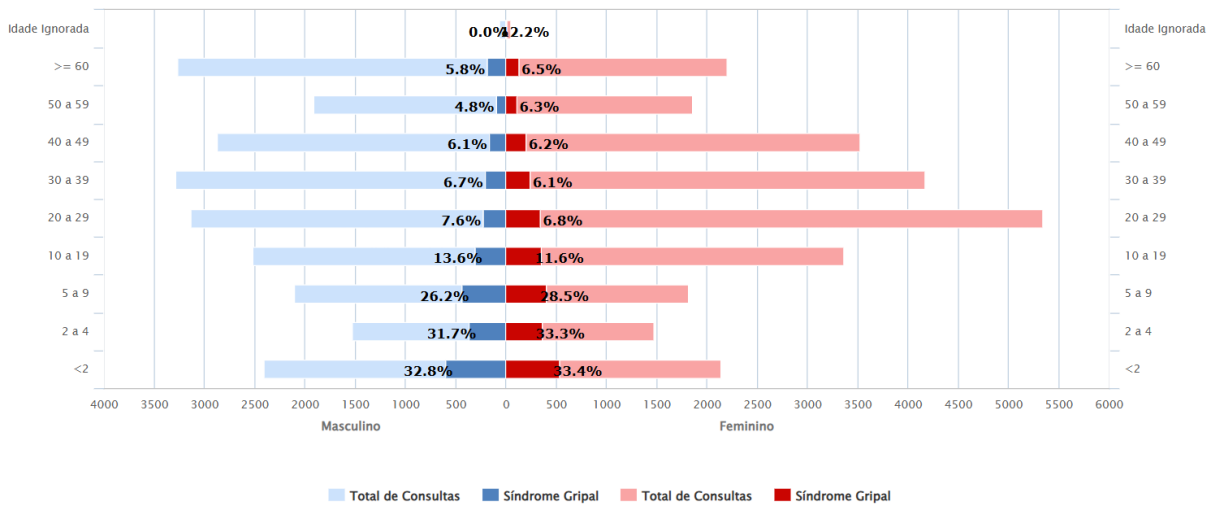
Figura 6. Percentual de casos de SG por faixa etária e sexo notificadas no Hospital da Criança Santo Antônio em 2024.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Dos casos de SG registrados no estado de Roraima no ano de 2024 o Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto localizado no município de Rorainópolis apontou 5.249 casos, representando 5,8% do seu total de atendimento anual, como demonstra a figura 7.

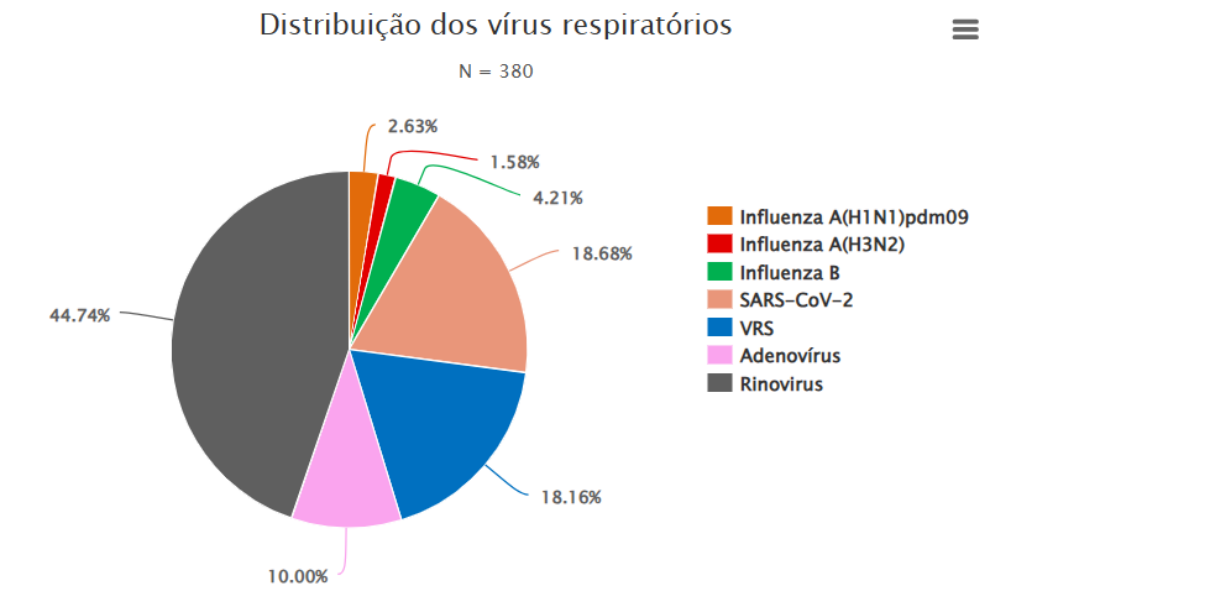
Figura 7. Total de atendimento e percentual de consultas por SG no Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto em 2024.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

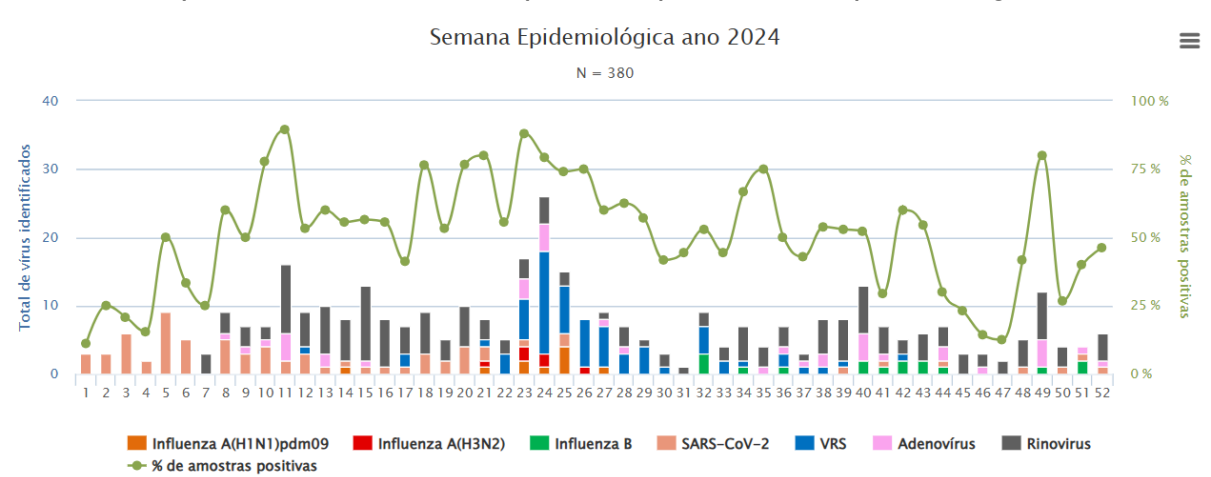
Cada unidade sentinela de SG deve contribuir com 4 a 20 coletas de amostras naso/orofaríngeas por semana epidemiológica a serem analisadas. Nas unidades sentinelas do estado foram coletadas 974 amostras no ano de 2024. Entre as amostras coletadas 39% foram realizadas pelo HCSA, 37,47% no PACS e 16,83% no Hospital Ottomar em Rorainópolis. Até a semana epidemiológica 39 o HGR era uma unidade sentinela ativa e contribuiu com 6,5% do total de coletas do ano. Observa-se uma baixa adesão das unidades sentinelas relacionadas as coletas semanais, não atingindo o mínimo de coletas em várias semanas do ano, o que prejudica a análise geral dos vírus circulantes no Estado.

Figura 8. Distribuição percentual dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas em 2024.



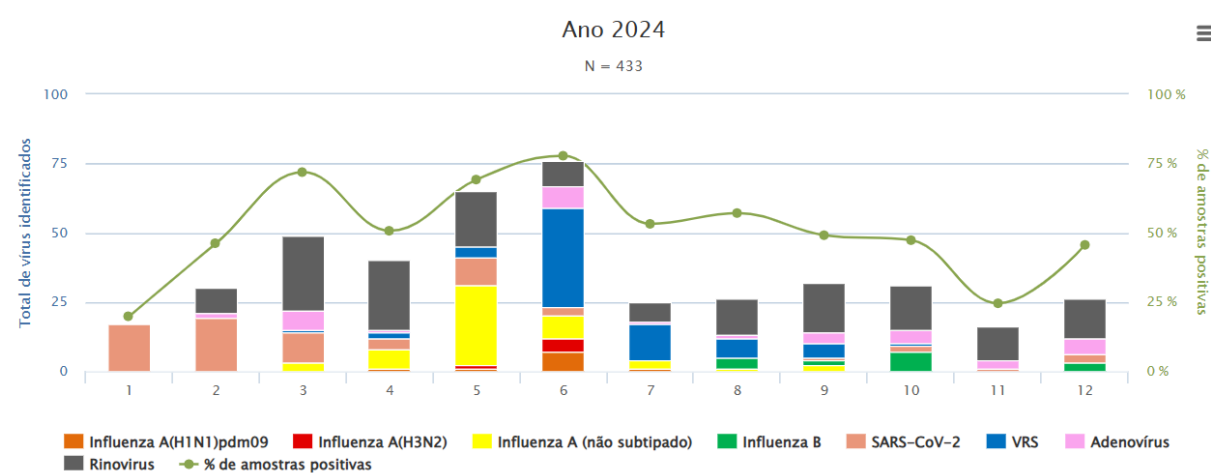
Destaca-se entre as amostras coletadas houve a predominância do Rinovirus em relação aos demais vírus respiratórios (Figura 8).

Figura 9. Distribuição do número de vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas e percentual de amostras positivas por semana epidemiológica em 2024.



Observa-se um pico de positividade nas amostras coletadas na SE 11 que se refere a primeira quinzena de março, e outro pico entre as SE23 a SE25 que se refere ao mês de junho, com destaque para detecção do vírus sincicial respiratório (Figura 9).

Figura 10. Painel Viral (vírus respiratórios) identificados nas unidades sentinelas por mês no ano de 2024.

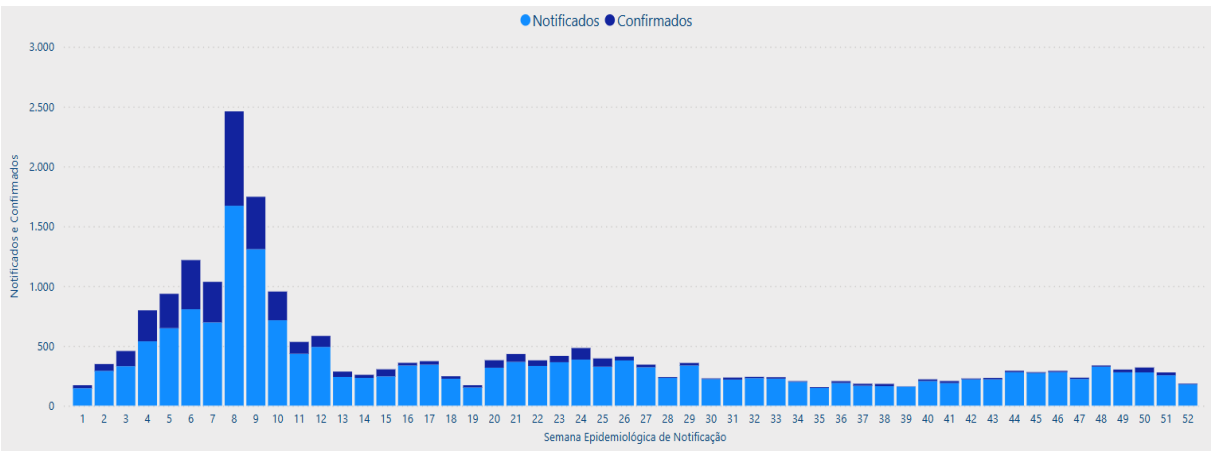


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

No Estado de Roraima observa-se a presença do vírus Influenza e seus subtipos presente especialmente nos meses de abril a junho, com pico no mês de maio. Com relação ao SARS-CoV 2, vírus causador da COVID-19, destaca-se durante o primeiro semestre do ano de 2024. A identificação do painel viral foi por meio dos casos de SG notificados nas unidades de vigilância sentinela (Figura 10).

Além da vigilância sentinela das SG é realizado a vigilância universal das SG com foco na COVID-19. Destaca-se que no ano de 2024 foram realizados 18.331 testes rápidos para COVID-19, resultando em 4.166 casos detectados (Figura 11).

Figura 11. Número de casos de COVID-19 por SE em 2024 no Estado de Roraima



Fonte: Boletim COVID/2024

Destaca-se pico de casos confirmados de COVID-19 na SE 8, que corresponde

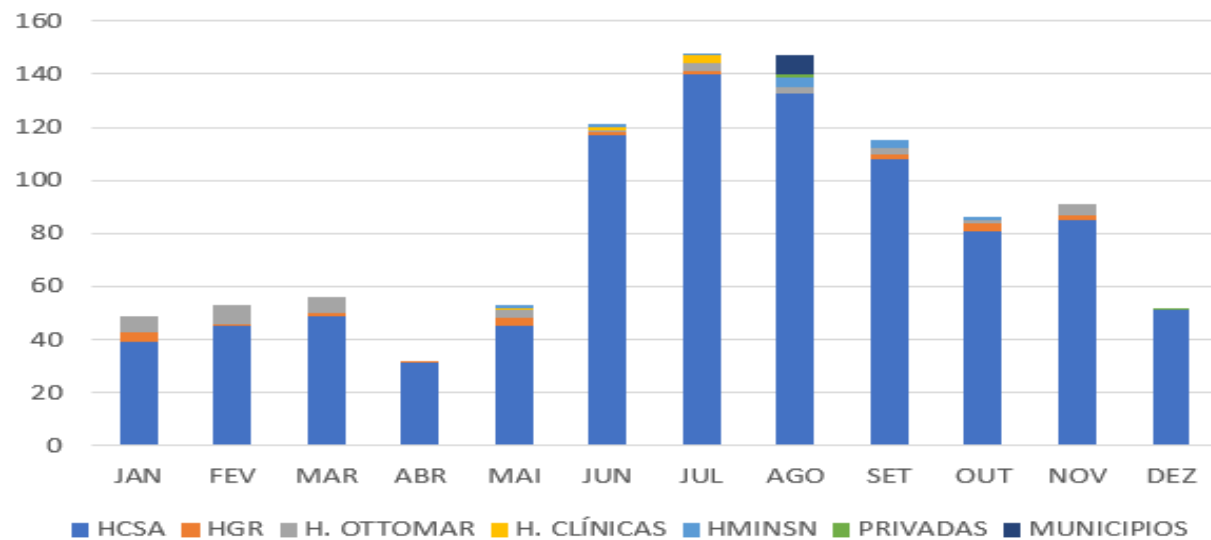
a última semana de fevereiro de 2024. O município com maior número de casos notificados e confirmados para COVID-19 em 2024 foi a capital Boa Vista. Foi registrado em 2024 seis óbitos por COVID-19 segundo dados do boletim da COVID 19 do estado de Roraima, disponível no endereço eletrônico <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-covid-boletim-epidemiologico/>.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

A vigilância das SRAG é parte fundamental na vigilância dos vírus respiratórios, por isso todo caso de SRAG hospitalizado ou óbito por SRAG independente de hospitalização deve ser obrigatoriamente notificado. Os critérios que definem uma SRAG são: indivíduo com SG que apresente dispneia/desconforto respiratório OU saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto (BRASIL, 2024).

Em 2024 foi registrado 1003 hospitalizações por SRAG com destaque para os meses de julho e agosto com maior número de hospitalizações. Evidencia-se o grande número de hospitalizações no Hospital que atende o público infantil (HCSA). Observa-se também a baixa de notificações provenientes das unidades privadas do Estado, bem como a baixa notificação dos municípios (figura 12).

Figura 12. Número de SRAG notificados nas unidades do Estado de Roraima em 2024



Fonte: Sivep-Gripe/2024

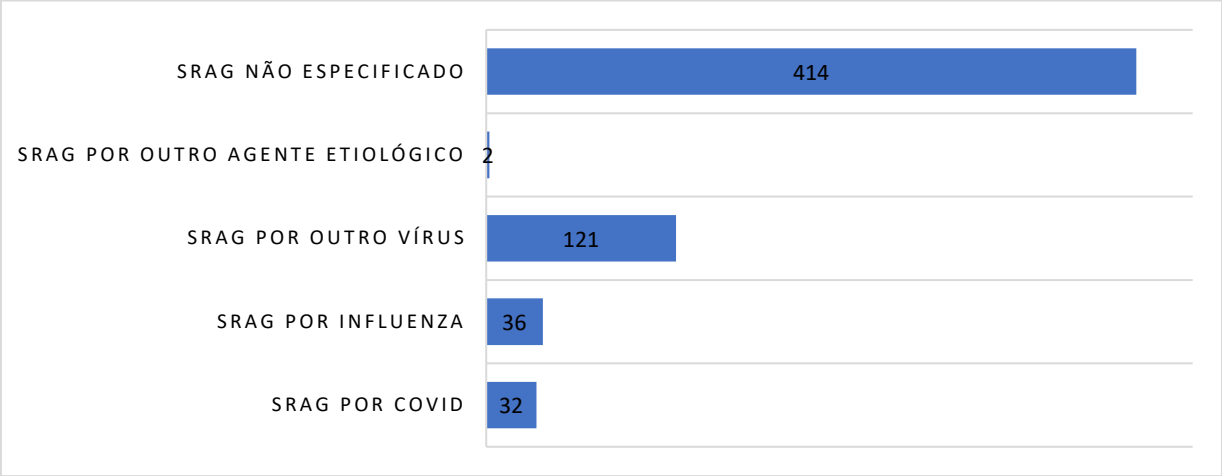
Dos casos notificados nos municípios destaca-se Rorainópolis com maior

número de internações, seguido por Caracaraí e Uiramutã. Entre as unidades privadas, as notificações são provenientes do Hospital Ville Roy, com apenas 2 casos notificados durante o ano.

Em 2023, os casos registrados SRAG hospitalizados 6,1% foram classificados como SRAG por COVID-19 e destes, 32,4% (12 casos) evoluíram a óbito pela doença. Destaca-se que os que evoluíram a óbito estavam na faixa entre 18 e 85 anos de idade e em sua maioria possuíam comorbidades como AIDS, cardiopatias e doenças pulmonares de base (Figura 16). Nesse ano, houve um total de 43 óbitos por SRAG, sendo 15 deles entre crianças.

Em 2024, houve um total de 48 óbitos por SRAG.

Figura 16. Classificação das SRAG notificadas em Roraima em 2023.



Fonte: Sivep-Gripe/2023

No ano de 2024 houve um fortalecimento nas ações de vigilância das SG, trabalho esse que necessita de continuidade para obtenção de dados mais precisos e desenvolvimento de ações mais eficazes.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Tétano Acidental**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental>>. Acesso em: 15/07/2023 as 09:10;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª.

ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019;

BRASIL, 2024. BRASIL. NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 51/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Brasília, 17 maio 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-51-2024-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>

IBGE. Censo demográfico. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 22 jan 2024.

OLIVEIRA, Letícia Gomes de. **Epidemiologia do tétano neonatal no Norte do Brasil entre os anos 2007 a 2017**, Região Prioritária. Brazilian Journal of health Review, Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 1, p. 507-519, jan./feb. 2019. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1073/1054>>. Acesso em: 15/07/2023 as 15:40;

PERIGO de reintrodução da poliomielite. Brasília – DF. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2020. Núcleo de Medicina Tropical – UnB, Sala 43C - 70904- 970. Disponível em: <<https://www.sbmt.org.br/portal/perigo-de-reintroducao-dapoliomielite/>>. Acesso em: 15/07/2023 as 16:32;

SCHUELER, Paulo. **Atenção com a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica**, 2020. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1987-atencao-com-a-sindromeinflamatoria-multissistemica-pediatrica>>. Acesso em: 30/07/2023 as 10:47.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **SIVEPGRIPE-Gripe** / SESAU-RR-. Acesso em: 10/07/2024 as 10:47. >>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: **SINAN/ NSIS/ DVE / CGVS/SESAU-RR-** dados sujeitos à alteração-. Acesso em: 13/07/2024 as 08:47. >

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE /SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net**-. Acesso em: 13/07/2024 as 14:47. >

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE /SVS - Sistema de Informação de Mortalidade - SIM Net-. Acesso em: 25/07/2024 as 15:00. >

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Boletim Epidemiológico 0 Doenças imunopreveníveis n. 01/2022. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imuniza%C3%A7%C3%A3o/Boletim%20T%C3%A9tico%20Acidental%20e%20Neonatal%20-%202001-2022%20-%20at%C3%A9%20SE%2019%202022-1.pdf>

6.7 IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) representa uma das intervenções em saúde pública mais importantes no cenário saúde brasileiro e possui referência como um dos maiores programas de vacinação do mundo. A partir da coordenação nacional exercida pelo Ministério da Saúde, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), seguindo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), vem incansavelmente atuando para a redução da transmissão de doenças imunopreveníveis e ocorrência de casos graves e óbitos, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira, refletindo positiva e diretamente na qualidade e expectativa de vida da população. Destaca-se que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras, incluindo aquisição, planejamento, infraestrutura, logística, treinamento e recursos humanos, que nas diferentes atuações asseguram imunobiológicos de qualidade à população. (Brasil, 2025).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) completou 51 anos em 18 de setembro de 2024. É considerado uma política pública eficiente, reconhecida nacional e internacionalmente, e fortalecido por ter seguido os princípios básicos de universalidade e equidade do SUS.

A universalidade da atenção é garantida pela oferta de 48 imunobiológicos para todos os grupos selecionados, em 5.570 municípios, nas mais de 37 mil salas de vacinação distribuídas em todo o país.

A equidade no cuidado é assegurada pelas estratégias de rotinas e campanhas de vacinação que ampliam a oferta de vacinas, não apenas do ponto de vista territorial, mas, sobretudo, populacional, alcançando os grupos-alvo dos calendários de vacinação, que hoje abrangem todos os ciclos da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) – incluindo, ainda, as vacinas disponíveis para grupos com condições clínicas especiais nos CRIE. Assim, além de atender às diretrizes do SUS, o presente documento contribui de forma significativa para a disseminação de informações adequadas às diferentes esferas, garantindo a segurança na oferta de imunobiológicos a pessoas com maior suscetibilidade a doenças ou risco de complicações para si ou para outros.

O CRIE no estado de Roraima funciona na Clínica Especializada Coronel Mota – Centro, Boa Vista/RR, na Clínica Médica do Centro de Especialidades Médicas, e está tecnicamente ligado ao NEPNI/RR.

O conceito de vacinação é “ato de vacinar” e imunização é a “aquisição de proteção imunológica contra uma doença geralmente infecciosa”.

Imunidade é o estado de resistência, geralmente associado à presença de anticorpos, que possuem ação específica sobre o organismo responsável por uma doença infecciosa ou sobre suas toxinas.

Este relatório descreve as ações, estratégias e intervenções realizadas nos 15 municípios do estado de Roraima no ano de 2024.

Os indicadores de processos medem a execução das intervenções em relação às atividades programadas, como a homogeneidade das coberturas vacinais entre os municípios de cada unidade federada, e a taxa de abandono de vacinação. Os indicadores de resultados medem os efeitos das intervenções na população-alvo; esses efeitos intermediários incluem a cobertura vacinal de cada vacina. Já os indicadores de impacto medem os efeitos na população geral, sendo compreendidos como efeitos finalísticos, como o indicador de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis.

O monitoramento das coberturas vacinais é uma atividade de rotina, tanto no âmbito do PNI do Ministério da Saúde quanto no Programa de Imunizações do estado de Roraima.

Em julho de 2024, o NEPNI realizou a capacitação em Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade – AVAQ. Segundo o Manual de Microplanejamento (Brasil 2023, p. 9), "O processo de Microplanejamento tem como objetivo as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade – AVAQ, para o resgate das altas coberturas vacinais dos programas de rotina e outras estratégias de vacinação e, consequentemente, a erradicação, eliminação e o controle de doenças imunopreveníveis. Destaca a importância das funções essenciais e gerenciais do Programa Nacional de Imunizações – PNI e reforça a utilização de ferramentas para sistematização, planejamento e execução das ações de vacinação."

COBERTURA VACINAL

O indicador que se refere a Cobertura Vacinal estima a proporção da população-alvo vacinada, e para seu cálculo, utiliza-se o total de últimas doses do esquema da vacina de interesse, no numerador, dividido pela estimativa da população-alvo, no denominador, multiplicado por 100.

Para a população de menores de 1 (um) ano e de 1 (um) ano, o denominador é extraído do Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc). O impacto epidemiológico causado pela vacina dependerá, principalmente, das taxas de cobertura vacinal e sua homogeneidade.

METAS VACINAIS

O PNI adota estratégias diferenciadas para definição das metas de coberturas vacinais (CV), para cada vacina do calendário de vacinação considera-se a eficácia, a segurança e a efetividade do produto. A meta de cobertura vacinal segue os parâmetros do PNI/MS de 80% para as vacinas contra o HPV Quadrivalente, e meningocócica ACWY Conjugada em adolescentes; 90% para as vacinas BCG, Rotavírus Humano, Influenza e Covid-19; 100% e 95% para as demais vacinas indicadas na rotina do calendário nacional de vacinação.

Diante ao exposto, torna-se importante ressaltar que a vacinação contra Febre Amarela e Tétano não confere imunidade de grupo. A imunidade pela vacinação e doença confere imunidade individual.

HOMOGENEIDADE DE COBERTURA VACINAL

A homogeneidade das coberturas vacinais estima a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas ou a proporção de vacinas com coberturas adequadas no município. Logo, é um importante indicador que relaciona o processo de atividade de vacinação e a homogeneidade, representando a proporção de unidades territoriais que atingiram a cobertura preconizada. A homogeneidade pode ser avaliada comparando unidades federadas, estaduais, municípios, distritos, subdistritos, bairros ou outra unidade territorial.

A homogeneidade de cobertura vacinal entre municípios ou de unidades

territoriais avaliadas tem como relevância concitar a vigilância da situação de determinada vacina, com o propósito de alcançar e/ou manter a cobertura mínima prevista pelo PNI de forma homogênea entre os municípios ou unidades territoriais, para evitar bolsões suscetíveis às doenças imunopreveníveis. Pode ser calculada por meio da seguinte fórmula:

Indicador: Homogeneidade de cobertura Vacinal entre municípios.

$$\text{HCVM} = \frac{\text{Nº de municípios ou unidades territoriais com a cobertura vacinal} \geq \text{à meta prevista pelo PNI em determinado período}}{\text{Nº total de municípios ou unidades territoriais no respectivo período}} \times 100$$

TAXA DE ABANDONO

A taxa de abandono expressa a adesão da população que chegou ao programa de imunização. É estimada pela diferença entre o número de primeiras e de últimas doses do esquema vacinal considerado, dividido pelo número de primeiras doses, multiplicado por 100. Se aplica as vacinas com esquemas de mais de uma dose (multidoses).

Indicador: Taxa de Abandono do esquema vacinal da população do território avaliado.

$$\text{TA} = \frac{\text{Nº de primeiras doses do esquema vacinal} - \text{Nº de últimas doses do esquema vacinal, no respectivo local e período}}{\text{Total de primeiras doses do esquema vacinal, no respectivo local e período}} \times 100$$

COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO NO ANO DE 2023/2024 NO ESTADO DE RORAIMA.

O Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS) é uma unidade integrante da Secretaria da Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) do Ministério da Saúde (MS), sendo ela a base de dados preconizada pelo Ministério da Saúde para monitoramento e acompanhamento das taxas de cobertura vacinal em todo território nacional.

O DEMAS é responsável por desenvolver o monitoramento e avaliação das ações de saúde e pela construção de uma estrutura especializada em produção, qualificação e disseminação de dados e informações estratégicas para gestores,

pesquisadores e cidadãos em prol da melhoria da saúde da sociedade brasileira.

COBERTURA VACINAL REFERENTE AO ANO DE 2023 DO ESTADO DE RORAIMA.

A análise da cobertura vacinal nos municípios do estado de Roraima revela um retrato complexo da saúde pública regional, marcado por profundas desigualdades no acesso e na aderência das ações de imunização infantil. Os dados de 2023, apontam uma expressiva variação nos percentuais de cobertura vacinal entre os municípios, com registros que vão desde índices extremamente baixos, inferiores a 30%, até coberturas que ultrapassam 100%, indicando possíveis distorções populacionais e/ou atendimento de populações migrantes (população flutuante). Essa realidade impõe a necessidade de uma abordagem crítica e analítica, levando em consideração fatores epidemiológicos, socioculturais e geográficos que influenciam diretamente na homogeneidade vacinal do estado e na eficácia das estratégias de controle de doenças imunopreveníveis.

QUADRO 01. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2023).

	BCG	DTP	DTP (1º Reforço)	dTpa Adulto	Febre Amarela	Hepatite A Infantil	Hepatite B	Hepatite B (< 30 Dias)	Meningo C
● Brasil	88,05%	87,60%	79,79%	75,80%	75,39%	84,83%	87,52%	84,60%	90,55%
● Norte	88,67%	79,41%	71,85%	73,27%	65,45%	78,69%	79,31%	85,20%	84,10%
● RR	102,54%	72,96%	63,17%	72,04%	56,75%	75,67%	72,93%	99,08%	70,84%
140002 - Amajari	58,45%	43,19%	37,56%	17,37%	36,62%	44,84%	43,43%	37,32%	48,59%
140005 - Alto Alegre	58,45%	42,77%	38,66%	18,11%	36,23%	50,38%	42,77%	31,35%	44,60%
140010 - Boa Vista	117,53%	73,89%	61,65%	78,03%	53,68%	71,31%	73,89%	117,54%	72,17%
140015 - Bonfim	77,33%	70,41%	58,95%	55,37%	62,53%	68,26%	69,93%	76,61%	73,51%
140017 - Cantá	75,63%	65,27%	56,02%	51,54%	59,94%	58,82%	65,27%	74,51%	75,91%
140020 - Caracarai	72,83%	111,76%	65,27%	62,46%	57,98%	81,79%	112,04%	70,03%	81,51%
140023 - Caroebe	136,79%	91,98%	95,28%	94,34%	88,21%	100,00%	91,98%	141,04%	88,68%
140028 - Iracema	74,69%	55,56%	55,56%	30,86%	80,25%	75,93%	55,56%	62,96%	66,67%
140030 - Mucajai	90,96%	78,81%	65,82%	68,64%	68,36%	73,73%	78,81%	90,68%	82,49%
140040 - Normandia	27,59%	23,68%	18,98%	23,29%	15,85%	20,16%	23,68%	24,27%	23,09%
140045 - Pacaraima	113,55%	155,13%	195,24%	244,14%	158,42%	297,80%	155,31%	89,74%	135,90%
140047 - Rorainópolis	157,52%	93,05%	79,32%	54,51%	72,74%	80,64%	92,48%	161,28%	87,97%
140050 - São João da Baliza	117,32%	106,30%	85,83%	59,06%	66,93%	87,40%	105,51%	114,96%	98,43%
140060 - São Luiz	147,78%	134,44%	86,67%	62,22%	103,33%	87,78%	134,44%	152,22%	123,33%
140070 - Uiramutã	32,33%	22,91%	14,74%	28,95%	19,01%	18,65%	22,74%	26,64%	24,51%

Fonte: DEMAS, MS, 2023.

QUADRO 02. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2023)

	Meningo C (1º Reforço)	Penta (DTP/ HepB/Hib)	Pneumo 10	Pneumo 10 (1º Reforço)	Polio Injetável (VIP)	Polio Oral Bivalente	Rotavírus	Triplíce Viral - 1ª Dose	Triplíce Viral - 2ª Dose	Varicela
● Brasil	88,79%	87,49%	90,68%	85,66%	88,49%	79,72%	87,95%	90,23%	67,95%	72,99%
● Norte	85,32%	79,30%	86,69%	81,10%	81,68%	73,10%	80,43%	83,25%	46,43%	57,72%
● RR	82,30%	72,92%	81,48%	76,21%	73,83%	62,34%	69,43%	83,02%	51,14%	64,24%
140002 - Amajari	42,96%	43,19%	51,17%	46,48%	44,84%	35,45%	37,32%	43,90%	24,41%	26,06%
140005 - Alto Alegre	49,62%	42,77%	48,25%	50,08%	43,38%	38,36%	36,68%	59,67%	17,50%	26,79%
140010 - Boa Vista	78,24%	73,89%	85,57%	70,65%	74,72%	62,58%	76,32%	80,41%	52,20%	58,99%
140015 - Bonfim	84,49%	69,93%	80,19%	68,02%	73,75%	64,44%	76,85%	74,70%	84,25%	93,79%
140017 - Cantá	60,78%	65,27%	84,31%	61,34%	66,11%	56,30%	70,31%	66,11%	36,13%	53,78%
140020 - Caracarai	82,35%	111,76%	84,03%	76,19%	113,45%	69,19%	73,67%	103,08%	43,70%	56,30%
140023 - Caroebe	89,62%	91,98%	83,49%	87,74%	93,87%	97,64%	82,08%	132,55%	35,85%	107,08%
140028 - Iracema	67,90%	55,56%	64,81%	56,79%	54,94%	58,02%	62,96%	70,37%	33,95%	48,15%
140030 - Mucajai	82,77%	78,81%	87,85%	72,88%	79,66%	67,80%	77,68%	77,12%	59,89%	97,46%
140040 - Normandia	27,40%	23,68%	28,18%	26,61%	24,66%	20,35%	22,90%	18,59%	4,50%	13,11%
140045 - Pacaraima	317,77%	155,13%	158,79%	307,88%	154,76%	156,96%	77,11%	275,09%	170,88%	224,54%
140047 - Rorainópolis	91,92%	92,67%	95,30%	89,85%	93,42%	75,19%	89,29%	95,30%	67,86%	105,26%
140050 - São João da Baliza	84,25%	105,51%	102,36%	81,10%	105,51%	87,40%	90,55%	85,83%	18,11%	82,68%
140060 - São Luiz	110,00%	134,44%	127,78%	108,89%	134,44%	84,44%	116,67%	112,22%	72,22%	76,67%
140070 - Uiramutã	26,82%	22,91%	32,50%	25,93%	23,80%	14,92%	23,62%	23,98%	5,33%	12,79%

Fonte: DEMAS, MS, 2023.

A cobertura vacinal dos municípios do estado de Roraima, com base nos dados apresentados, revela um cenário preocupante de heterogeneidade, evidenciando desigualdades profundas entre os territórios. Enquanto alguns municípios, como Boa Vista, Caroebe, Rorainópolis e São Luiz, apresentam coberturas superiores a 90% em diversas vacinas, superando até mesmo os 100% em certos casos, o que pode refletir tanto a imunização de populações flutuantes quanto inconsistências nas estimativas populacionais, outros municípios, como Normandia, Uiramutã e Amajari, apresentam índices alarmantemente baixos, frequentemente abaixo de 30%.

Esse quadro de desigualdade vacinal expõe o estado de Roraima a uma alta vulnerabilidade epidemiológica, sobretudo no que diz respeito às doenças imunopreveníveis. A cobertura vacinal insuficiente em municípios de fronteira e de difícil acesso, como Uiramutã e Normandia, coloca suas populações infantis em risco para doenças como sarampo, poliomielite, difteria e meningite. Cabe lembrar que o estado enfrentou, nos últimos anos, surtos significativos de sarampo relacionados à entrada de migrantes não vacinados, principalmente venezuelanos.

A análise dos dados evidencia que o estado, como um todo, não alcança a homogeneidade vacinal recomendada, que consiste na meta de pelo menos 95% de cobertura em todas as vacinas do calendário básico infantil em todos os municípios. A ausência dessa homogeneidade representa um obstáculo crítico à imunidade coletiva e à prevenção de surtos, e está fortemente relacionada a fatores socioculturais, geográficos e estruturais. Roraima possui vastas áreas rurais e comunidades indígenas com acesso restrito aos serviços de saúde, devido à distância, à precariedade das vias de transporte e à carência de infraestrutura adequada. Além disso, aspectos culturais, como barreiras linguísticas, desconfiança nas instituições de saúde e dinâmicas próprias de organização social, também dificultam a adesão à vacinação em determinadas populações indígenas.

Além das especificidades locais, o estado enfrenta desafios adicionais relacionados à mobilidade populacional. Municípios como Pacaraima, que fazem fronteira direta com países em crise humanitária, como a Venezuela, registram coberturas vacinais superiores a 150% ou até 300% em algumas vacinas. Esses dados refletem, provavelmente, a vacinação de migrantes que, embora não estejam registrados no sistema de nascidos vivos da região, são atendidos pelas ações de saúde pública local. Tal situação reforça a importância de políticas públicas integradas entre saúde e assistência social para lidar com o fluxo migratório sem comprometer os indicadores locais.

Portanto, a análise dos dados vacinais de Roraima revela um estado marcado por disparidades profundas que comprometem a segurança epidemiológica e a equidade em saúde. A ausência de homogeneidade vacinal é um reflexo não apenas de falhas operacionais, mas também de fatores históricos e estruturais que demandam respostas complexas, integradas e contínuas para que o direito à saúde e à imunização seja garantido a todas as crianças, independentemente do território em que vivem.

COBERTURA VACINAL REFERENTE AO ANO DE 2024 DO ESTADO DE RORAIMA.

QUADRO 03. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2024)

	Meningo C (1º Reforço)	Penta (DTP/ HepB/Hib)	Pneumo 10	Pneumo 10 (1º Reforço)	Polio Injetável (VIP)	Polio Oral Bivalente	Rotavírus	Tríplice Viral - 1ª Dose	Tríplice Viral - 2ª Dose	Varicela
• Brasil	88,79%	87,49%	90,68%	85,66%	88,49%	79,72%	87,95%	90,23%	67,95%	72,99%
• Norte	85,32%	79,30%	86,69%	81,10%	81,68%	73,10%	80,43%	83,25%	46,43%	57,72%
• RR	82,30%	72,92%	81,48%	76,21%	73,83%	62,34%	69,43%	83,02%	51,14%	64,24%
140002 - Amajari	42,96%	43,19%	51,17%	46,48%	44,84%	35,45%	37,32%	43,90%	24,41%	26,06%
140005 - Alto Alegre	49,62%	42,77%	48,25%	50,08%	43,38%	38,36%	36,68%	59,67%	17,50%	26,79%
140010 - Boa Vista	78,24%	73,89%	85,57%	70,65%	74,72%	62,58%	76,32%	80,41%	52,20%	58,99%
140015 - Bonfim	84,49%	69,93%	80,19%	68,02%	73,75%	64,44%	76,85%	74,70%	84,25%	93,79%
140017 - Cantá	60,78%	65,27%	84,31%	61,34%	66,11%	56,30%	70,31%	66,11%	36,13%	53,78%
140020 - Caracarái	82,35%	111,76%	84,03%	76,19%	113,45%	69,19%	73,67%	103,08%	43,70%	56,30%
140023 - Caroebe	89,62%	91,98%	83,49%	87,74%	93,87%	97,64%	82,08%	132,55%	35,85%	107,08%
140028 - Iracema	67,90%	55,56%	64,81%	56,79%	54,94%	58,02%	62,96%	70,37%	33,95%	48,15%
140030 - Mucajai	82,77%	78,81%	87,85%	72,88%	79,66%	67,80%	77,12%	59,89%	97,46%	97,46%
140040 - Normandia	27,40%	23,68%	28,18%	26,61%	24,66%	20,35%	22,90%	18,59%	4,50%	13,11%
140045 - Pacaraima	317,77%	155,13%	158,79%	307,88%	154,76%	156,96%	77,11%	275,09%	170,88%	224,54%
140047 - Rorainópolis	91,92%	92,67%	95,30%	89,85%	93,42%	75,19%	89,29%	95,30%	67,86%	105,26%
140050 - São João da Baliza	84,25%	105,51%	102,36%	81,10%	105,51%	87,40%	90,55%	85,83%	18,11%	82,68%
140060 - São Luiz	110,00%	134,44%	127,78%	108,89%	134,44%	84,44%	116,67%	112,22%	72,22%	76,67%
140070 - Uiramutã	26,82%	22,91%	32,50%	25,93%	23,80%	14,92%	23,62%	23,98%	5,33%	12,79%
140060 - São Luiz	119,15%	-	77,66%	110,64%	64,89%	67,02%	109,57%	76,60%	118,09%	
140070 - Uiramutã	37,48%	0,33%	25,70%	32,73%	29,46%	22,26%	25,53%	25,70%	32,57%	

Fonte: DEMAS, MS, 2024.

A cobertura vacinal dos municípios de Roraima em 2024 continua a refletir as profundas desigualdades estruturais e logísticas que historicamente marcam o estado. Os dados analisados mostram um quadro preocupante de descontinuidade e heterogeneidade vacinal, em que algumas localidades atingem ou ultrapassam as metas de cobertura estabelecidas pelo Ministério da Saúde, enquanto outras permanecem com indicadores extremamente baixos, expondo suas populações, especialmente as infantis, a riscos epidemiológicos significativos.

Boa parte dos municípios ainda não atingiu o patamar ideal de 95% de cobertura para as principais vacinas do calendário infantil. Normandia, por exemplo, apresentou em 2024 apenas 35,16% de cobertura da vacina DTP, 27,47% para a febre amarela, 22,90% para rotavírus e 4,50% para a segunda dose da tríplice viral, o que demonstra uma grave deficiência no acesso à imunização. Uiramutã, outro município com características similares e presença significativa de populações indígenas e comunidades isoladas, também apresentou números alarmantes: 25,70%

para DTP, 22,26% para febre amarela, 5,33% para tríplice viral (2ª dose) e 12,79% para varicela. Esses índices estão entre os mais baixos do estado.

QUADRO 04. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2024)

	Meningo C (1º Reforço)	Penta (DTP/ HepB/Hib)	Pneumo 10	Pneumo 10 (1º Reforço)	Polio Injetável (VIP)	Polio Oral Bivalente	Rotavírus	Tríplice Viral - 1ª Dose	Tríplice Viral - 2ª Dose	Varicela
• Brasil	88,79%	87,49%	90,68%	85,66%	88,49%	79,72%	87,95%	90,23%	67,95%	72,99%
• Norte	85,32%	79,30%	86,69%	81,10%	81,68%	73,10%	80,43%	83,25%	46,43%	57,72%
• RR	82,30%	72,92%	81,48%	76,21%	73,83%	62,34%	69,43%	83,02%	51,14%	64,24%
140002 - Amajari	42,96%	43,19%	51,17%	46,48%	44,84%	35,45%	37,32%	43,90%	24,41%	26,06%
140005 - Alto Alegre	49,62%	42,77%	48,25%	50,08%	43,38%	38,36%	36,68%	59,67%	17,50%	26,79%
140010 - Boa Vista	78,24%	73,89%	85,57%	70,65%	74,72%	62,58%	76,32%	80,41%	52,20%	58,99%
140015 - Bonfim	84,49%	69,93%	80,19%	68,02%	73,75%	64,44%	76,85%	74,70%	84,25%	93,79%
140017 - Cantá	60,78%	65,27%	84,31%	61,34%	66,11%	56,30%	70,31%	66,11%	36,13%	53,78%
140020 - Caracarai	82,35%	111,76%	84,03%	76,19%	113,45%	69,19%	73,67%	103,08%	43,70%	56,30%
140023 - Caroebe	89,62%	91,98%	83,49%	87,74%	93,87%	97,64%	82,08%	132,55%	35,85%	107,08%
140028 - Iracema	67,90%	55,56%	64,81%	56,79%	54,94%	58,02%	62,96%	70,37%	33,95%	48,15%
140030 - Mucajaí	82,77%	78,81%	87,85%	72,88%	79,66%	67,80%	77,68%	77,12%	59,89%	97,46%
140040 - Normandia	27,40%	23,68%	28,18%	26,61%	24,66%	20,35%	22,90%	18,59%	4,50%	13,11%
140045 - Pacaraima	317,77%	155,13%	158,79%	307,88%	154,76%	156,96%	77,11%	275,09%	170,88%	224,54%
140047 - Rorainópolis	91,92%	92,67%	95,30%	89,85%	93,42%	75,19%	89,29%	95,30%	67,86%	105,26%
140050 - São João da Baliza	84,25%	105,51%	102,36%	81,10%	105,51%	87,40%	90,55%	85,83%	18,11%	82,68%
140060 - São Luiz	110,00%	134,44%	127,78%	108,89%	134,44%	84,44%	116,67%	112,22%	72,22%	76,67%
140070 - Uiramutã	26,82%	22,91%	32,50%	25,93%	23,80%	14,92%	23,62%	23,98%	5,33%	12,79%

Fonte: DEMAS, MS, 2024.

Por outro lado, municípios com melhor infraestrutura e maior acesso a serviços, como Mucajaí, Rorainópolis, Caroebe e Boa Vista, apresentaram dados significativamente superiores. Mucajaí, por exemplo, registrou 79,51% de cobertura para DTP, 82,77% para o primeiro reforço de Meningo C e 97,45% para varicela. Já Caroebe superou os 100% em alguns imunizantes, com destaque para a vacina contra a hepatite B, aplicada em menores de 30 dias, com 106,90%. Esses números podem estar relacionados ao atendimento de populações flutuantes e migrantes, frequentemente não contabilizadas nas estimativas populacionais locais, o que pode inflacionar os percentuais de cobertura, embora não necessariamente indique excesso de vacinas aplicadas.

Esse fenômeno é particularmente evidente em municípios de fronteira, como Pacaraima, que em 2024 registrou 141,28% de cobertura para DTP, 327,23% para o primeiro reforço da DTP, 276,60% para hepatite A infantil e impressionantes 170,88% para a segunda dose da tríplice viral. Esses índices sugerem que o município está absorvendo uma demanda vacinal muito superior à de sua população residente,

especialmente devido à entrada contínua de migrantes venezuelanos. Roraima é atualmente uma das principais portas de entrada de migrantes da América do Sul para o Brasil, o que transforma localidades como Pacaraima em pontos de pressão sanitária e logística, dificultando o planejamento e o controle adequado das ações de vacinação.

Outro ponto de atenção é a baixíssima cobertura vacinal contra a COVID-19 em crianças, com percentuais praticamente simbólicos em todos os municípios. Boa Vista, a capital, registrou apenas 0,68% de cobertura vacinal para COVID-19 infantil, enquanto Pacaraima e Mucajaí ficaram, respectivamente, em 1,49% e 2,75%, o que revela falhas na comunicação pública sobre a importância da vacinação contra o Coronavírus nessa faixa etária, além da possível resistência da população.

Embora alguns municípios tenham conseguido ampliar suas coberturas em relação a anos anteriores, a análise dos dados de 2024 indica que Roraima não atinge homogeneidade vacinal, apresentando uma realidade profundamente desigual entre os municípios. Essa condição coloca o estado em uma situação de fragilidade epidemiológica permanente, com risco de reintrodução de doenças já controladas, como o sarampo, especialmente considerando seu histórico recente de surtos ligados à mobilidade transfronteiriça.

COBERTURA VACINAL NO ESTADO DE RORAIMA: AVANÇOS E DESAFIOS.

De modo geral o estado de Roraima atingiu a meta de cobertura para vacina BCG, expressando 93,54% de cobertura estadual. Os municípios que alcançaram a meta foram: Boa Vista (102,78%), esse quantitativo maior que 100% é devido a alta população flutuante, Caroebe (107,47%), Pacaraima (139,19%), Rorainópolis (119,01%), São João da Baliza (101,45%) e São Luís (118,09%). Totalizando 6 municípios, 40,00%. No ano de 2024 teve-se mais municípios que atingiram a meta em relação ao ano de 2023.

Para vacina Hepatite B – HB nos primeiros 30 dias ao nascer, o estado apresenta uma cobertura vacinal abaixo da meta recomendada pelo PNI (90,22%), mesmo sendo um valor baixo, teve-se quase 20% no aumento em relação ao ano de 2023. Os municípios que alcançam a meta são: Boa Vista (102,23%), Caroebe (105,17%), Pacaraima (100,00%), Rorainópolis (118,28%), O município de Rorainópolis conta com Maternidade que é referência para a região sul do estado de

Roraima, São João da Baliza (102,17%) e São Luiz (119,15%) e para HB nos menores de 1 ano de idade: o estado de Roraima fica abaixo da meta recomendada (77,03%), Pacaraima (134,89%) que faz fronteira com a Venezuela recebe diariamente cerca de 300 a 400 migrantes na Operação Acolhida, Caroebe (114,37%) e São João da Baliza (97,83%).

Para vacina Rotavírus Humano, apenas um município alcançou a meta: Caroebe (109,20%).

Para a vacina Pneumocócica 10 valente, em <1ano, alcançam a meta: Caroebe (116,09%), Pacaraima (156,60%). Para a mesma vacina (Reforço 1) nas crianças com 1 ano de idade quatro municípios alcançam a meta: Caroebe (112,07%) Mucajaí com (100,31%), Pacaraima (366,60%) e São Luiz (104,26%).

O estado não alcançou a meta de vacinação para nenhum imunobiológico analisado (Quadros 01, 02, 03, 04).

O município de Pacaraima apresenta elevadas coberturas vacinais (acima de 100%) para 17 imunobiológicos avaliados em crianças menores de 1 ano e 1 ano de idade, o que pode, entre outros fatores, ser consequência do atendimento da população migrante (Fronteira com a Venezuela – Cidade gêmea).

Devido ao desabastecimento da vacina tetra viral desde julho de 2020 até 31/12/2023, vem sendo realizado o esquema de substituição composto por tríplice viral + varicela monovalente.

Em relação aos 19 imunobiológicos analisados nos quadros 01, 02, 03 e 04, O município de Pacaraima alcançou homogeneidade de 73,6%, Mucajaí e São Luiz 68,42%, São João da Baliza 42,10%, Caroebe 36,84%, Caracarái com 21,05% e Rorainópolis 15,79 %. Os demais municípios e o estado não alcançam cobertura vacinal adequada para nenhum dos 19 imunobiológicos analisados no ano de 2023. (Quadro 01, 02, 03 e 04).

Com base na análise comparativa dos dados de cobertura vacinal dos municípios de Roraima nos anos de 2023 e 2024, é possível afirmar que o estado enfrenta um quadro persistente de desigualdade e descontinuidade dos esquemas de imunização, refletido em baixos índices de homogeneidade vacinal e na vulnerabilidade de grupos populacionais específicos. Apesar de avanços pontuais em alguns municípios, como o aumento da cobertura em vacinas essenciais em locais como Mucajaí, Rorainópolis e Caroebe, o panorama geral permanece crítico, especialmente em áreas de difícil acesso, com predominância de comunidades

indígenas e em zonas de fronteira, como Uiramutã e Normandia, onde os percentuais se mantêm significativamente abaixo dos 50% para a maioria dos imunizantes em ambos os anos.

Além disso, observa-se a continuidade de um fenômeno característico do estado: as coberturas superiores a 100% em alguns municípios, como Pacaraima, São João da Baliza, São Luiz e Caroebe, atribuídas à intensa mobilidade populacional e ao atendimento de grupos migrantes que não estão formalmente registrados nos sistemas de informação locais. Esse aspecto evidencia um desafio duplo: por um lado, demonstra a capacidade de resposta do sistema de saúde frente à demanda espontânea; por outro, expõe as limitações das estimativas populacionais que comprometem o planejamento e a avaliação das políticas públicas.

As baixas coberturas vacinais registradas nos dois anos consecutivos apontam ainda para problemas estruturais que não foram superados, como a escassez de profissionais capacitados, falhas logísticas na distribuição de imunobiológicos, barreiras linguísticas e culturais no atendimento às populações indígenas, além da fragilidade das campanhas de comunicação em saúde, especialmente no que se refere à vacinação contra a COVID-19. Em ambos os anos, os índices dessa vacina ficaram muito abaixo do esperado, revelando resistência e/ou desconhecimento da população-alvo, mesmo diante a mobilização das autoridades locais para sensibilização populacional e diminuição da hesitação vacinal.

Diante desse cenário, a consolidação de uma política vacinal eficaz em Roraima exige ações intersetoriais, contínuas e territorializadas, que levem em conta as especificidades socioculturais e geográficas de cada município. Com base nisto, o estado vem trabalhando em medidas que revertam o cenário epidemiológico apresentado, como; fortalecimento da atenção primária à saúde, promoção de estratégias de busca ativa em territórios indígenas e rurais, melhoria dos sistemas de informação e garantia de recursos humanos e financeiros adequados para manter a regularidade e qualidade das campanhas de vacinação. Sendo assim, espera-se a reversão do atual quadro de desigualdade e avanço rumo a uma cobertura vacinal equânime, segura e sustentável em todo o estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade**. Brasília: Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e

Ambiente. Secretaria de Atenção primária à Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. 2023, p.9).

BRASIL. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_MENU_COVID/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_MENU_COVID.html. Acesso em jul 2025.

6.8 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença contagiosa e crônica, onde o período de incubação pode durar cinco anos ou mais e é causada pela bactéria denominada *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), esse bacilo tem preferência pelos nervos periféricos, olhos e pele. A doença tem quatro tipos principais: indeterminada, tuberculoide, virchowiana e dimorfa, no qual, os sintomas e suas características refletem a resposta imunológica do indivíduo à infecção.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2023, foram registrados 182.815 casos novos da doença, aumento de 5,0% em relação a 2022. A Índia, o Brasil e a Indonésia concentraram 79,3% dos casos novos detectados. A detecção de casos novos em <15 anos, que indica transmissão ativa da doença, totalizou 10.322 casos. Entre os principais países prioritários, o Brasil destacou-se com o segundo lugar em número de casos novos da doença (n=22.773), aumento de 16,0% em relação a 2022 (BRASIL, 2025).

A hanseníase pode atingir pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade, entretanto temos alguns fatores que podem potencializar a transmissão e dificultar o tratamento ou o diagnóstico precoce, são eles: vulnerabilidade, preconceito, falta de conhecimento da população e dos profissionais de saúde, dentre outros fatores. Ressaltamos que esses problemas podem resultar em impactos irreversíveis na vida do paciente, pois segundo a OMS, no Brasil, o aumento de casos com grau 2 de incapacidade no ato do diagnóstico de hanseníase, foi de 16,0% em 2023 em relação a 2022 e esse dado reflete a qualidade do serviço de saúde e a falta de conhecimento da população em geral.

O objetivo do Núcleo de Controle a Hanseníase de Roraima (NCHR) é manter o desenvolvimento da política nacional para o controle da hanseníase no Estado. Dentre as atribuições do NCH está capacitar os profissionais da rede básica e especializada para desenvolver e implementar ações que contribuam para o diagnóstico precoce, tratamento correto e completo, prevenção de incapacidades e todas as ações que diminuam o impacto da doença no paciente e para saúde pública.

DOENÇAS EM ELIMINAÇÕES

As doenças em eliminações, em termos de saúde pública, são doenças que o Brasil buscar erradicar ou minimizar significativamente a incidência, são elas: oncocercose, filariose, esquistossomose, tracoma e geo-helmintíase.

Roraima não é considerada região endêmica para maioria delas, apenas para oncocercose é considerada endêmica devido a população indígena yanomami e venezuelana. Entretanto, no relatório epidemiológico em questão, será abordado apenas sobre a hanseníase e seu perfil nos últimos dez anos (2015-2024) no cenário do Brasil e em Roraima.

HANSENÍASE

A hanseníase é considerada como um importante desafio em saúde pública, pois ainda existe muito estigma, preconceito, medo e falta de conhecimento em relação a doença. A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica que, embora curável, ainda permanece endêmica em várias regiões do mundo, principalmente na Índia, no Brasil e na Indonésia. Está associada à pobreza e ao acesso precário a moradia, alimentação, cuidados de saúde e educação. (BRASIL, 2022)

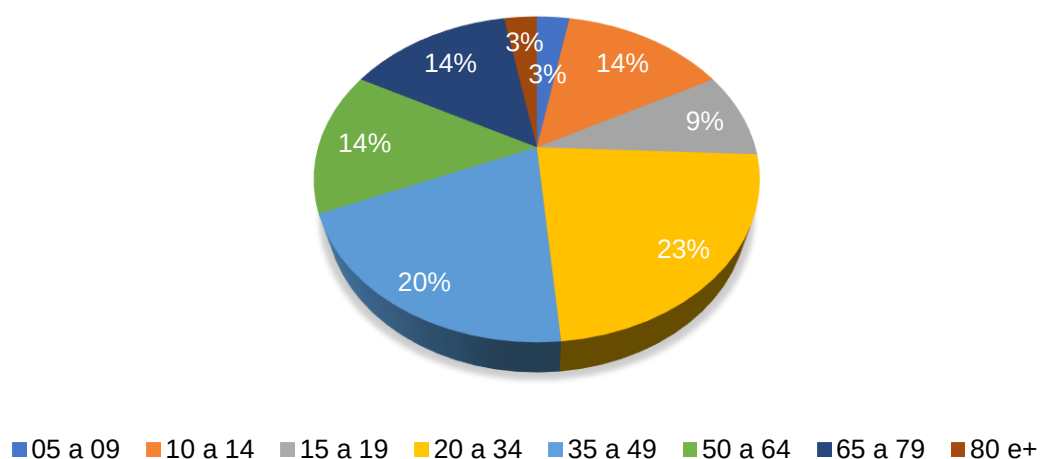
O diagnóstico da hanseníase é eminentemente clínico, entretanto pode ser realizado alguns exames complementares para auxílio na investigação diagnóstica em casos duvidosos, esse diagnóstico deve ser realizado na Atenção Primária de Saúde (APS) ou por intermédio da mesma, mas em casos que o profissional se sinta inseguro ou for uma situação mais complexa, pode ser realizado o encaminhamento para Atenção Especializada de Saúde (AES), em Roraima o atendimento da AES ocorre na Policlínica Cel. Mota.

É uma doença que pode atingir pessoas de todas as idades e sexo, entretanto, tem predominância por pessoas do sexo masculino, a causa dessa preferência ainda é desconhecida. Nos últimos dez anos (2015 a 2024), segundo o Ministério da Saúde (MS), foram diagnosticados 244.193 casos de hanseníase no Brasil, sendo 55,6% dos casos em pessoas do sexo masculino, com idades de 0 a mais de 80 anos, porém predomina a faixa etária de 50 a 59 anos e nas pessoas do sexo feminino a maior frequência foi na população de 40 a 49 anos

Já em Roraima, segundo o MS, nos últimos dez anos (2015 a 2024) foram 720

casos novos de hanseníase diagnosticados, onde 64,7% foram pessoas do sexo masculino e 35,3% no sexo feminino, ambas com a mesma frequência de faixa etária relatada para população brasileira. Entretanto, ao analisar os dados apenas de 2024, em Roraima foram notificados 35 pacientes, sendo 57% do sexo masculino e 43% do sexo feminino, com prevalência na população com faixa etária de 20 a 34 anos (figura 01) e as menores quantidades nos pacientes de 5 a 9 anos e acima de 80 anos, ficaram com percentual de 3% apenas, para o período.

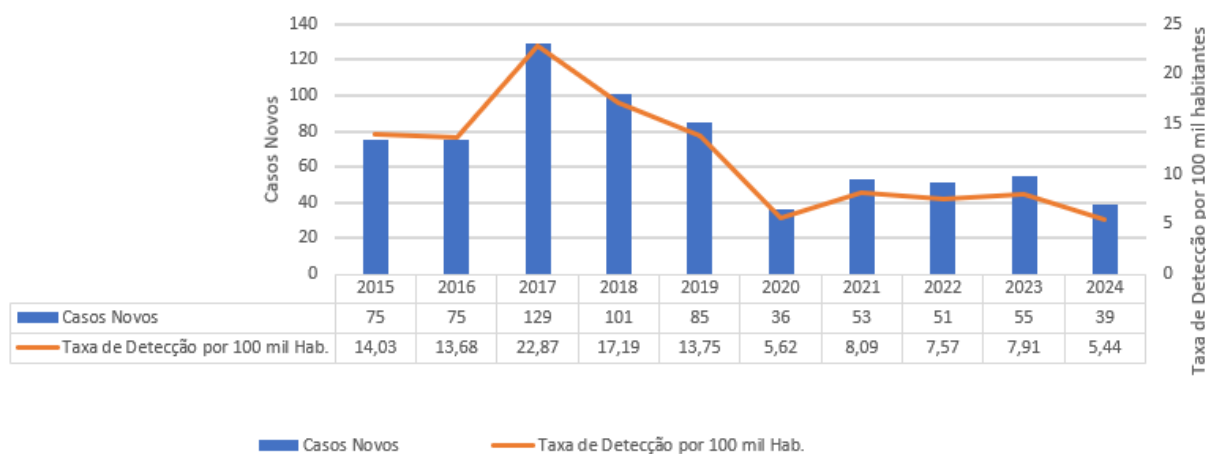
Figura 01. Percentual de casos de hanseníase por Faixa etária em Roraima, 2024



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

Considerando a taxa de detecção de casos novos por 100.000 habitantes, temos um indicador que determina a força da morbidade, magnitude e tendência da hanseníase no período 2015 a 2025 em Roraima (Figura 02). Podendo ser utilizado como parâmetro para realização de ações de vigilância epidemiológica e controle da doença.

Figura 02. Taxa de detecção de casos novos por 100.000 habitantes em Roraima, 2015 - 2024



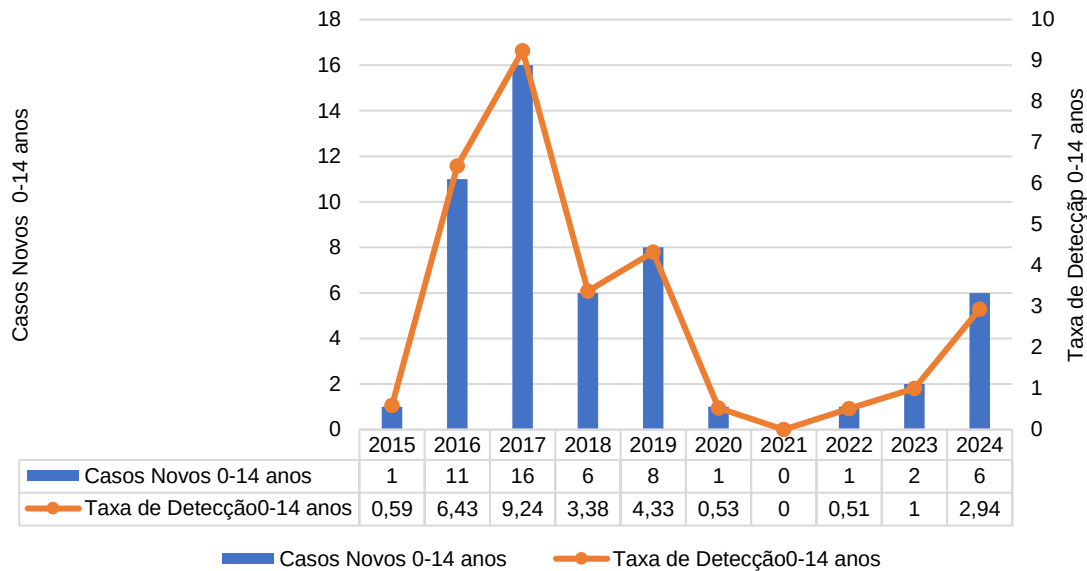
Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações. Tabnet DataSUS/IBGE.

Com base nos dados acima, podemos perceber que houve uma oscilação na taxa de detecção no decorrer dos últimos dez anos, indicando o ano de 2017 como o mais crítico com taxa de 22,87/100.000 habitantes e conforme os parâmetros preconizados pelo MS esse coeficiente é considerado “muito alto” (20,00 a 39,99/100.000 hab.), contudo ao analisar o ano de 2024, tivemos melhora e a taxa foi de 5,44/100.000 habitantes, indicando um parâmetro “médio” (2,00 a 9,99/100.000 hab). Porém com base nos dados, acredita-se que a diminuição nessas taxas de detecção de casos novos possa está ocorrendo devido uma possível sub notificação da doença em Roraima, essa conclusão é devido ao resultado de alguns indicadores, como a proporção de casos novos com incapacidade física e o coeficiente de quantidade de casos novos em pacientes abaixo de 15 anos, que no período de 2015 a 2024 ficou com coeficiente de 2,79/100 mil habitantes, sendo considerado “alto”, segundo os parâmetros preconizados pelo MS .

Quando o diagnóstico não é realizado de forma precoce, pode acarretar algumas complicações para o paciente, mas principalmente aumentar a transmissibilidade. Um dos indicadores que podemos avaliar a força de transmissão recente da endemia e suas tendências é o indicador de taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a quatorze anos por cem mil habitantes. Considerando esse indicador, no período de 2015 a 2024, Roraima ficou alguns anos com coeficiente acima do parâmetro estipulado pelo MS que deveria ser abaixo de 0,50/100.000 habitantes, como podemos visualizar (figura 03), o ano

de 2017 se destacou negativamente, com indicador “muito alto” (5,00 a 9,99/100.000 habitantes), ficando com taxa de 9,24/100.000 habitantes. Em 2024, a taxa foi 2,94/100.000 habitantes, o que indica parâmetro “alto” (2,50 a 4,99/100.000 habitantes), podemos perceber melhora se compararmos um ano ao outro mais ainda bem distante do parâmetro ideal, indicando necessidade de melhoria nas ações como realizar uma busca ativa mais eficaz, orientar a autoavaliação, realizar as profilaxias preconizadas pelo MS e conseguir definitivamente eliminar a transmissibilidade em toda a população.

Figura 03. Taxa de detecção de casos novos (por 100.000 habitantes), na população de 0 a 14 anos, em Roraima, 2015-2024



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações. Tabnet DataSUS/IBGE.

Considerando que podemos mensurar a qualidade dos atendimentos dos serviços de saúde pela proporção dos casos novos com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, os indicadores mostram que Roraima no compilado do período de 2015 a 2024 ficou com parâmetro considerado “regular” (75% a 89,9%), pois ficou com 75% dos pacientes avaliados no período (quadro 01). Ao analisar a informação por município, identificamos que alguns municípios precisam melhorar a realização de avaliações de incapacidade física e até mesmo a realização do diagnóstico, pois alguns municípios durante os dez anos avaliados não tiveram nenhum caso novo, apenas entradas de outros modos, como por exemplo, entradas apenas pelo modo transferências.

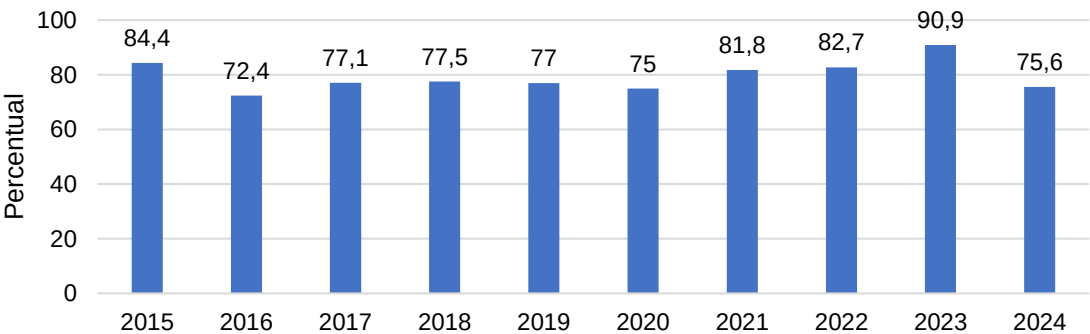
Quadro 01. Número e proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no momento do diagnóstico por município em Roraima, 2015 a 2024.

Município	Não Avaliados	Avaliados	% Avaliados	Total
Alto Alegre	0	0	0	0
Amajari	1	1	50	2
Boa Vista	1	21	84	25
Bonfim	0	0	0	0
Cantá	1	3	75	4
Caracaraí	2	0	0	2
Caroebe	0	3	100	3
Iracema	0	0	0	0
Mucajá	0	1	100	1
Normandia	0	0	0	0
Pacaraima	0	0	0	0
Rorainópolis	0	7	58,3	12
São João da Baliza	0	1	100	1
São Luiz	0	2	100	2
Uiramutã	0	0	0	0
Total	5	39	75	52

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

O tipo da classificação operacional multibacilar (MB) é a forma da doença que pode ser transmissível. Ao analisar os dados do Estado de Roraima nos últimos dez anos, notamos que o maior índice de pacientes MB foi no ano de 2023 com 90,9% (figura 04), mas em todos os anos esse percentual ficou acima de 70%. Contudo, para que essa doença seja eliminada se faz necessário a interrupção das transmissões e que todos os pacientes sejam diagnosticados de forma precoce, realizando os tratamentos corretos e completos e de preferência que sua alta seja por cura.

Figura 04. Proporção de casos novos de hanseníase multibacilar em Roraima, 2015-2024

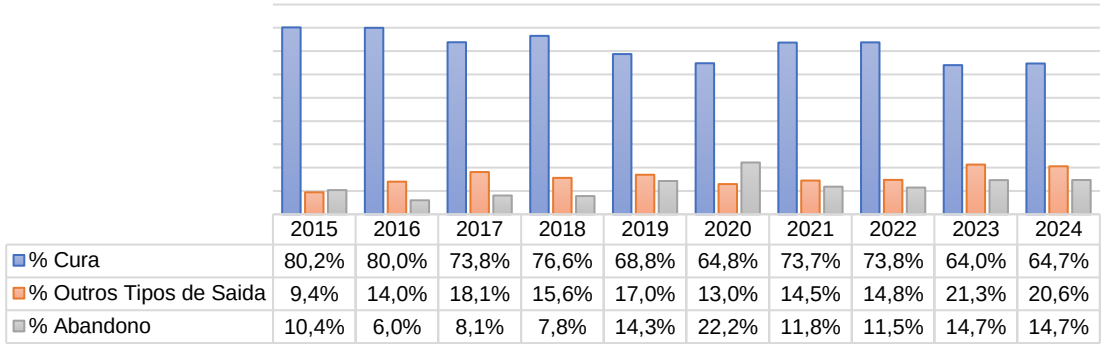


Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

O tipo de saída é o motivo no qual o paciente não continuou com o tratamento, podendo ser por cura, transferências (cidade, estado ou país), óbito ou abandono ao tratamento, e esse indicativo pode ser utilizado também para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos diagnosticados, bem como a efetividade do tratamento. Segundo o MS, durante o período 2014-2023, No Brasil, 14.766 casos tiveram o abandono como situação de encerramento. Destes, 78,1% (n=11.533) eram multibacilares e 7,5% (n=1.102) apresentaram grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico (BRASIL, 2025).

Em Roraima, em análise aos últimos dez anos podemos perceber que o ano com maior índice de abandono, foi em 2020, no qual acreditamos que pode ter sido consequência da pandemia de Covid-19, ficando com um percentual de 22,2% de abandono (Figura 05), entretanto no geral, o que podemos perceber é que o percentual de cura foi decrescente, onde 2015 com 80,2% e 2024 com 64,7%. Com isso, as taxas de saídas por outros motivos e abandono foram inversamente proporcionais, sendo o tipo de saída por cura decrescente e as demais saídas crescentes no mesmo período.

Figura 05. Percentual dos tipos de saídas dos tratamentos de hanseníase em Roraima, 2015-2024

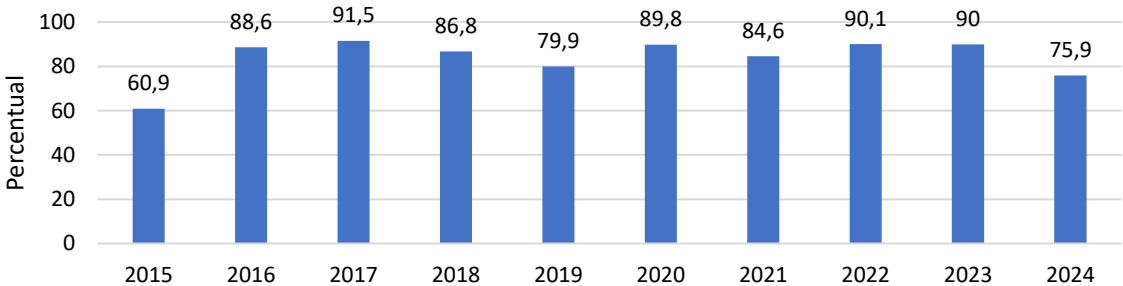


Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

O diagnóstico da hanseníase deve ser precoce, e uma ferramenta que auxilia nessa busca ativa, é examinar as pessoas que tiveram contato prolongado com o paciente diagnosticado com hanseníase nos últimos anos. Com base nos dados, se compararmos o ano de 2015 ao ano de 2024 tivemos uma melhora significativa em Roraima (figura 06), ficando o ano de 2017 com a melhor eficiência de pacientes examinados. Entretanto, se compararmos 2024 aos outros anos como 2017, 2022 ou 2023, percebemos que temos uma excelente oportunidade de melhora, porém

é necessário o engajamento dos profissionais de saúde com a população.

Figura 06. Proporção de contatos examinados em casos novos de hanseníase em Roraima, 2015-2024



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

Através dos dados, observamos que em 2024 tivemos casos novos apenas em cinco municípios do Estado de Roraima, são eles: Rorainópolis e São João da Baliza com 100% de contatos examinados (Quadro 02), o que é bem importante para o diagnóstico precoce, reduzir sequelas e todos os demais benefícios. Já nos demais municípios, fica o alerta para melhorar as ações, inclusive capacitação dos profissionais e engajamento da população na luta para eliminar a hanseníase.

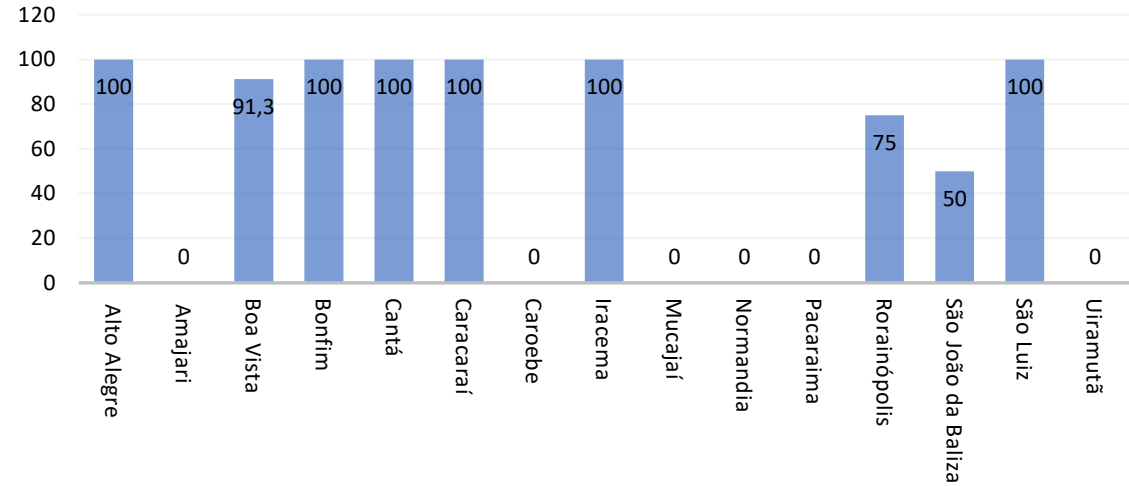
Quadro 02. Proporção de contatos examinados em casos novos de hanseníase por município em Roraima em 2024

Municípios Notificadores	Número de casos novos	Contatos Registrados	Contatos Examinados	% Contatos Examinados
Alto Alegre	0	0	0	0
Amajari	0	0	0	0
Boa Vista	11	55	44	80
Bonfim	0	0	0	0
Cantá	1	11	10	90,9
Caracaraí	0	0	0	0
Caroebe	0	0	0	0
Iracema	0	0	0	0
Mucajá	0	0	0	0
Normandia	0	0	0	0
Pacaraima	0	0	0	0
Rorainópolis	2	3	3	100
São João da Baliza	3	9	9	100
São Luiz	3	9	0	0
Uiramutã	0	0	0	0
Total	20	87	66	75,9

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

Durante o período 2014-2023, segundo o MS, no Brasil, observou-se queda de 5,1% na proporção de cura de hanseníase em casos novos (de 82,7% para 78,5%), mantendo-se no parâmetro “regular”. Todas as regiões do país apresentaram queda desse indicador. O Sul destacou-se com queda de 8,8% (de 87,3% em 2014 para 79,6% em 2023), em 2023, Acre (92,1%), Sergipe (91,9%) e Amazonas (90,3%) apresentaram parâmetro “bom” com relação à cura ($\geq 90\%$ de cura). Bahia (74,6%), Pernambuco (73,9%), Minas Gerais (73,6%), Distrito Federal (71,7%), Mato Grosso (69,7%) e Rio Grande do Sul (63,2%) foram classificados com o parâmetro “precário”, ou seja, $< 75\%$ de cura (BRASIL, 2025).

Figura 07. Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes em Roraima, 2024



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações.

Em 2024, Roraima apresentou um índice de cura em casos novos nos anos de coorte de 82,1%, ficando com o parâmetro “regular”. Sendo que alguns municípios como Alto Alegre, Bonfim, Cantá, Caracaraí, Iracema e São Luiz obtiveram resultados excelentes, com cem por cento de cura, um resultado super positivo (Figura 07). Já as demais precisam melhorar a abordagem com os pacientes e o acompanhamento dos tratamentos, pois São João da Baliza ficou com parâmetro precário e Normandia teve três casos nesse período que tiveram alta por abandono, ficando com 0% de cura. Os demais que estão zerados no quadro, não tiveram casos novos no período analisado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório epidemiológico de hanseníase. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Acesso em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hanseniose-numero-especial-jan-2025.pdf>. Acesso em 29 de julho de 2025. Acesso: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>. acesso em 29 de julho de 2025

6.9 DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

As doenças de transmissão hídrica e alimentar representam um importante problema de saúde pública e está intimamente relacionada à infraestrutura sanitária inadequada, bem como falta de acesso a água tratada, condições precárias de manipulação de alimentos, sem respeitar as boas práticas de manipulação.

Os agentes infecciosos envolvidos podem incluir vírus, bactérias, protozoários, parasitas e toxinas que são transmitidos através da água e alimentos contaminados e acarretam doenças como as diarreias agudas, cólera, febre tifoide, botulismo, toxoplasmose, rotavírus, síndrome hemolítico – urêmica, dentre outras que não fazem parte do monitoramento por este núcleo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2024), as doenças diarreicas são a terceira principal causa de morte em crianças menores de 5 anos, representando 443.832 mortes a cada ano e os principais desafios no seu controle estão ligados a fatores sociais, estruturais e ambientais.

No Brasil, segundo Ministério da Saúde (2025), o país registrou um recorde de mais de 8 milhões de casos, enquanto 2023 foram contabilizados mais de 5,5 mil óbitos por doença diarreica aguda (DDA).

Portanto, a vigilância epidemiológica da DDA tem a função de identificar surtos, monitorar casos e orientar ações de prevenção e controle. Baseado nas atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Controle de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – NCDTHA, o objetivo deste relatório é apresentar a situação epidemiológica das doenças monitoradas, descrevendo a frequência, local e perfil dos acometidos.

VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS HÍDRICA E ALIMENTAR

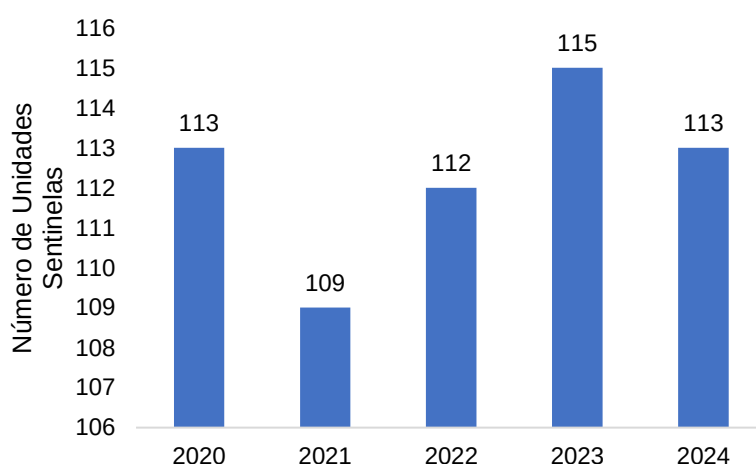
O Núcleo de Controle das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – NCDTHA, monitoram as seguintes doenças: doença diarreica aguda, rotavírus, toxoplasmose congênita e toxoplasmose adquirida na gestação, febre tifoide, cólera, botulismo e síndrome hemolítico-urêmica (SHU).

VIGILÂNCIA DAS DIARREIAS

A vigilância das doenças diarreicas aguda, se dá através do SIVEP/DDA, pela notificação de casos atendidos nas unidades básicas de saúde do estado de Roraima, cadastradas como Unidades Sentinelas. Ao todo, estão cadastradas 113 unidades sentinelas. Através do monitoramento do SIVEP é possível conhecer a distribuição por faixa etária, número de casos por município e o plano de tratamento instituído.

O gráfico 1, representa o quantitativo de unidades sentinelas cadastradas de 2020 a 2024. O aumento do número de unidades a partir de 2019, melhorou a vigilância dos casos de diarreia aguda.

Gráfico 1. Número de unidades que atendem diarreia, RR de 2020 a 2024



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU– 14/07/2025

Os municípios de Amajari, Boa Vista, Caroebe e São João da Baliza tiveram aumento no número de unidades sentinela cadastradas, enquanto Cantá, Iracema e Rorainópolis apresentaram redução no número de unidades. (Tabela1)

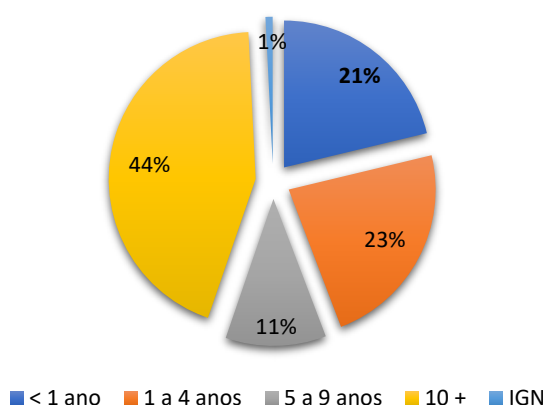
Tabela 1- Número de unidades sentinelas para diarreias agudas por município no estado de Roraima, 2020 a 2024.

Município	2020	2021	2022	2023	2024
ALTO ALEGRE	7	7	7	7	7
AMAJARI	4	5	5	5	5
BOA VISTA	39	38	38	39	40
BONFIM	7	7	7	7	7
CANTA	17	11	13	11	11
CARACARAI	5	8	10	10	10
CAROEBE	3	3	3	4	4
IRACEMA	3	3	3	3	2
MUCAJAI	2	1	1	1	1
NORMANDIA	2	2	2	2	2
PACARAIMA	2	2	1	3	3
RORAINOPOLIS	13	13	13	13	11
SAO JOAO DA BALIZA	3	3	3	4	4
SAO LUIZ	3	3	3	3	3
UIRAMUTA	3	3	3	3	3
Total	113	109	112	115	113

Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 14/07/2025

Quanto a distribuição dos casos de diarreia por faixa etária, no período de 2020 a 2024, observa-se que a maioria dos casos se concentra em maiores de 10 anos, representando 44% (n=55.465), seguidos de crianças de 1 a 4 anos, 23% (n=28.970), os menores de 1 anos representam 21% (n=26.814), a população de 5 a 9 anos são atingidas em 11% (n=13.959) dos casos e 1% (n=996) teve a idade ignorada. (Gráfico 2).

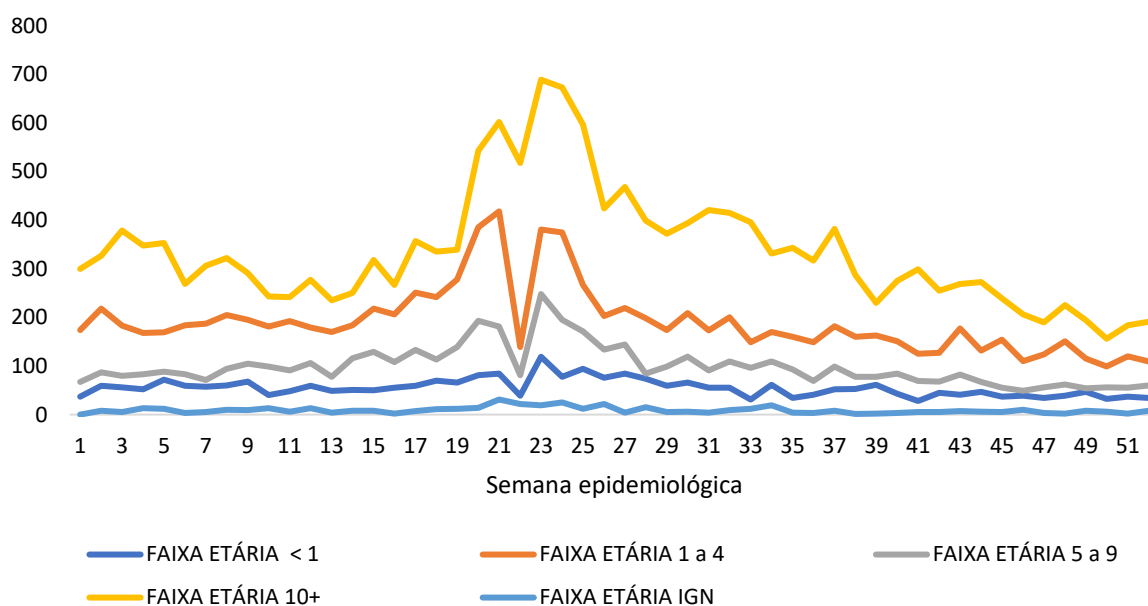
Gráfico 2. Proporção de casos de diarreia por faixa etária, Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 14/07/2025

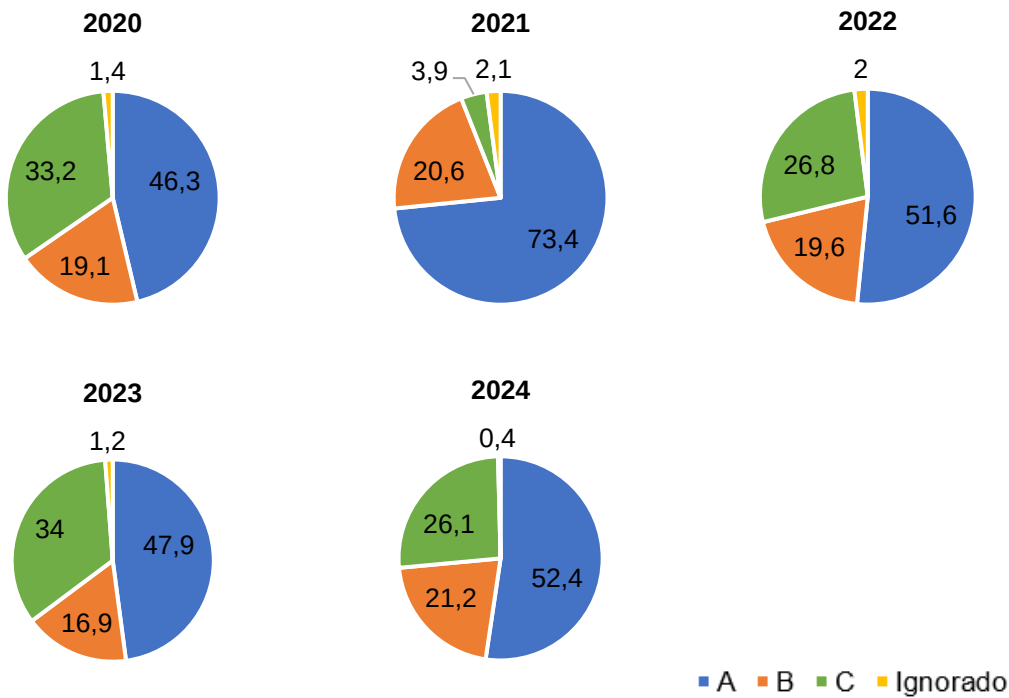
Ao observar a distribuição no tempo, no ano de 2024, houve o aumento de casos em todas as faixas etárias a partir da semana 23 até a semana 27, período que coincide com o aumento da precipitação de chuvas no estado, podendo estar relacionado aos alagamentos, cheias e transbordamento dos rios, que podem contribuir para a contaminação de fontes de abastecimento de água e aumento de proliferação de vetores. (Gráfico 3)

Gráfico 3 – Número de casos de doença Diarreica aguda segundo semana epidemiológica e faixa etária, RR, 2024



Os planos de tratamento referem-se ao nível de assistência prestado ao usuário no momento do atendimento, refletindo a gravidade do quadro clínico e está estratificado em A, B e C. O plano de tratamento A é indicado para casos iniciais, quando ainda não há sinais de desidratação, com o objetivo de preveni-la. O plano B, utilizado em casos de desidratação leve e tem como objetivo de tratá-la por via oral na unidade de saúde. O plano C é instituído quando a desidratação já está instalada, utiliza-se, neste caso, a hidratação intravenosa na unidade hospitalar. Baseado na descrição acima, observou-se que 53% (n=55.480) dos casos receberam tratamento A, 26% (n=27.588) plano de tratamento C e 20% (n=20.582) receberam plano de tratamento B. Portanto, mais da metade dos casos receberam tratamento do plano A em domicílio, ou seja, apresentaram diarreia sem desidratação, no entanto, 26% desenvolveram desidratação grave necessitando de hidratação venosa. (Gráfico 4)

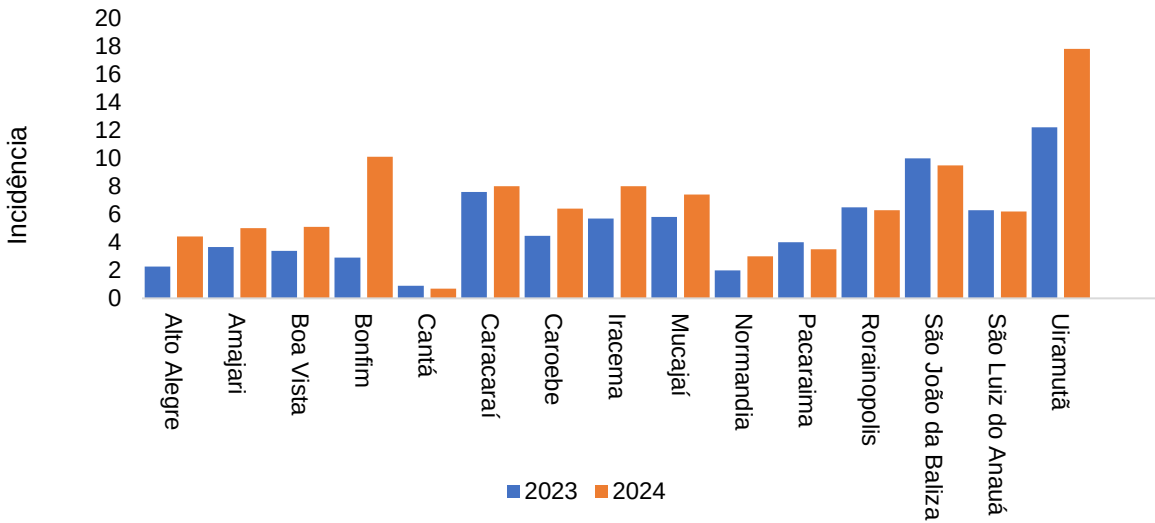
Gráfico 4. Proporção de plano de tratamento de diarreias, Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 15/07/2025

A taxa de incidência de síndrome diarreica aguda por município, foi maior no município de Uiramutã por dois anos consecutivos. O município de Bonfim apresentou um aumento expressivo em 2024 comparado ao ano anterior. O município que apresentou a menor taxa de incidência por 100 mil habitantes foi Cantá (Gráfico 5).

Gráfico 5- Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de DDA por município, Roraima – 2023 e 2024



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR - 16/07/2025

Conforme demonstrado na tabela 2, houve um aumento na taxa de incidência no ano de 2024 comparado ao ano de 2023, destacando-se expressivamente o município de Bonfim com taxa de incidência em 2024 de 10% (n=1.407), representando um aumento de quase 300% no número de casos, passando de 473 casos em 2023 para 1407 casos em 2024. O município de Uiramutã permanece com a maior taxa de incidência 17,8% (n=2.450). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) reportam que a população do município de Uiramutã é composta por 96,6% de indígenas sendo 78,25% residentes na área rural e 20,99% das residências possuem rede geral de distribuição de água, poço, fonte, nascente, ou mina encanada até dentro do domicílio e, apenas 1,24% das residências possuem fossa séptica, no entanto, 98,76% possuem fossa rudimentar, buraco, vala, rio ou córrego ou não possuem esgotamento. Em apenas 10,43% das residências o lixo é coletado por serviço de limpeza e em 89,57% dos domicílios o lixo é queimado na propriedade, enterrado ou jogado em terreno baldio. Esses fatores favorecem a contaminação do lençol freático, podendo atingir as principais fontes de abastecimento de água como os poços ou fontes de nascentes, além de facilitar a proliferação de vetores disseminantes de contaminação, aumentando o risco para surtos de doenças diarreicas aguda, entre outras.

Tabela 2- Taxa de Incidência de diarreias (por 100 mil/hab) por município, Roraima, 2023 e 2024

Município	2023		2024	
	Casos de DDA	Taxa de incidência 100 mil/hab	Casos de DDA	Taxa de incidência 100 mil/hab
Alto alegre	533	2,26	934	4,42
Amajari	624	3,67	702	5
Boa Vista	13.852	3,39	21.333	5,1
Bonfim	473	2,92	1407	10,1
Cantá	178	0,9	134	0,7
Caracaraí	1.579	7,6	1.681	8
Caroebe	471	4,46	681	6,4
Iracema	625	5,7	803	8
Mucajá	984	5,8	1.346	7,4
Normandia	310	2	423	3
Pacaraima	796	4	678	3,5
Rorainópolis	1.950	6,5	2.059	6,3
São João da Baliza	806	10	848	9,5
São Luiz do Anauá	394	6,3	460	6,2
Uiramutã	1.692	12,2	2.450	17,8
Total	25.267	3,98	35.939	5,64

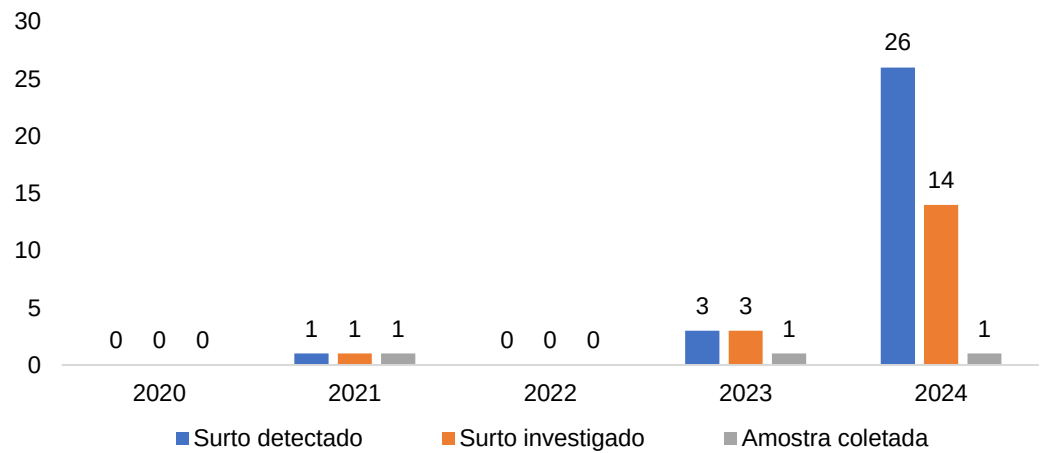
Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR - 16/07/2025 IBGE. CDT – 18/07/2025

O município de são João da Baliza apresenta taxa de incidência de 9,5% (n=848) e permanece uma das mais altas do estado desde 2023. Em contrapartida, Cantá apresenta taxa de incidência 0,7% (n=134), ou seja, a menor taxa de incidência do estado por dois anos consecutivos, sugerindo uma subnotificação para os casos de doença diarreica aguda ocorridos naquele município.

VIGILÂNCIA DE SURTO

No ano de 2024 foram detectados 26 surtos pelo monitoramento das doenças diarreicas aguda MDDA/SIVEP comparado aos anos anteriores houve expressivo aumento na ocorrência de surtos. O gráfico 5, representa o total de surtos de doença diarreica detectados no SIVEP de 2020 a 2024. Destes, 14 foram investigados e apenas um teve amostra coletada (Gráfico 6).

Gráfico 6. Total de surtos detectados, investigados e amostras coletadas, RR, 2020 a 2024.



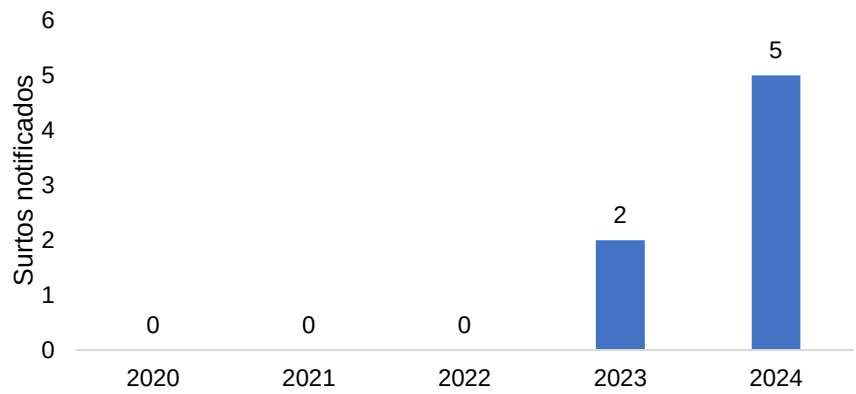
Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU - 14/07/2025

Na base de dados do Sinan, constam apenas 5 surtos notificados dos 26 detectados pelo SIVEP, reforçando a necessidade de fortalecimento das vigilâncias municipais para a detecção de surtos e investigação dos mesmos, bem como a inclusão no Sinan. Os surtos notificados no Sinan no ano de 2023 ocorreram no município de Amajari (n=1) e Boa Vista (n=1). No ano de 2024 ocorreram no Cantá (n=2), Boa Vista (n=1), Bonfim (n=1) e Uiramutã (n=1). (Gráfico 7)

Comparando dados entre os dois sistemas de informação citados, percebe-se uma subnotificação no Sinan dos surtos detectados, prejudicando a análise

epidemiológica, uma vez que, no SIVEP não são informados dados da investigação do surto.

Gráfico 7- Surtos de Síndrome diarreica aguda notificados no Sinan, Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SINAN/CGVS/SESAU – 22/07/2025

A tabela 3, apresenta a série histórica de 2020 a 2024 dos casos notificados e confirmados das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DTHA, cujos dados serão discutidos nos tópicos das doenças.

Tabela 3. Casos notificados de DTHA em Roraima, 2020 a 2024

Agravo	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
	NOTIFICADOS					CONFIRMADOS				
DDA	15.212	16.013	17.073	25.267	35.939	15.212	16.013	17.073	25.267	35.939
Rotavírus	2	0	1	3	36	0	0	0	3	18
Toxoplasmose gestacional	98	140	157	90	80	83	114	143	90	80
Toxoplasmose congênita	10	16	11	34	56	8	15	11	34	54
Febre tifoide	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 18/07/2025

Os óbitos ocorridos por doenças de transmissão hídrica e alimentar no estado de Roraima de 2020 a 2024, foram classificados com os seguintes CID, A04 - Outras infecções intestinais bacterianas; A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível; A81.0 – Doença de Creutzfeldt-Jakob; P37.1- Toxoplasmose congênita; O98.6- Doença causada por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério/toxoplasmose gestacional.

Tabela 4- Óbitos segundo causa básica, Roraima, 2020 a 2024

Causa básica do óbito	2020	2021	2022	2023	2024
Outras infecções intestinais bacterianas	0	3	6	3	2
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	18	25	34	45	28
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	1	0	1	0
Toxoplasmose congênita	0	0	1	0	0
Doença causada por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério/toxoplasmose gestacional	0	0	1	0	0

Fonte: SIM/CGVS/SESAU – 22/07/2025

De acordo com a tabela 4, observa-se que a causa básica de óbito mais frequente no período analisado foi por Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID A09). O ano de maior ocorrência foi 2023 nos municípios de Alto Alegre 35,5% (n=16) e Boa Vista com 33,3% (n=15). Destaca-se os óbitos por Doença de Creutzfeldt-Jakob ocorridos em 2021 e 2023 e os óbitos por toxoplasmose congênita e toxoplasmose adquirida na gestação ocorridos em 2022.

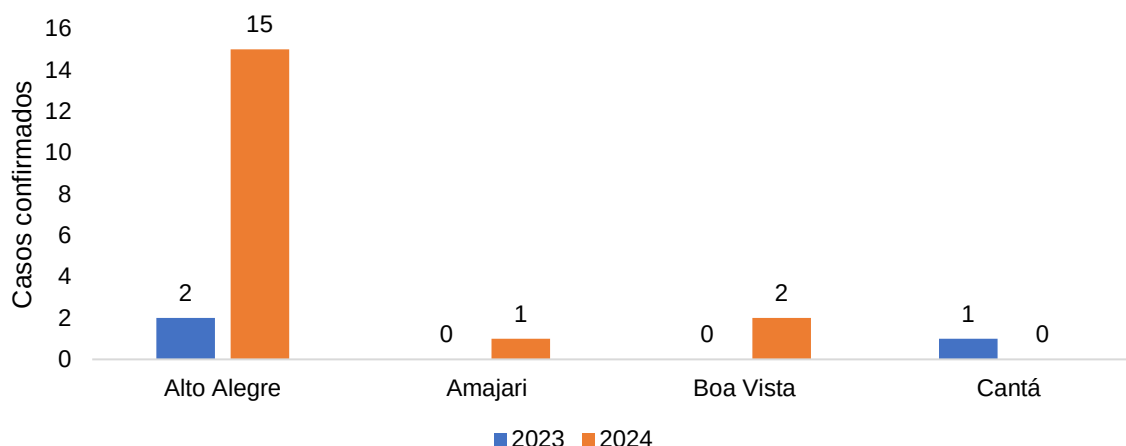
VIGILÂNCIA DO ROTAVÍRUS

O rotavírus é um dos principais causadores de diarreia grave em crianças menores de 5 anos. Altamente contagioso, se transmite principalmente por via fecal-oral. O período de incubação varia entre 1 a 3 dias e os sintomas duram de 3 a 8 dias. A prevenção é feita principalmente por meio da vacinação, além de boas práticas de higiene. O tratamento é sintomático, com foco na hidratação oral ou venosa para evitar a desidratação.

Em Roraima, de 2020 a 2022 não houveram casos confirmados de rotavírus. No ano de 2023 foram confirmados três casos assim distribuídos, no município de Alto Alegre (n=2) e Boa Vista (n=1) (Gráfico 8).

Em fevereiro de 2024 foram notificados 26 casos de rotavírus em crianças menores de 5 anos na região do Surucucu, comunidade indígena Yanomami cujo polo base fica localizado no município de Alto Alegre, caracterizando, por sua vez, surto de rotavírus. Destes, 15 casos foram confirmados por critério laboratorial e nenhum óbito foi registrado, apenas um caso teve evolução ignorada (Gráfico 9).

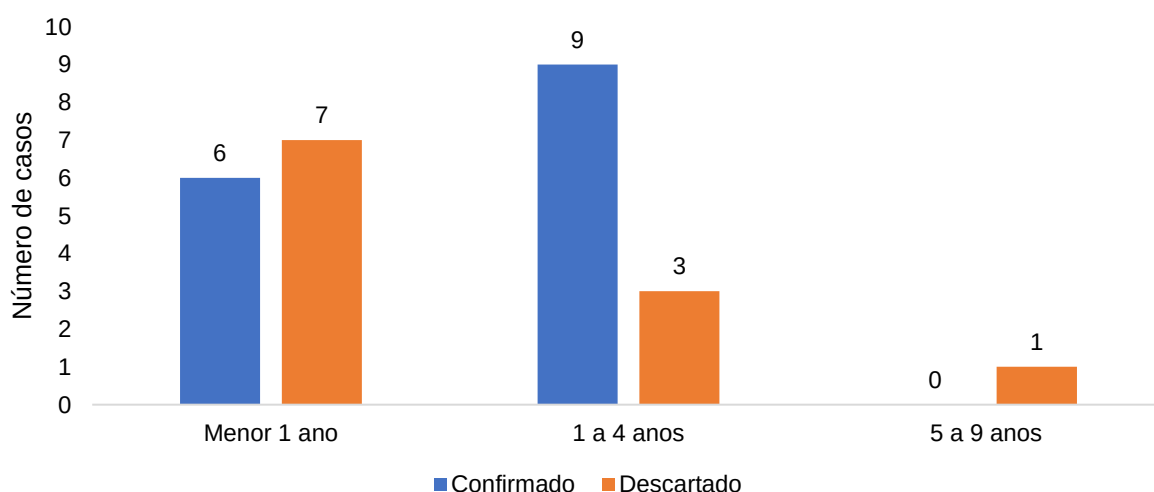
Gráfico 8- Casos de rotavírus confirmados por critério laboratorial por município de residência, Roraima. 2023 e 2024.



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

Os casos confirmados estão distribuídos em menor de 1 ano (n=6) e de 1 a 4 anos (n=9). Apenas uma criança era vacinada contra rotavírus e apresentava esquema de duas doses, as demais não possuíam nenhuma dose aplicada (Gráfico 8).

Gráfico 9- Distribuição de casos notificados e confirmados laboratorialmente de rotavírus, por faixa etária, Alto Alegre, fevereiro/2024.



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

Além do surto, em 2024 foram notificados mais 10 casos de rotavírus e confirmados 3, todos por critério laboratorial nos municípios de Amajari (n=1) e Boa Vista (n=2) (Tabela 5).

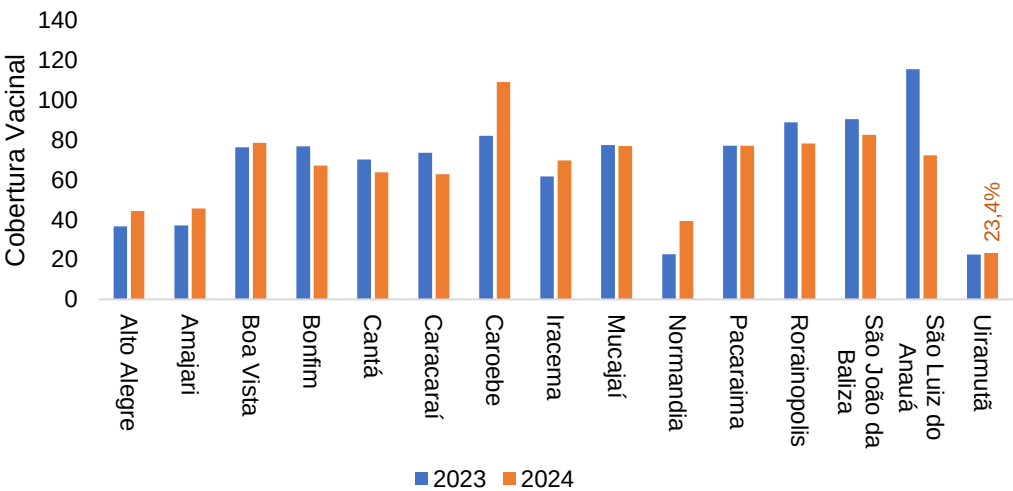
Tabela 5- Casos notificados e confirmados de rotavírus por critério laboratorial, Roraima, 2024

Município	Notificados	Confirmados
Alto Alegre	26	15
Amajari	2	1
Boa Vista	5	2
Bonfim	1	0
Iracema	1	0
Uiramutã	1	0
Total	36	18

Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

A vacina contra o rotavírus é indicada para crianças a partir de 6 semanas de vida, deve ser administrada em duas doses com intervalo de 2 meses. A meta de vacinação preconizada pelo Ministério da saúde é de 90% de cobertura vacinal, no entanto, no estado de Roraima, no ano de 2024, apenas o município de Caroebe atingiu a meta, apresentando cobertura vacinal de 109,2%.

Gráfico 10 - Cobertura vacinal Rotavírus por município, Roraima- 2023 e 2024



Fonte: SEIDIGI_DEMAS- 16/07/2025

Os municípios que apresentaram as menores coberturas vacinais para rotavírus foram Amajari (45,59%), Alto Alegre (44,31%), Normandia (39,34%) e Uiramutã (23,38%), (Tabela 6) levando estes municípios ao risco elevado para surtos de rotavirose como o que ocorreu no município de Alto Alegre, em que apenas uma criança acometida era vacinada.

O município de Uiramutã, apresentou a menor cobertura para vacinal contra rotavírus no ano de 2024 (23,38%), como possui uma população menor de 6 anos de

idade de 25,05% (IBGE, 2022), apresenta risco elevado para adoecimento por rotavirus neste público. (Gráfico 10)

Tabela 6. Cobertura vacinal Rotavírus

Município	2023	2024
Alto Alegre	36,68	44,31
Amajari	37,09	45,59
Boa Vista	76,27	78,57
Bonfim	76,85	67,18
Cantá	70,31	63,81
Caracaraí	73,67	62,87
Caroebe	82,08	109,2
Iracema	61,73	69,78
Mucajaí	77,4	76,92
Normandia	22,7	39,34
Pacaraima	77,11	77,09
Rorainópolis	88,91	78,24
São João da Baliza	90,55	82,61
São Luiz do Anauá	115,56	72,34
Uiramutã	22,56	23,38

Fonte: SEIDIGI_DEMAS- 16/07/2025

VIGILÂNCIA DA TOXOPLASMOSE

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológico (2024), a toxoplasmose é uma zoonose causada por um protozoário. Sua distribuição geográfica é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas. No Brasil, a infecção apresenta alta prevalência.

No mundo estima-se aproximadamente 190.100 casos anuais de toxoplasmose congênita, o que equivale a 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2018). De 2019 a 2022 houve um total de 40.732 notificações de novos casos no Brasil, em 2022 foram 12.120 (29,75%).

Em Roraima de 2020 a 2024 foram notificados 565 casos de toxoplasmose adquirida na gestação sendo 510 casos confirmados. Destes, 491 foram por critério laboratorial e 19 clínico-epidemiológico. No mesmo período, foram notificados 127 casos de toxoplasmose congênita, sendo 121 confirmados, sendo 105 por critério laboratorial, 14 clínico-epidemiológico e 2 ignorados (Tabela 7).

Tabela 7 – Casos confirmados de doença causada por protozoário complicando a gravidez, parto e o puerpério, Roraima, 2020 a 2024

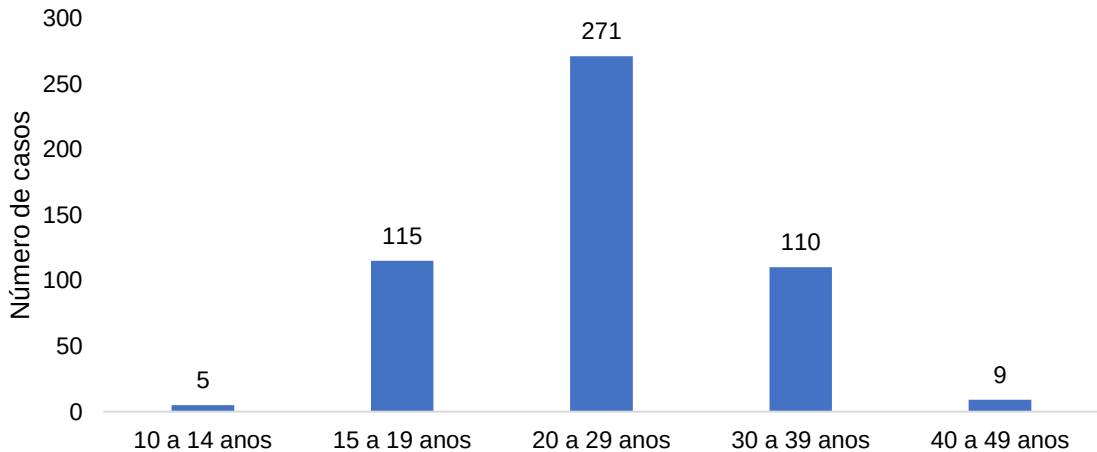
Município	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	1	0	1	4	0	6
Amajari	0	0	0	1	3	4
Boa Vista	66	107	107	72	53	405
Bonfim	2	2	4	3	5	16
Cantá	2	2	4	1	0	9
Caracaraí	1	0	2	0	4	7
Caroebe	1	0	2	3	1	7
Iracema	2	0	2	0	0	4
Mucajaí	3	1	7	1	2	14
Normandia	0	1	0	0	1	2
Pacaraima	0	0	0	1	0	1
Rorainópolis	5	1	14	3	4	27
São João da Baliza	0	0	0	0	2	2
São Luiz	0	0	0	1	1	2
Uiramutã	0	0	0	0	4	4
Total	83	114	143	90	80	510

Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

O município que apresentou maior número de casos nos últimos 5 anos foi Boa Vista, entretanto, vem reduzindo a taxa de incidência desde os anos de 2021 e 2022 cuja taxa de incidência era de 25,8% nos dois anos consecutivos, passando para 12,8% em 2024. Os demais municípios apresentam-se estáveis em relação ao número de casos.

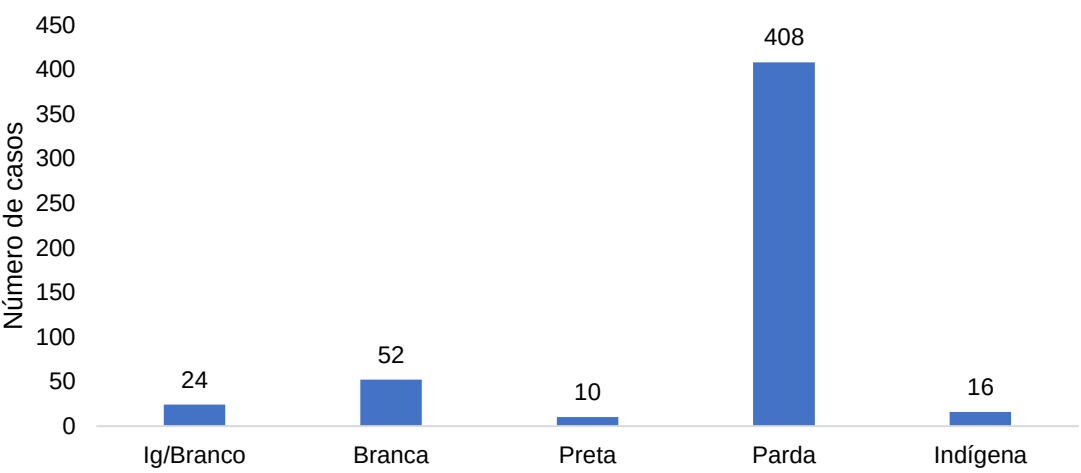
A faixa etária mais acometida nesse período são de mulheres entre 20 e 29 anos de idade (n=271), representando 53% dos casos. A raça mais acometida é a parda (n=408) ou seja, 79% dos casos (Gráficos 11 e 12).

Gráfico 11- Distribuição de casos confirmados de toxoplasmose adquirida na gestação segundo faixa etária, Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

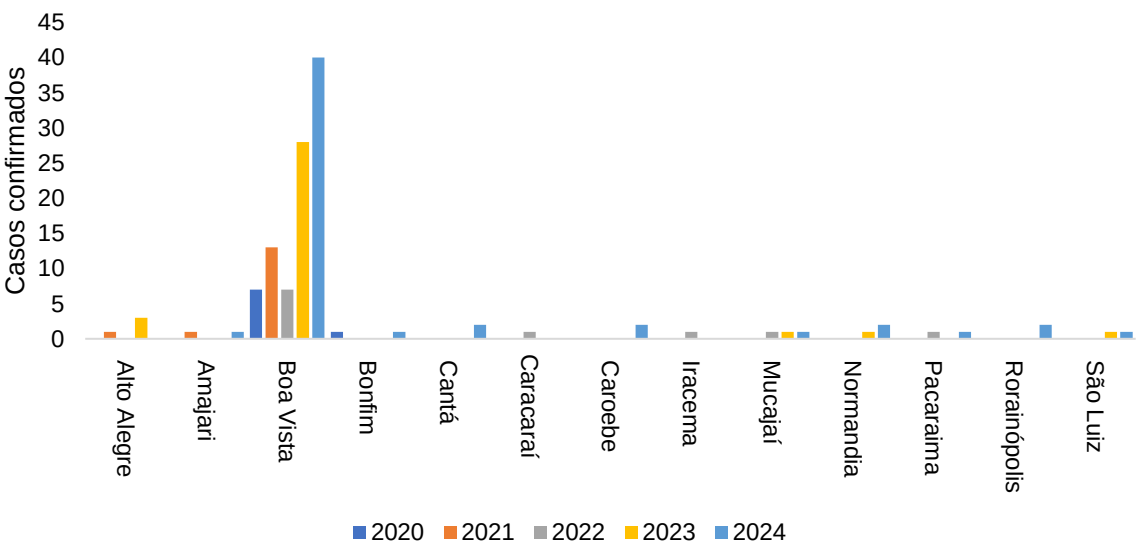
Gráfico 12 – Distribuição de casos confirmados de toxoplasmose adquirida na gestação segundo raça, Roraima, 2020 a 2024.



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

Além da toxoplasmose adquirida na gestação, o município de Boa Vista também concentra a maioria dos casos de toxoplasmose congênita. (Gráfico 13)

Gráfico 13 – Casos confirmados de toxoplasmose congênita por município de residência, Roraima, 2020 a 2024

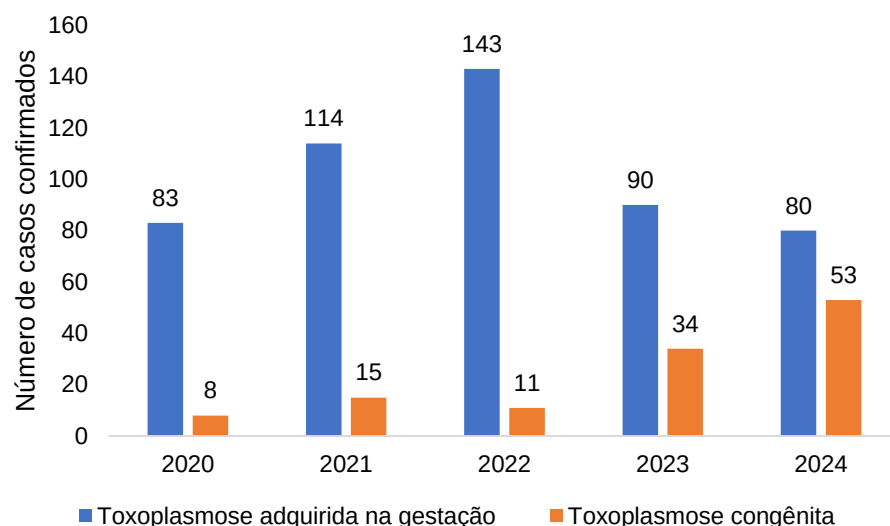


Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

Em 2024 houve a maior proporção de casos confirmados de toxoplasmose congênita comparadas à toxoplasmose adquirida na gestação. Dos 80 casos

confirmados de toxoplasmose adquirida na gestação, 66% confirmaram toxoplasmose congênita (n=53). (Gráfico 14)

Gráfico 14- Proporção de casos de toxoplasmose congênita para toxoplasmose adquirida na gestação, Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

VIGILÂNCIA DA FEBRE TIFOIDE

A febre tifoide é uma doença infecciosa sistêmica grave, causada pela bactéria *Salmonella* entérico sorotipo Typhi. Ela afeta principalmente o trato gastrointestinal, mas pode causar complicações em diversos órgãos.

A febre tifoide é mais comum em países em desenvolvimento, especialmente na Ásia e África. Estima-se que ocorram cerca de 11 a 21 milhões de casos por ano no mundo, com 128 a 161 mil casos anuais (OMS, 2023).

No Brasil, é uma doença de notificação compulsória e vem diminuindo com o avanço do saneamento.

No estado de Roraima, de 2020 a 2024 foram notificados dois casos suspeitos de febre tifoide, todos descartados por critério laboratorial. O último caso confirmado foi no ano de 2008.

VIGILÂNCIA DA CÓLERA

A cólera é uma infecção aguda do intestino delgado causada por determinadas cepas de *Vibrio cholerae*, principalmente os sorogrupos O1 e O139. Caracterizada por diarreia aquosa abundante, vômitos e cólicas, podendo causar desidratação grave em poucas horas.

No mundo, após seguidos anos de queda tem ocorrido um aumento de casos de cólera e de sua distribuição geográfica. Em 2021, 23 países registraram surtos de cólera, principalmente em regiões da África e no Mediterrâneo Oriental. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2025), de 1º de janeiro a 29 de dezembro de 2024, um total acumulado de 804.721 casos de cólera e 5.805 mortes foram relatadas em 33 países em cinco regiões da OMS. Nas Américas, nesse período, houve surtos declarados apenas no Haiti e na República Dominicana.

No Brasil, os últimos casos autóctones ocorreram em 2005, a partir daí foram registrados apenas casos importados nos anos de 2006, 2011, 2016 e 2018. No entanto, no ano de 2024 foi notificado e confirmado laboratorialmente um caso autóctone no município de Salvador.

Em Roraima, em fevereiro de 2024 foram notificados pela CASAI, 18 casos suspeitos de cólera, destes 16 casos eram provenientes da região do Surucucu, Polo Base no município de Alto Alegre, um proveniente de Amajari e um residente de Boa Vista, na ocasião foram coletadas 14 amostras, todas com resultado negativo. Os demais casos não tiveram a investigação inserida no Sinan.

VIGILÂNCIA DO BOTULISMO

O botulismo é uma doença rara, porém grave, causada por uma toxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*. Essa toxina é uma das substâncias mais potentes que afeta o sistema nervoso, causando paralisia muscular, e levando à morte se não for tratada rapidamente. O tratamento se dá através da administração o mais rápido possível do soro antibotulínico e de suporte intensivo, a necessidade de agilidade no tratamento reflete a importância de uma vigilância ativa e sensível para detecção e tratamento precoces, a fim de evitar a evolução para o óbito.

Em um estudo publicado em junho de 2024, na revista Mary Ann Liebert, em que foi realizada uma busca bibliográfica com o objeto de identificar estimativas

históricas e de dados epidemiológicos sobre o botulismo, o pesquisador Learoyd (2024, p. 204- 207) encontrou o seguinte resultado: um total de 6.932 casos de botulismo entre janeiro de 2000 a janeiro de 2023 em 59 nações, a maior proporção de casos relatados foi dos Estados Unidos (41%), um total de 95 mortes foram relatadas, para uma taxa de letalidade global de 1,37%. Um total de 3.776 casos (54,47%) foram relatados como necessitando de hospitalização, e 685 casos (9,88%) foram relatados como não necessitando de hospitalização, o local de tratamento não foi relatado para os 2.471 casos restantes (35,65%).

No Brasil, dados disponíveis de 2007 a 2024 apontam para 83 casos confirmados no período com média anual de 2,11 casos, resultando em 1,23 óbitos por ano. (Gonsalves *et al.*, 2025).

O estado de Roraima permanece sem casos suspeitos notificados.

VIGILÂNCIA DA SÍNDROME HEMOLÍTICO-UREMICA

A Síndrome Hemolítica-urêmica (SHU), é uma condição grave e potencialmente fatal, caracterizada por uma tríade clássica: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda. É causada por infecção intestinal por *E. coli* produtoras da toxina Shiga. Geralmente é precedida de diarreia sanguinolenta e é mais frequente em menores de 5 anos.

No Brasil, entre 2014 a 2024, o sinan registrou 343 casos suspeitos de SHU, dos quais 112 (48,5%) foram confirmados. A faixa etária mais afetada foi de 1 a 4 anos (78,6%) dos casos confirmados. As unidades federativas com maior número de casos confirmados foram São Paulo (52 casos, 34%), Minas Gerais (31 casos, 20,3%) e Rio de Janeiro (16 casos, 10,5%).

O estado de Roraima permanece sem notificação de caso suspeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças abordadas neste relatório fazem parte da vigilância das doenças diarreicas agudas monitoradas pelo núcleo de controle de doenças de transmissão hídrica e alimentar e representam importante impacto na saúde pública, pois, acomete populações vulneráveis em condições de precário saneamento básico e condições de insegurança alimentar.

Baseado nos dados apresentados neste relatório, concluímos que, existe a necessidade de melhorar a investigação de surtos de diarreia, possibilitando a geração de dados mais completos e consistentes, intensificar o monitoramento dos municípios com baixas coberturas vacinais para o rotavírus, bem como de municípios com população predominantemente indígena, residentes de área rural e sem acesso a água tratada e esgotamento sanitário, como também os municípios silenciosos.

Dessa forma, é imprescindível o fortalecimento da vigilância epidemiológica, aumentando a capacidade em reconhecer um caso suspeito de acordo com sua definição e de detectar surto de diarreia precocemente, permitindo a implementação de ações de investigação e coleta de amostras, e, conseqüentemente medidas de controle e quebra da cadeia de transmissão resultando na redução da morbimortalidade associadas a essas doenças.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Situação epidemiológica das doenças diarreicas aguda. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda/situacao-epidemiologica>>. Acessado em 08/07/2025.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Situação epidemiológica do Cólera. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/colera/situacao-epidemiologica>>. Acessado em: 29/07/2025.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Síndrome Hemolítica-urêmica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/shu>>. Acessado em 29/07/2025.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Informe Epidemiológico: Febre Tifoide no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-tifoide>. Acessado em: 28/07/2025.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Informe Epidemiológico: Toxoplasmose no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose>. Acessado em: 27/07/2025.

Cobertura Vacinal Rotavírus. https://infoms.saude.gov.br/extensions/seidigi_demas_vacinacao_calendario_nacional_cobertura_residencia/seidigi_demas_vacinacao_calendario_nacional_cobertura_residencia.html>. Acessado em: 16/07/2025.

Gonsalves. Et al. Epidemiologia do Botulismo no Brasil, de 2007 a 2024. Revista Biodiversidade. v. 24. n. 2, p. 98 – 105. 2025. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/download/19927/14791> >. Acessado em 29/07/2025.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. IBGE, 2023.

Learoyd. T. P. Underreporting or Failed Notification? Global Botulismo Reporting, 2000 a 2022. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/hs.2023.0081?> Acessado em 29/07/2025.

SIVEP. Disponível em: <http://sivepdda.saude.gov.br>. Acessado em 14/07/2025.

World Health Organization. Cholera. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-cholera-outbreak--external-situation-report--22---24-january-2025>. Acessado em 27/07/2025.

World Health Organization. Typhoid. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>. Acessado em: 28/07/2025.

World Health Organization. Enfermidades diarreicas. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>. Acessado em: em 08/07/2025.

6.10 FEBRE AMARELA, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, MAYARO E OROPOUCHE

O Núcleo de Controle da Febre Amarela e Dengue (NCFAD) faz parte do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU).

O NCFAD é responsável por coordenar e apoiar o desenvolvimento das ações de vigilância e controle das arboviroses nos municípios do estado de Roraima, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo do Ministério da Saúde.

A equipe do NCFAD é composta por técnicos que são pontos focais nas áreas de vigilância epidemiológica, normas e rotinas, sistema de informação, investigação de campo, capacitação, controle vetorial, vigilância laboratorial, manutenção de equipamentos, supervisão de campo, gestão de inseticidas e UBV pesada.

São atribuições do NCFAD:

- Acompanhar de forma contínua a evolução temporal dos casos notificados e investigados pelos municípios, para detectar efetivamente as mudanças no padrão de ocorrência das arboviroses, permitindo a identificação de surtos e epidemias.
- Realizar análises epidemiológicas, descrevendo os casos notificados de acordo com o tempo, lugar e pessoa.
- Realizar a integração das informações epidemiológicas, com as informações da vigilância entomológica e vigilância laboratorial.
- Promover o desenvolvimento de ações integradas entre as áreas de controle vetorial e assistência, visando a adoção de medidas capazes de controlar e/ou reduzir a transmissão, e quando possível, reduzir a magnitude, a gravidade e a mortalidade por arboviroses.
- Subsidiar a gestão para implementação da utilização de recursos financeiros e/ou de investimentos para prevenção e controle das arboviroses no estado de Roraima.

As arboviroses são doenças causadas por vírus que são transmitidos por artrópodes (mosquitos, carrapatos, flebotomíneos e percevejos) e constituem um dos principais problemas de saúde pública, com registros de surtos e epidemias com relevante impacto à população ao longo dos anos.

No Brasil, os principais arbovírus de interesse humano e importância em saúde

pública pertencem aos gêneros Flavivirus (dengue, Zika, febre amarela, febre do Nilo Ocidental e encefalite de Saint Louis), Alphavirus (chikungunya, Mayaro e das encefalites equinas do Leste, do Oeste e Venezuelana) e Orthobunyavirus (Oropouche). As doenças causadas por esses arbovírus apresentam um amplo espectro de manifestações clínicas que podem variar desde infecções assintomáticas (zika) e oligossintomáticas o que dificulta o diagnóstico, até manifestações graves, com processos hemorrágicos e neurológicos que podem evoluir para o óbito, como a dengue, chikungunya e febre amarela.

No estado de Roraima, devido a diversidade nos níveis de organização do sistema de vigilância dos municípios, o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica fica comprometida, prejudicando a capacidade de identificação do comportamento da doença a cada ano, o que gera uma informação mais operacional do comportamento da doença, do que realmente pode ser considerado o perfil epidemiológico do comportamento da doença entre a população de um território. No ano de 2024, houve a identificação da circulação do vírus da dengue (DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4); vírus da Febre do Chikungunya, vírus da Zika vírus silvestre da Febre Amarela, vírus da Febre do Mayaro e o vírus da Febre do Oropouche. Houve o predomínio do vírus do oropouche no ano de 2024 no estado de Roraima.

Este relatório é uma análise descritiva das arboviroses prevalentes no estado de Roraima no período de 2015 a 2024, com destaque nas informações do ano de 2024. As fontes de dados utilizadas foram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação online (Sinan Online), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Os dados do SINAN e SIM foram tabulados utilizando a ferramenta do TABWIN.

Os gráficos e tabelas foram construídos utilizando o Excel e os mapas foram construídos pelo QGIS (versão 3.2.8).

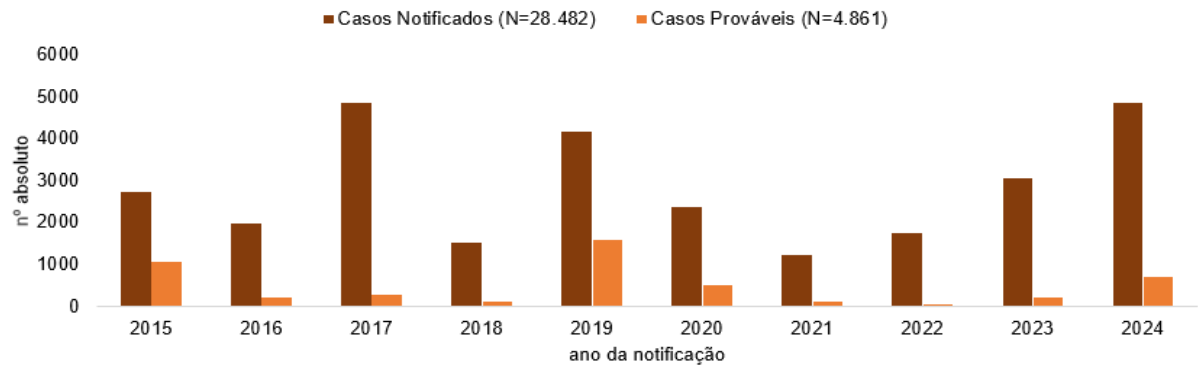
ARBOVIROSES URBANAS

DENGUE

No período de 2015 a 2024 foram notificados 28.481 casos suspeitos de dengue em residentes nos municípios de Roraima, e foram classificados como casos

prováveis 4.861casos(figura1). No ano de 2024 foram notificados 4.842 casos suspeitos e 701 foram classificados como casos prováveis. Quando comparamos com os dados do ano de 2023, observamos um aumento de 59% no número de casos notificados e de 206% no número de casos que foram classificados como prováveis.

Figura 1: Casos de dengue notificados em residentes de Roraima, segundo classificação final, do período de 2015 a 2024, Roraima-2025



Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 30/06/2025)

No ano de 2024, os 15 municípios notificaram casos de dengue. O Coeficiente de incidência do estado atingiu 98 casos/100 mil habitantes, sendo a menor da região norte (figura 2). Entre os municípios do estado, o coeficiente de incidência, variou de 6 casos/100 mil habitantes (município do Uiramutã) a 416 casos/100 mil habitantes (município de Rorainópolis), figura 3. Essa variação muitas vezes pode ser associada a qualidade da vigilância epidemiológica local, a capacidade da assistência em identificar casos e fatores ambientais e sazonais que mantenham alta infestação do *Aedes aegypti* no território.

Figura 2: Coeficiente de incidência de casos prováveis de dengue do Brasil, Região Norte e estados da região norte do ano de 2024, Brasil-2025

País/Região /UF	Coeficiente de Incidência/ 100 mil hab.
Brasil	3.101,50
Região Norte	306,7
Amapá	1.345
Acre	712
Rondônia	301
Tocantins	270
Pará	245
Amazonas	203
Roraima	98

Fonte: [Painel de Monitoramento das Arboviroses — Ministério da Saúde](#) (acesso em 01/07/2025)

Figura 3: Coeficiente de incidência de casos prováveis de dengue, segundo município de residência, do ano de 2024, Roraima-2025

Município de Residência	Caso Notificado	Caso Provável	População Residente	Taxa de Incidência/ 100 mil hab.
Alto Alegre	99	39	23.049	169
Amajari	41	2	15.583	13
Boa Vista	2.417	272	470.169	58
Bonfim	182	6	15.222	39
Cantá	271	31	20.552	151
Caracaraí	242	6	22.443	27
Caroebe	26	4	11.708	34
Iracema	49	22	10.778	204
Mucajá	108	7	19.619	36
Normandia	121	58	15.744	368
Pacaraima	120	77	22.104	348
Rorainópolis	938	153	36.747	416
São João da Baliza	164	2	9.727	21
São Luiz	28	20	7.777	257
Uiramutã	7	1	15.571	6
Total	4.813	701	716.793	98

Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 30/06/2025)

www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao (acesso em 30/06/2025)

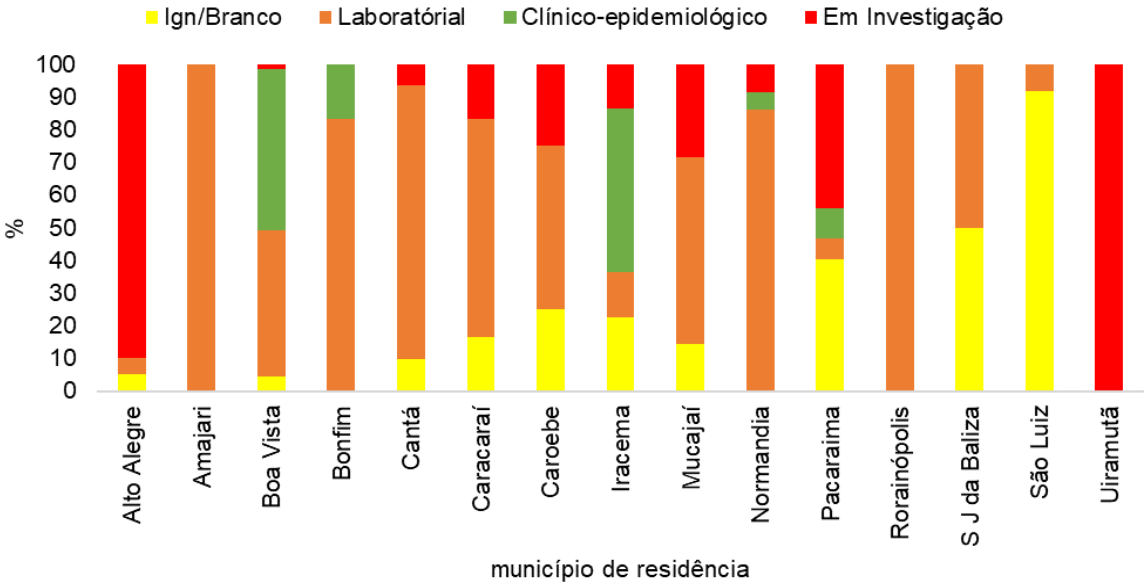
Quanto aos casos prováveis de dengue, tivemos no período de 2015 a 2024, 4.861 classificados como casos prováveis, sendo que 4.377 foram classificados como “Dengue”; 81 foram classificados como “Dengue com sinais de alarme”; 10 classificados como “Dengue grave” e 171 foram classificados como “inconclusivos/ignorado”.

No ano de 2024, os casos prováveis foram classificados como “dengue” 533 casos; “dengue com sinais de alarme” 6 casos, 1 “dengue grave” e 166 casos foram classificados como “inconclusivos/ignorado”.

Quanto a evolução dos casos prováveis, todos evoluíram para cura, sem registros de óbitos associados a infecção pelo vírus da dengue.

A figura 4, demonstra um pouco da qualidade da vigilância dos municípios do estado quanto a capacidade de investigar e encerrar oportunamente os casos suspeitos de dengue: observamos que no município de Uiramutã 100% dos casos prováveis não foram investigados adequadamente, e foram encerrados como inconclusivos.

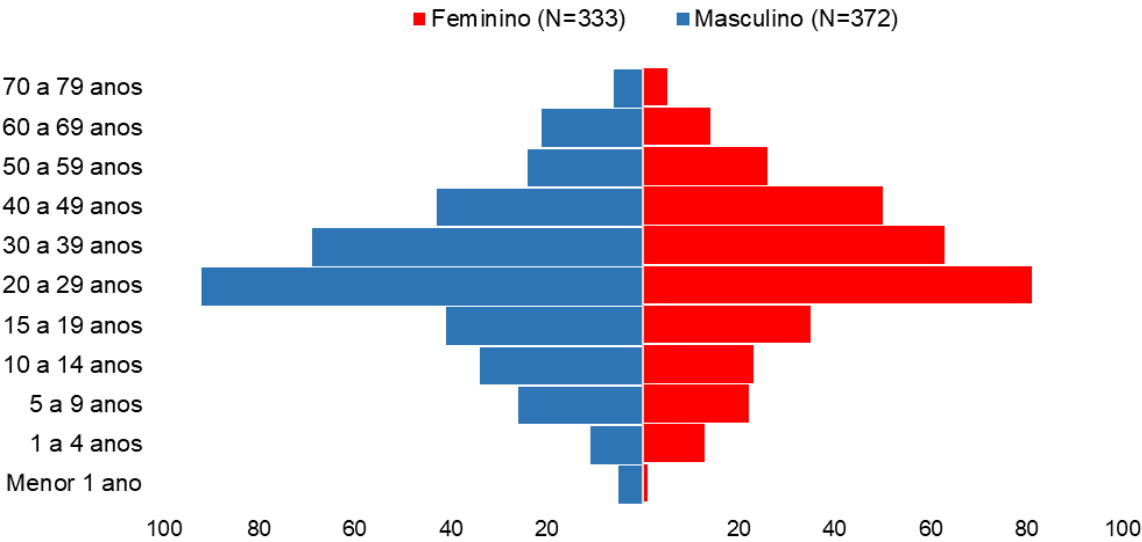
Figura 4: Casos prováveis de dengue, segundo município de residência e classificação final, do ano de 2024, Roraima-2025



Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 30/06/2025)

Na distribuição dos casos prováveis por faixa etária, do ano de 2024, observamos que os casos se concentraram na faixa etária de 20 a 39 anos, considerada economicamente ativa, e com o predomínio do sexo masculino (figura 5).

Figura 5: Casos prováveis de dengue, segundo a faixa etária, do ano de 2024, Roraima-2025



Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 30/06/2025)

Figura 8: Sorotipos identificados no estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, segundo município de residência do caso notificado, Roraima-2025

Ano da notificação	Município de residência	Sorotipo				Total
		DENV 1	DENV 2	DENV 3	DENV 4	
2015	Boa Vista	5	2	1	2	10
	Total	5	2	1	2	10
2018	Boa Vista	13	1	0	0	14
	Normandia	2	0	0	0	2
	Total	15	1	0	0	16
2019	Alto Alegre	1	0	0	0	1
	Boa Vista	55	55	0	1	111
	Bonfim	12	1	0	0	13
	Cantá	2	1	0	0	3
	Caracaráí	4	6	0	0	10
	Caroebe	1	0	0	0	1
	Mucajaí	4	1	0	0	5
	Normandia	0	1	0	0	1
	Pacaraima	0	1	0	0	1
	S.J. da Baliza	3	0	0	0	3
	Uiramutã	1	1	0	0	2
	Total	83	67	0	1	151
2020	Alto Alegre	2	0	0	0	2
	Amajari	0	1	0	0	1
	Boa Vista	21	21	0	0	2
	Bonfim	0	1	0	0	1
	Caracaráí	0	1	0	0	1
	Normandia	2	11	0	0	14
	Total	25	35	0	0	21
2022	Boa Vista	0	3	0	0	3
	Bonfim	0	1	0	0	1
	Caroebe	0	1	0	0	1
	Rorainópolis	0	1	0	1	2
	S.J. da Baliza	0	1	0	0	1
	Total	0	7	0	1	8
2023	Boa Vista	0	3	11	0	14
	Bonfim	0	0	57	0	57
	Cantá	1	2	3	0	6
	Normandia	0	0	1	0	1
	Rorainópolis	9	3	0	0	12
	Total	10	8	72	0	90
2024	Alto Alegre	0	0	1	0	1
	Boa Vista	29	4	20	1	54
	Bonfim	0	0	1	0	1
	Cantá	5	0	14	0	19
	Caracaráí	1	1	1	0	3
	Iracema	3	0	0	0	3
	Mucajaí	0	0	1	1	2
	Normandia	0	0	43	0	43
	Rorainópolis	107	2	2	0	111
	São Luiz	1	0	0	0	1
	Total	146	7	83	2	238

Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 30/06/2025)

Os 4 sorotipos do DENV circularam no estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, como é apresentado na figura 8. Nos anos de 2016, 2017 e 2021 não tivemos a comprovação laboratorial dos sorotipos do DENV que circularam em Roraima devido a problemas operacionais relacionados a insumos e a pandemia da COVID-19. Observamos também que houve uma melhora na coleta de amostras pelos municípios do estado a partir de 2018, pois o LACEN-RR passou a realizar a identificação por RT-PCR com identificação do sorotipo aqui no estado. Em 2022, o Ministério da Saúde introduziu a Pesquisa ZDC (exame para identificação ao mesmo tempo dos vírus da dengue, zika e chikungunya), o que também melhorou a coleta pelos municípios, devido a resposta mais rápida.

No ano de 2023, tivemos a reintrodução do DENV3, que foi o responsável pelo surto registrado no município do Bonfim, sendo o sorotipo predominante em 80% dos casos. Em 2024, o DENV3 foi responsável pelo surto no município de Normandia, mas o sorotipo predominante foi o DENV1 que foi identificado em 61% das amostras do ano de 2024. Observamos também que o DENV3 não se espalhou pelo Sul do estado de forma explosiva, como era esperado devido a população suscetível.

CHIKUNGUNYA

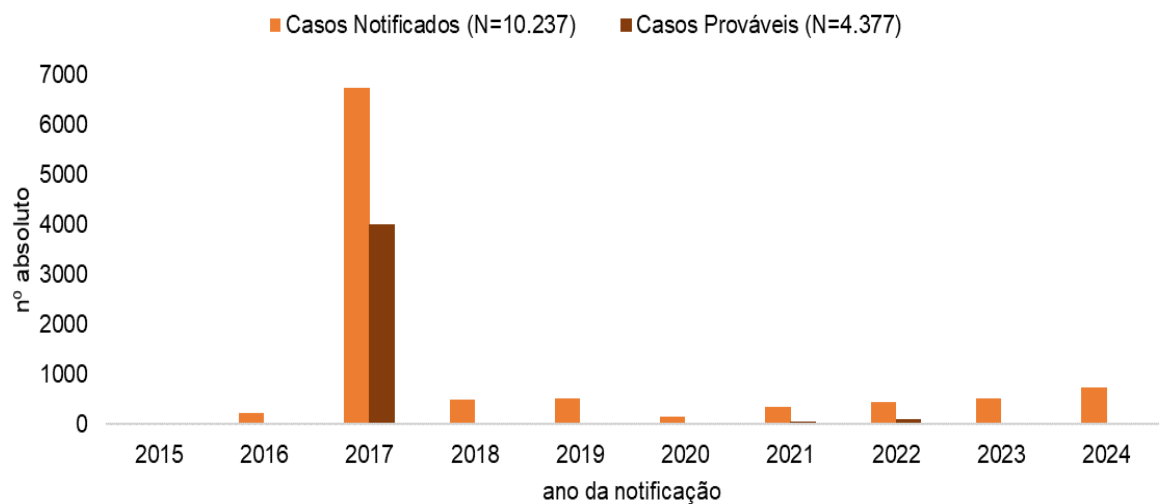
A febre do chikungunya foi diagnosticada a 1ª vez no estado de Roraima na 34SE/2014. Tratava-se de um caso importado, residente em Boa Vista que havia chegado de férias da região de praia da Venezuela. Nesse mesmo ano foi confirmado o 1º caso autóctone: uma dona de casa sem vínculo com casos importados. No ano de 2014 foram notificados 200 casos no Sinan através da notificação individual e apenas 18 foram confirmados por critério laboratorial. No ano seguinte, 2015, foram notificados 459 casos suspeitos e apenas 18 foram confirmados.

A partir de 2016, meados de março, o Brasil incluiu a notificação da Chikungunya no mesmo sistema onde era notificada a Dengue, o que melhorou a coleta de informações e registro de casos. Os dados apresentados neste relatório são os disponibilizados no SINAN online.

No estado de Roraima no período de 2015 a 2025 foram notificados 10.237 casos suspeitos de chikungunya em residentes dos municípios de Roraima (figura 9). Observamos que no ano de 2017 houve uma explosão de casos no estado, onde foram notificados 65% (n=6730) de todos os casos do período avaliado, tendo 4001

casos classificados como prováveis. Observamos também que devido as características da chikungunya, após a epidemia de 2017, concentrada no município de Boa Vista, nenhum outro município apresentou casos de forma tão explosiva nos anos subsequentes. No ano de 2024 foram notificados 740 casos suspeitos de chikungunya, sendo 41 classificados como casos prováveis e 699 foram descartados. Na figura 10, é apresentada a distribuição de casos de chikungunya segundo o município de residência e classificação final do caso, do ano de 2024.

Figura 9: Casos de chikungunya, segundo classificação final, residentes em Roraima, no período de 2015 a 2024, Roraima, 2025



Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

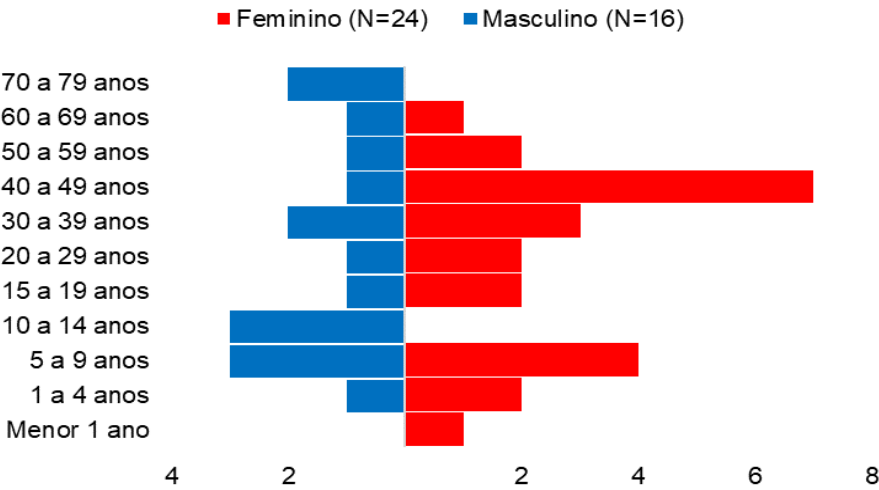
Figura 10: Casos de chikungunya, segundo município de residência e classificação final, notificados no ano de 2024, Roraima,2025

Município de Residência	Casos notificados	Classificação Final		
		Casos Prováveis		Descartado
		Ign/Branco	Chikungunya	
Alto Alegre	7	2	1	4
Amajari	7	1	1	5
Boa Vista	156	0	9	144
Bonfim	3	1	0	2
Cantá	164	2	1	161
Caracaráí	99	6	1	92
Caroebe	1	0	0	1
Iracema	8	8	0	0
Mucajaí	14	1	3	10
Normandia	11	0	2	9
Pacaraima	2	1	1	0
Rorainópolis	257	0	0	257
S.J da Baliza	9	0	0	9
São Luiz	2	0	0	2
Total	740	22	19	699

Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

No período de 2015 a 2024, os casos prováveis foram mais incidentes no sexo feminino com 61%(n=1.718) dos casos e a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 39 anos com 40% (n=2.682). Na figura 11, é apresentado a distribuição dos casos prováveis do ano de 2024 por sexo e faixa etária.

Figura 11: Distribuição dos casos prováveis de chikungunya, segundo a faixa etária e sexo, residentes em Roraima, do ano de 2024, Roraima-2025



Fonte: Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

Em todo o período avaliado, 2014 a 2023, foram registrados 4 óbitos por

chikungunya. Sendo que 3 destes óbitos ocorreram no ano de 2017, ano que foi considerado epidêmico para chikungunya em Roraima, e estão no Sistema de Informação sobre Mortalidade. O óbito de 2020 não ocorreu em Roraima, ocorreu em Campina Grande- PB, mas a paciente residia em Roraima. No SINAN consta como causa do óbito dengue e chikungunya, devido aos resultados de exames de sorologia “reagente” para as duas doenças, porém no SIM a causa do óbito foi uma hepatite c fulminante. No ano de 2024, não houve registro de óbitos por chikungunya.

No ano de 2024, foram confirmados laboratorialmente 16 casos de chikungunya, sendo 5 pelo método de diagnóstico RT-PCR (Pesquisa ZDC) e 11 pelo método de enzimaímunoensaio (sorologia IgM), figura13. Os casos que tiveram a identificação do CHICKV eram residentes em Boa Vista (n=4) e Normandia (1).

Figura 12: Casos de chikungunya com confirmação laboratorial, segundo a metodologia e município de residência, no ano de 2024, Roraima-2025

Município de Residência	Exame - Método		Total
	Pesquisa ZDC -RT-PCR	Chick, IgM - Enzimaímunoensaio	
Alto Alegre	0	0	0
Amajari	0	1	1
Boa Vista	4	3	7
Cantá	0	1	1
Caracaraí	0	1	1
Mucajá	0	3	3
Normandia	1	2	3
Total	5	11	16

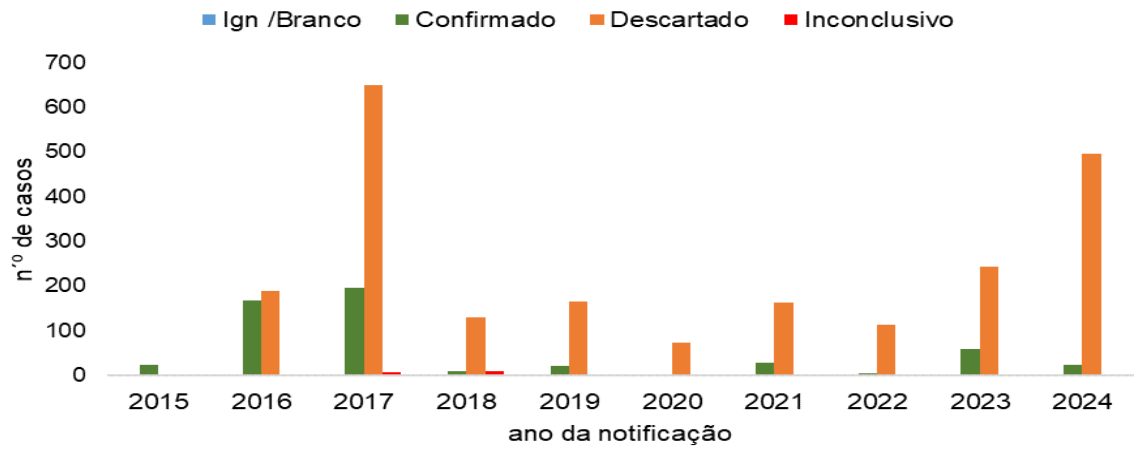
Fonte: Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

ZIKA

No estado de Roraima o vírus da Zika foi identificado pela primeira vez na SE29 de 2015. Tratava-se de um homem, residente em Boa Vista com histórico de retorno de viagem do estado da Bahia onde havia registro de surto da doença, foi realizado exame de biologia molecular, que confirmou a presença do zika vírus.

No período de 2015 a 2024 foram notificados 2.791 casos suspeitos de Zika, e foram confirmados 534. O ano de 2017, dois anos após a identificação do primeiro caso, foi o ano com maior registro de casos suspeitos, representando 46%(n=853) de todos os casos do período avaliado, figura 13.

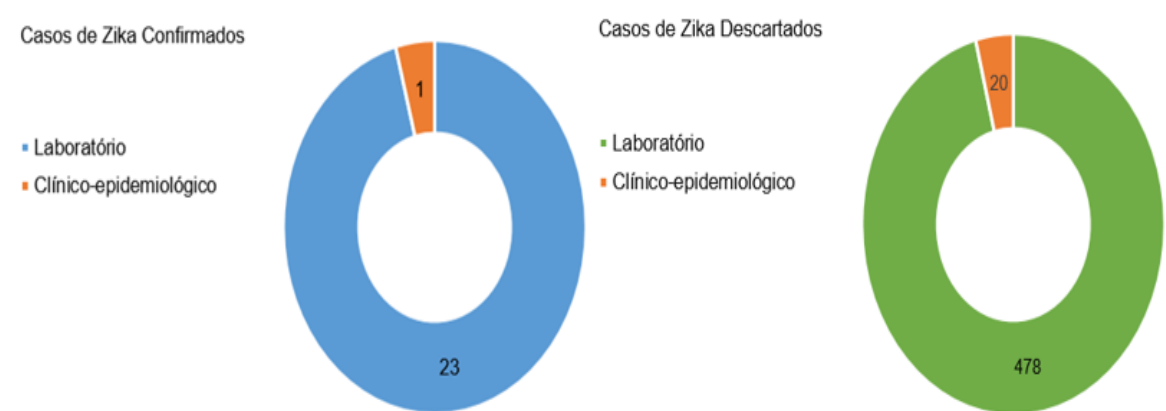
Figura 13: Casos de Zika notificados, segundo a classificação final do caso, nos anos de 2015 a 2024, residentes no estado de Roraima, 2025



Fonte: Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

No ano de 2024 foram notificados 521 casos suspeitos de zika, sendo 24 classificados como caso provável e 497 descartados (figura 14), sendo o critério laboratorial mais utilizado para a classificação final dos casos. Houve a identificação do vírus ZIKV em 3 amostras de pacientes no ano de 2024, sendo todos do sexo masculino e residentes em Boa Vista (n=2) e Rorainópolis (n=1).

Figura 14: Casos de Zika notificados no ano de 2024, segundo a classificação final e critério de confirmação ou descarte do caso, residentes no estado de Roraima, 2025

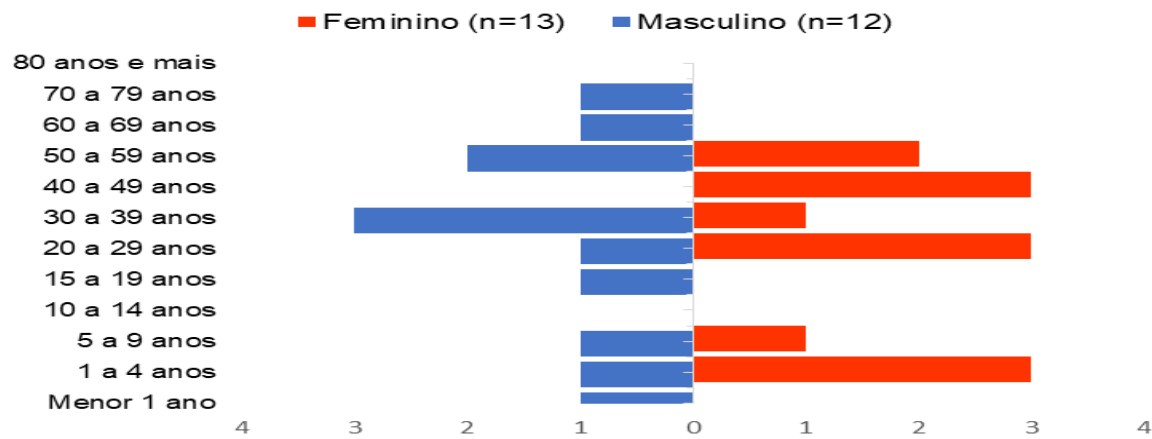


Fonte: Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

Os casos prováveis segundo sexo e idade são apresentados na figura 15, sem predomínio entre os sexos, porém os casos com detecção do vírus ZIKV foram no sexo masculino. Não houve o registro de casos em gestantes, assim como não houve

registro de casos de microcefalia associada a infecção pelo zika vírus. Também não houve registro de óbitos.

Figura 15: Casos prováveis de Zika do ano de 2024, segundo sexo e faixa etária, residentes no estado de Roraima, 2025



Fonte: Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2025)

ARBOVIROSES SILVESTRES

FEBRE AMARELA

No período de 2015 a 2024 foram notificados em Roraima, 20 casos suspeitos de Febre Amarela, com 3 casos confirmados, com 1 caso evoluindo para óbito e 2 casos evoluíram para cura (figura 16). O óbito ocorreu em 2023 em residente de Boa Vista com histórico de vacinação contra a Febre Amarela. Os outros dois casos que evoluíram para cura, não são residentes em Roraima: os casos são residentes na Guiana Inglesa, em comunidades indígenas próximas a fronteira com o Brasil, e sem comprovação vacinal contra a febre amarela.

Figura 16: Casos notificados em Roraima de Febre Amarela, segundo classificação final, de 2015 a 2024, Roraima, 2025

Ano da Notificação	Classificação Final		Total
	Febre Amarela Silvestre	Descartado	
2015	0	2	2
2016	0	1	1
2017	0	4	4
2018	0	2	2
2019	0	2	2
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	1	0	1
2024	2	6	8
Roraima	3	17	20

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

Apesar de em todo o período, 2015 a 2024, terem sido notificados em Roraima apenas 20 casos suspeitos de Febre Amarela, foram testadas 56 amostras para o diagnóstico da febre amarela só no ano de 2024 pelo Laboratório de Saúde Pública do Estado de Roraima – LACEN-RR, demonstrando uma vigilância ativa laboratorial (figura 17).

Figura 17: Nº de amostras processadas para investigação de Febre Amarela pelo LACEN-RR no ano de 2024, segundo município de cadastro da amostra no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL), Roraima, 2025

Município de cadastro da amostra	Exame		Total Geral
	Febre Amarela, Biologia Molecular	Febre Amarela, IgM	
Amajari	1		1
Boa Vista	33	2	35
Bonfim	2		2
Caracaraí	2		2
Normandia	2		2
Rorainópolis	10	2	12
São J da Baliza	2		2
Total Geral	52	4	56

Fonte: GAL/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

Quanto a vigilância das epizootias em Primatas Não Humanos – PNH, no período avaliado, foram notificados 33 casos de epizootias em PNH, com 4 casos positivos (figura 18) e os casos positivos são provenientes dos municípios de Alto Alegre, Rorainópolis e São Luiz (figura 19).

Figura 18: Casos de epizootias em primatas não humanos notificados, segundo o ano da notificação e classificação final para o vírus da FA, no período de 2015 a 2024, Roraima, 2025

Ano Epidemiológico da notificação	Município de notificação	ano de ocorrência			Total	a FA
		2017	2018	2024		
2015	Alto Alegre	0	1	1	2	nclusivo
	Rorainópolis	1	0	0	1	
	São Luiz	1	0	0	1	
2016						0
2017	Total	2	1	1	4	0
2018	9	3	1		5	0
2019	5	2	0		3	0
2020	8	7	0	0	0	1
2021	0	0	0	0	0	0
2022	0	0	0	0	0	0
2023	0	0	0	0	0	0
2024	5	4	1	0	0	0
Total	33	19	4	9		1

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

A cobertura vacinal da vacina contra a febre amarela vem caindo a cada ano, e com isso a população fica mais exposta. Na figura 20, é apresentado a cobertura vacinal da vacina contra a febre amarela do período de 2015 a 2024 do estado de Roraima. No ano de 2014 a cobertura vacinal alcançada foi de apenas 86,89%, e somente no ano de 2017 alcançamos acima da meta que é de 95%. Os piores resultados de cobertura são observados a partir de 2020, com o menor resultado no ano de 2021, com apenas 38,97% de cobertura vacinal contra a febre amarela.

Figura 19: Casos de epizootias em primatas não humanos confirmados, segundo o ano da notificação e município de ocorrência da epizootia, no período de 2015 a 2024, Roraima, 2025

Município de notificação	ano de ocorrência			Total
	2017	2018	2024	
Alto Alegre	0	1	1	2
Rorainópolis	1	0	0	1
São Luiz	1	0	0	1
Total	2	1	1	4

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

Figura 20: Cobertura vacinal da vacina contra a Febre Amarela dos anos de 2015 a 2024, Roraima, 2025

Município/UF	ano									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alto Alegre	71,17	82,56	77,58	53,33	47,53	45,25	22,64	22,52	36,07	44,01
Amajari	67,11	100	73,4	61,69	34,37	17,18	12,56	17,47	36,62	46,21
Boa Vista	105	93,25	97,87	68,63	80,46	54,86	41,17	44,28	53,69	44,27
Bonfim	62,2	107	115	211	47,48	25,46	28,3	31,47	62,53	57,51
Cantá	54,33	43,09	57,46	26,67	27,27	40,34	34,81	40,21	59,66	56,84
Caracarai	27,59	34,95	200	74,18	57,49	51,11	35,96	48,49	57,98	64,33
Caroebe	130	102	107	143	63,93	89,07	75,98	87,43	88,21	106,9
Iracema	81,51	90,33	73,08	83,85	61,69	74,03	36,22	57,05	79,63	62,59
Mucajá	69,91	76,92	101	58,47	65,37	63,37	63,11	56,72	68,08	72
Normandia	67,28	77,66	83,51	68,54	33,73	16,14	15,34	16,06	15,85	27,41
Pacaraima	93,48	118	99,7	118	153	56,05	44,96	123	158	132
Rorainópolis	152	75,79	84,84	50,83	38,72	58,26	69,66	48,83	71,8	71,12
São J da Baliza	84,17	41,03	84,62	88,46	55,74	121	82,44	89,66	66,93	73,19
São Luiz	51,25	71,64	131	103	27,36	51,89	56,07	73,58	102,2	67,02
Uiramutã	81,82	89,13	69,78	49,41	42,47	19,33	8,77	15,92	18,65	21,76
Roraima	93,64	87,95	96,83	72,72	69,77	50,93	38,97	44,56	56,63	50,98

Fonte: <https://infoms.saude.gov.br> Acesso em 22/07/2022

FEBRE DO OROPOUCHE

A Febre do Oropouche (FO) é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) do gênero *Orthobunyavirus*, da família *Peribunyaviridae*. O *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV) foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de uma bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. Desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil, principalmente nos estados da região Amazônica. Também já foram relatados casos e surtos em outros países das Américas Central e do Sul (Panamá, Argentina, Bolívia, Equador, Peru e Venezuela), (BRASIL,2024). No ano de 2024 o Ministério da Saúde implementou orientações sobre a vigilância e controle da febre do oropouche, incluindo a vigilância da transmissão vertical e óbitos associados a doença.

Dados do Painel Epidemiológico do Ministério da Saúde (disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/saude-de-a-a-z/oropouche ,acessado em 23/07/2025), no Brasil, desde 2023, houve um aumento no número de casos de Oropouche: no ano de 2023 foram confirmados 834 casos de Oropouche e em 2024, esse número passou para 13.856, e a transmissão foi identificada em 22 estados, exceto: Rio Grande do Norte, Goiás, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul, que só tiveram casos

importados. Não há óbitos confirmados associados a infecção pelo vírus nos anos de 2023 e 2024.

No estado de Roraima em março do ano de 2023, o NCFAD oficializou o processo de implantação da vigilância epidemiológica da febre do Oropouche pelos municípios do estado, pois não havia nenhuma orientação do Ministério da Saúde sobre como registrar a ocorrência de casos/surtos em um território. A partir de 2024, o NCFAD passou a seguir as orientações sobre a vigilância epidemiológica determinadas pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2023 foram realizados pelo LACEN-RR, 1.065 exames para o diagnóstico da febre do Oropouche, com 163 amostras com resultado “detectável”, o que resultou numa Taxa de Positividade de 15%. Já no ano de 2024, foram processadas 2.692 exames para o diagnóstico molecular de oropouche, com 337 amostras com resultado detectável, resultando em uma positividade de 12,51%. A positividade variou entre os municípios, sendo que o município de Rorainópolis apresentou a maior taxa de positividade que foi de 33,85% e o município do Bonfim a menor com 1,67%, conforme figura 21.

Figura 21: Taxa de Positividade de exames de RT-PCR para o diagnóstico da Febre do Oropouche, segundo município de residência, 2024, Roraima, 2025

Município de Residência	Nº de amostras Processadas	Resultado			Taxa de Positividade (%)
		Detectável	Inconclusivo	Não Detectável	
Alto alegre	30	4	0	26	13,33
Amajari	24	1	0	23	4,17
Boa vista	1.156	32	1	1.123	2,77
Bonfim	60	1	0	59	1,67
Canta	169	8	0	161	4,73
Caracarai	189	7	0	182	3,70
Caroebe	2	0	0	2	0,00
Iracema	18	2	0	16	11,11
Mucajai	55	2	0	53	3,64
Normandia	71	2	0	69	2,82
Pacaraima	12	0	0	12	0,00
Rorainopolis	774	262	1	511	33,85
São J. do Baliza	130	16	0	114	12,31
Uiramutã	2	0	0	2	0,00
Roraima	2.692	337	2	2.353	12,52

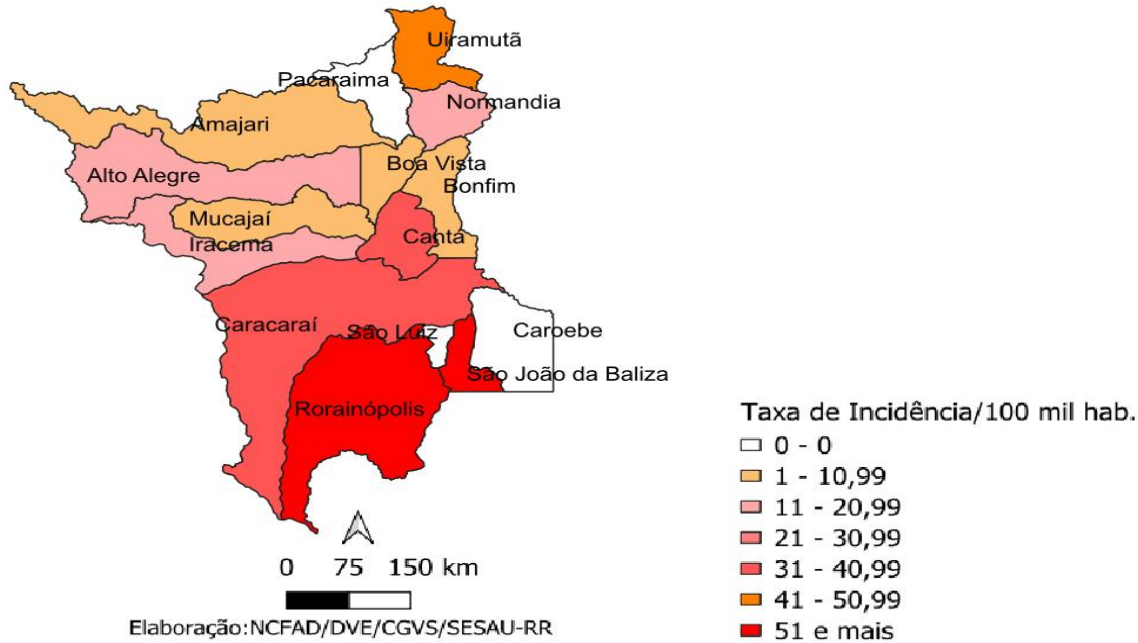
Fonte: GAL/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

O número de amostras com resultado “detectável” no GAL é maior que o número

de casos confirmados no SINAN. Isso se deve a realização de exames de controle de qualidade realizados pelo Laboratório de Referência Nacional, o que duplica o resultado detectável no com mesmo cadastro da amostra. Para realização da incidência e caracterização dos casos utilizamos as informações do Sinan.

No ano de 2024, foram confirmados 278 casos de Oropouche nos municípios de Roraima. Na figura 22, é apresentada distribuição espacial dos casos de Febre do Oropouche no estado de Roraima e a Taxa de Incidência da doença/100 mil habitantes. Os municípios de Pacaraima e Caroebe não apresentaram casos positivos. O município de São Luiz não notificou casos. Quanto a distribuição temporal dos casos de Oropouche diagnosticados no ano de 2024, observamos a que a concentração de casos foi entre as SE16 e a SE34, com o diagnóstico de 97,6% (n=329) dos casos, figura 23.

Figura 22: Distribuição espacial dos casos de Febre do Oropouche diagnosticados em Roraima, segundo município de residência do caso, no ano de 2023, Roraima, 2024



Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

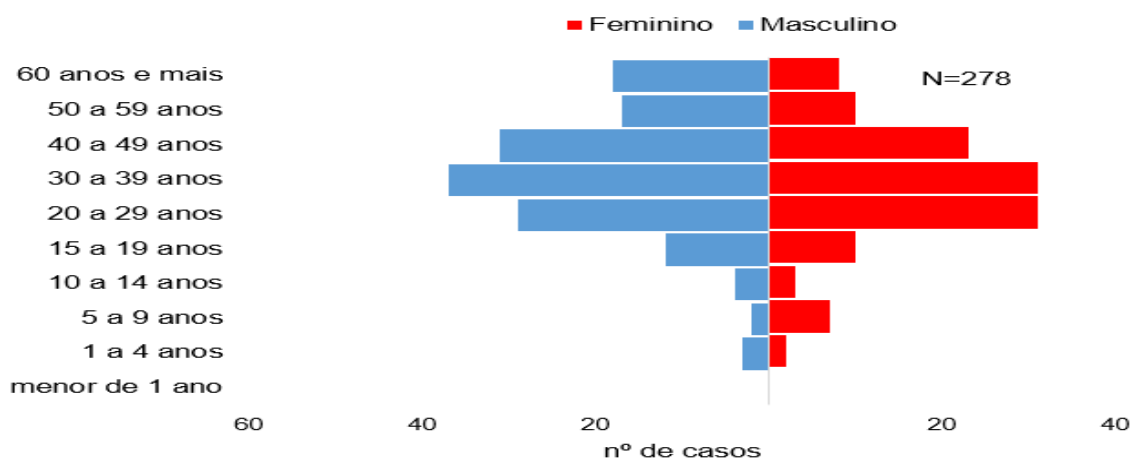
Figura 23: Distribuição temporal dos casos de Febre do Oropouche diagnosticados em Roraima no ano de 2024, segundo município de residência e semana epidemiológica do início dos sintomas, Roraima, 2025

[illegible]

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

Quanto a distribuição dos casos por faixa etária e sexo, 55% (n=153) são do sexo masculino e estão concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos com 65% (n=182), figura 24. Conforme a ficha de notificação, 206 são residentes na zona urbana e 72 residem na zona rural; em relação a gestação, 3 estavam grávidas durante o diagnóstico da febre do Oropouche, e não houve registro de má formação e/ou alteração neurológica da criança no momento do parto.

Figura 24: Casos de Febre do Oropouche diagnosticados em Roraima no ano de 2024, segundo faixa etária e sexo, Roraima, 2025



Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

FEBRE DO MAYARO

No ano de 2024 foram diagnosticados 22 casos de febre do Mayaro em residentes nos municípios de Roraima: Boa Vista (n=4), Bonfim (n=1), Cantá (n=1), Caracaraí (n=12), Iracema (n=1) e Rorainópolis (n=3).

Quanto as características sócio demográficas dos casos, 14 casos foram do sexo feminino; apenas 1 caso estava grávida no momento do diagnóstico e não houve registro de má formação e/ou alteração neurológica da criança no momento do parto; a mediana de idade foi de 39 anos (i=7-63); 90% (n=20) se declararam pardos e 82%(n=18) residiam na área urbana da sede dos municípios e 77% (n=17) dos casos tiveram o início dos sintomas entre as SE25 e SE29 (junho/julho).

Não houve relatos de surtos, os casos foram diagnosticados de forma passiva, através da busca laboratorial de exames que tiveram resultados negativos para dengue, chikungunya e zika. O diagnóstico foi feito através do RT-PCR de todos os casos.

VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL

A vigilância entomológica consiste no levantamento e na avaliação de indicadores entomológicos sobre a dispersão, a distribuição geográfica e a densidade das populações de vetores no tempo e no espaço, permitindo estimar os riscos de transmissão de patógenos em um território.

Em Roraima a metodologia utilizada para o levantamento e avaliação dos indicadores entomológicos para a vigilância das arboviroses, é o Levantamento rápido de índices para *Aedes Aegypti* – LIRAA. Estaremos apresentando neste documento, as informações do ano de 2024.

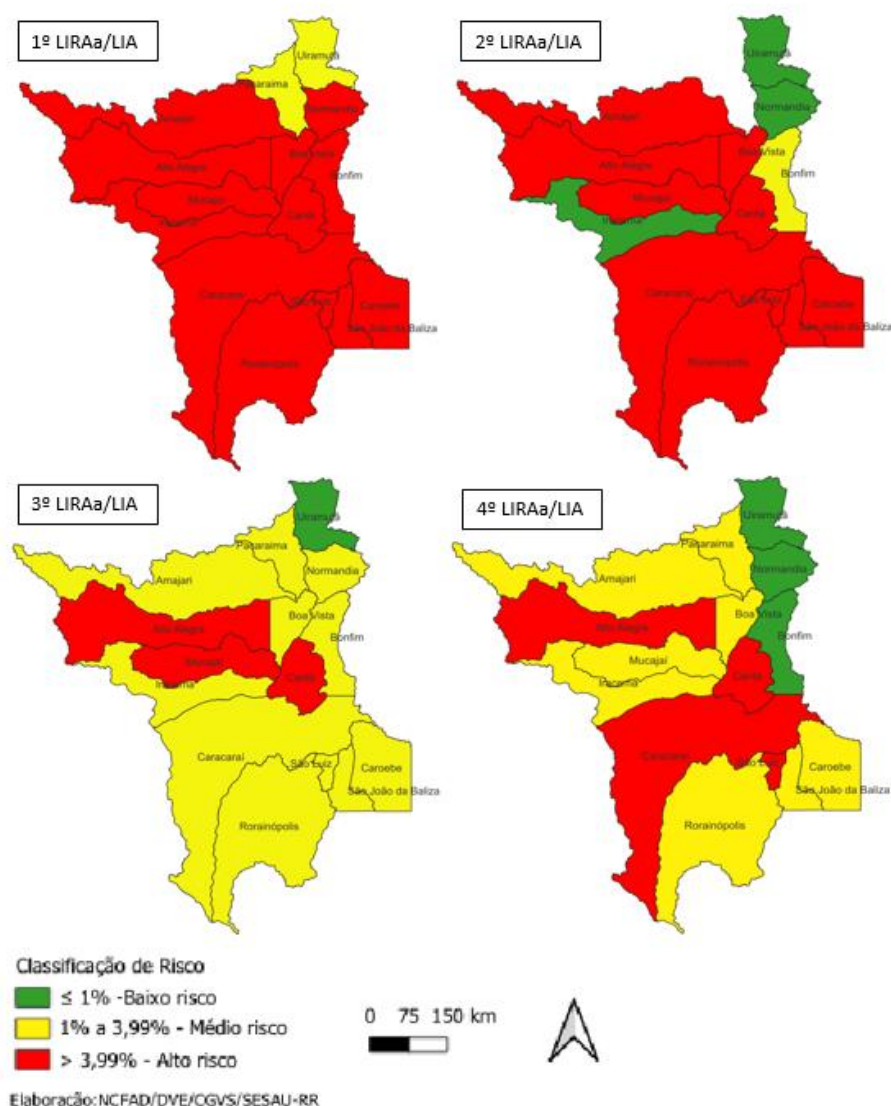
No estado de Roraima, no ano de 2023, foram realizados seis Levantamentos Rápido de Índices para o *Aedes aegypti* (LIRAA/LIA) pelos municípios do estado: dois de interesse estadual e quatro de interesse nacional. Os municípios de Normandia e Uiramutã realizam o LIA.

Os seis levantamentos foram pactuados em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no ano de 2023, e tinham como propósito ajudar os gestores municipais a avaliar as atividades desenvolvidas ao final de cada ciclo de visitas, ou seja, a cada sessenta dias, o LIRAA deveria ser realizado para demonstrar a qualidade

do trabalho de campo desenvolvido pelos Agentes de Combate às endemias. Além disso, os LIRAA/LIA nacionais estavam vinculados ao indicador do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQ-AVS): Município infestado realizar quatro Levantamentos entomológicos ao ano (LIRAA/LIA) ou trabalhar em 50% das semanas epidemiológicas com monitoramento por Armadilhas.

Todos os municípios de Roraima são comprovadamente infestados pelo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Na figura 25, temos o resultado dos LIRAA/LIA de interesse nacional, realizados ao longo de 2024. O município de Pacaraima não realizou o 2º LIRAA/LIA.

Figura 25- Mapas dos municípios do estado de Roraima, classificados de acordo com o risco pela infestação do *Aedes aegypti*, identificados nos LIRAA/LIA realizados no ano de 2024, Roraima



No 1º LIRAA/LIA, realizado no período de 5 a 11/05/2023 (início do período das chuvas em Roraima, inverno amazônico) 86% (n=13) dos municípios apresentaram o índice de infestação acima de 3,9%, sendo considerados de alto risco para ocorrência de epidemia. Os principais depósitos identificados no 1º LIRAA/LIA são apresentados na figura 26 .

Figura 26 - Tipos de depósitos identificados durante a realização do Levantamento Rápido de índices para *Aedes aegypti* no ano de 2024, segundo o município, Roraima, 2025

ALTO ALEGRE		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	40
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	30
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	54
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	33
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	35
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	29
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	41
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	33
AMAJARI		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	57
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	15
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	33
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	28
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	42
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	33
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	60
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	30
BOA VISTA		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	37
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	29
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	37
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	33
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	19
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	45
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	26
4º LIRAA/LIA	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	42
BONFIM		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	43
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	29
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	77
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	11
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	11
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	71
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	14
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	14
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	14
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	Não foram encontradas larvas do Aedes aegypti	

CANTÁ		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	29
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	23
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	34
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	21
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	19
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	41
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	24
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	46
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	30
CARACARÁ		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	35
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	33
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	41
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	32
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	60
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	40
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	60
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	20
CAROEBE		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	61
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	32
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	62
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	25
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	67
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	33
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	50
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	25
IRACEMA		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	30
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	22
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	100
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	67
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	17
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	50
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	33
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	33
MUCAJÁ		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	43
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	23
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	75
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	12
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	50
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	33
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	50
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	20
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	20

NORMANDIA		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	42
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	28
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	100
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	50
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	33
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	1
PACARAÍMA		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	33
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	26
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	Não realizou	
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	50
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	25
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	25
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	25
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	25
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	25
RORAINÓPOLIS		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	45
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	19
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	37
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	22
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	36
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	29
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	19
4º LIRAA/LIA (09/12/ a 13/12/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	37
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	31
SÃO JOÃO DA BALIZA		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	40
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	22
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	56
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	37
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	44
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	33
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	22
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	37
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	31
SÃO LUIZ		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	69
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	19
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	50
	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	40
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	55
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	27
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	18
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	46
	D1- Depósito passível de remoção (pneus e outros materiais rodantes)	40

UIRAMUTÃ		
PERÍODO	TIPO DE DEPÓSITO	%
1º LIRAA/LIA (5 a 11/05/2024)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	71
	B - Pequenos depósitos móveis- (vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo)	14
2º LIRAA/LIA (29/07 a 2/08/24)	D2- Depósito passível de remoção (lixo, recipientes plásticos etc)	40
	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	20
3º LIRAA/LIA (30/09 a 04/10/2024)	A2 - Depósito ao nível do solo para armazenamento de água (tonel, tambor, caixa d água etc)	100
4º LIRAA/LIA (09/12 a 13/12/2024)	Não foram encontradas larvas do <i>Aedes aegypti</i>	

Fonte: Sistema LIRAA/LIA/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU acesso em 25/07/2025

O segundo LIRAA/LIA do ano de 2024 (29/07 a 02/08), apresentou como resultado 66% (n=10) dos municípios com classificação de alto índice de infestação para o *Aedes aegypti*. Os depósitos tipo D2 (Depósito passível de remoção, como o lixo, recipientes plásticos etc.), B (pequenos depósitos móveis – vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo) e A2 (depósito ao nível do solo para armazenamento de água- tonel, tambor, caixa d água etc.), foram os mais prevalentes. O município de Pacaraima não realizou o 2º LIRAA do ano de 2024.

No terceiro LIRAA/LIA, que ocorreu entre os dias 30/09 e 04/10/2024, foi observada uma melhora em relação ao percentual de municípios classificados com alta infestação: apenas 20%(n=3) dos municípios foram classificados com alto risco para epidemia de dengue, chikungunya e zika. O depósito predominante foi o D2 (Depósito passível de remoção, como o lixo, recipientes plásticos etc.), seguido do A2 (Depósito ao nível do solo para armazenamento de água, como tonel, tambor, caixa d água etc.).

O último LIRAA/LIA foi realizado no período de 9 a 13/12/2024, mostrou 3 municípios com baixo risco; 8 municípios com médio risco e 4 classificados com alto risco para epidemia de dengue, zika e chikungunya. O depósito predominante foi o A2 (Depósito ao nível do solo para armazenamento de água, como tonel, tambor, caixa d'água etc.) presente em 53% (n=8) dos municípios.

A principal atividade de controle vetorial executada pelos municípios é a visita domiciliar. É uma atividade de rotina que faz parte do rol das atividades dos Agentes de Combate as Endemias. Tem enfoque na educação sanitária, com a sensibilização da população para participar de forma ativa no controle das arboviroses. Durante um ano são realizados 6 ciclos de visitas nos imóveis existentes. A meta é de 100% dos imóveis visitados a cada ciclo. Na figura 27 é apresentado o percentual de visitas

realizados em cada ciclo por cada município no ano de 2024.

Observamos que o município de Boa Vista, que é onde se concentram mais de 60% do imóveis existentes em todo estado, os ciclos de visitas não alcançaram nem 50%. Isso se deve ao número de ACE ser insuficiente para o número de imóveis existentes. Considerando a dificuldade de se adequar o quantitativo de ACE nos diversos municípios do Brasil, o Ministério da Saúde está propondo a adoção de novas tecnologias para o controle do *Aedes aegypti*, que deverão ser implementadas pelos municípios em substituição das visitas domiciliares em locais onde não há cobertura de ACE e/ou que apresente fatores ambientais/estruturais/sociais/culturais que as visitas não consigam resolver os problemas que favorecem a proliferação do vetor das arboviroses.

Figura 27- Demonstrativo do percentual de imóveis visitados, nos 6 ciclos de visitas preconizados, pelos municípios do estado de Roraima no ano de 2024, Roraima

MUNICÍPIO	Nº DE IMÓVEIS EXISTENTES	1º CICLO		2º CICLO		3º CICLO		4º CICLO		5º CICLO		6º CICLO	
		31/12/2023 a 02/03/2024		03/03/2024 a 27/04/2024		28/04/2024 a 29/06/2024		30/06/2024 a 31/08/2024		01/09/2024 a 02/11/2024		03/11/2024 a 28/12/2024	
		IMÓVEIS TRABALHADOS	PERCENTUAL ALCANÇADO	IMÓVEIS TRABALHADOS	PERCENTUAL ALCANÇADO	IMÓVEIS TRABALHADOS	PERCENTUAL ALCANÇADO	IMÓVEIS TRABALHADOS	PERCENTUAL ALCANÇADO	IMÓVEIS TRABALHADOS	PERCENTUAL ALCANÇADO	IMÓVEIS TRABALHADOS	PERCENTUAL ALCANÇADO
ALTO ALEGRE	4.473	4.333	96,87	4.300	96,13	1.876	41,94	3.865	86,41	4.248	94,97	3.590	80,26
AMAJARI	2.708	1.666	61,52	1.514	55,91	952	35,16	1.334	49,26	1.275	47,08	423	15,62
BOA VISTA	195.960	51.941	26,51	66.202	33,78	70.462	35,96	80.382	41,02	73.954	37,74	59.599	30,41
BONFIM	4.451	4.717	105,98	4.400	98,85	4.326	97,19	3.952	88,79	4.073	91,51	4.532	101,82
CANTÁ	3.999	3.986	99,67	3.645	91,15	3.753	93,85	3.824	95,62	3.828	95,72	3.768	94,22
CARACARAÍ	8.052	6.987	86,77	7.483	92,93	7.332	91,06	7.244	89,97	6.872	85,35	4.733	58,78
CAROEBE	3.558	3.600	101,18	3.622	101,80	3.628	101,97	3.625	101,88	3.687	103,63	3.647	102,50
IRACEMA	2.931	1.101	37,56	1.323	45,14	1.659	56,60	1.876	64,01	2.000	68,24	2.068	70,56
MUCAJÁI	5.802	3.970	68,42	4.007	69,06	4.056	69,91	3.737	64,41	4.358	75,11	2.491	42,93
NORMANDIA	1.376	943	68,53	1.250	90,84	1.393	101,24	1.252	90,99	1.110	80,67	1.151	83,65
PACARAIMA	4.102	2.786	67,92	3.985	97,15	3.825	93,25	3.910	95,32	3.271	79,74	3.532	86,10
RORAINÓPOLIS	13.979	12.471	89,21	12.912	92,37	12.610	90,21	12.424	88,88	13.832	98,95	13.715	98,11
S J BALIZA	2.778	2.765	99,53	2.547	91,68	2.507	90,24	3.529	127,03	2.857	102,84	2.643	95,14
SÃO LUIZ	2.154	556	25,81	1.878	87,19	1.302	60,45	1.827	84,82	1.712	79,48	1.376	63,88
UIRAMUTÃ	952	1.007	105,78	1.137	119,43	1.142	119,96	1.193	125,32	1.240	130,25	1.209	127,00
TOTAL	257.275	102.829	39,97	120.205	46,72	120.823	46,96	133.974	52,07	128.317	49,88	108.477	42,16

Fonte: SisPNCD/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU acesso em 01/05/2024

A vigilância entomológica, no estado de Roraima, se dá unicamente pela realização do LIRA/LIA, e assim como o ano de 2023, a presença do *Aedes albopictus* com a mesma densidade do *Aedes aegypti*, nos municípios do interior, chegando às vezes, ser maior que a do *Aedes aegypti*. É necessário investir no fortalecimento das

ações de vigilância entomológica em todos os municípios do estado, incluindo a estruturação, fornecimento de materiais e insumos, e principalmente em capacitação técnica.

O NCFAD deverá durante o ano de 2025 implantar as novas tecnologias propostas nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas, visando o controle do *Aedes aegypti* de forma a reduzir ou interromper a transmissão de doenças. Todos os esforços devem ser feitos para evitar a reprodução e proliferação dos mosquitos a fim de manter níveis de infestação que não propiciem transmissão sustentada de doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 2 de julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde: volume 2. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. -6. ed. -Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>. Acesso em: 2 de julho de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Escola Fiocruz de Governo. Fundação Oswaldo Cruz. Especialização EpiSUS intermediário. Guia do Estudante – Módulo1. Brasília: [Curso na modalidade à distância]. Fiocruz-2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: Geral – Versão preliminar ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública por dengue, chikungunya e Zika. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_dengue_chikungunya_zika.pdf . Acesso em: 22 de julho de 2025.

Painel de Monitoramento da Arboviroses – Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento>

. Acesso em 11/06/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doença Transmissíveis. Diretrizes nacionais para prevenção e controle das Arboviroses Urbanas: vigilância entomológica e controle vetorial [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses – Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf. Acesso em: 2 de julho de 2025.

6.11 MALÁRIA

O Núcleo Estadual de Controle da Malária-NCM é vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica-DVE, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde-CGVS, da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima.

Apesar dos progressos obtidos no combate à malária, ela ainda é considerada um dos mais sérios problemas mundiais de saúde pública, sendo uma das doenças de maior impacto na morbidade e na mortalidade da população dos países situados nas regiões tropicais e subtropicais do planeta (Brasil, 2020).

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a *Estratégia Técnica Global para Malária*, alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, que incluíam a meta de eliminar as epidemias de malária até 2030 (ONU, 2015). Nesse contexto, o Brasil lançou seu primeiro plano de eliminação da malária por *Plasmodium falciparum*, com prazo até 2030. Em 2022, o país ampliou essa estratégia com o *Plano de Eliminação da Malária*, que visa erradicar todos os casos autóctones até 2035, concentrando os últimos cinco anos (2030-2035) no combate exclusivo à transmissão por *P. vivax*.

O plano estabelece metas intermediárias claras: até 2025, a incidência de malária deve ser reduzida para menos de 68 mil casos; até 2030, o número de casos deve cair para menos de 14 mil, com zero óbitos registrados e a eliminação completa da transmissão por *P. falciparum*. Esses objetivos refletem o compromisso do Brasil com a erradicação gradual e monitorada da doença.

O *Programa Nacional de Eliminação da Malária* segue os três pilares recomendados pela OMS em sua estratégia global (2015): (1) garantia de acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento; (2) aceleração dos esforços para alcançar o status de país livre de malária; e (3) consolidação da vigilância epidemiológica como intervenção central (BRASIL, 2022a). Essa estrutura busca assegurar uma abordagem integrada e sustentável para a eliminação da doença no território nacional. De acordo com o Plano Nacional de Eliminação da Malária (BRASIL, 2022a), cabe à esfera estadual:

Normatizar diretrizes técnicas complementares às federais para vigilância, controle, diagnóstico e tratamento da malária, além de garantir a distribuição, armazenamento e transporte adequado de insumos estratégicos aos municípios. Compete também ao estado a aquisição complementar de materiais não estratégicos,

conforme pactuações, e o monitoramento epidemiológico para recomendar medidas de prevenção e controle.

O apoio técnico inclui a orientação municipal na aplicação de diretrizes (como uso do MILD, eficácia da BRI e termonebulização), utilização de sistemas nacionais de informação, e execução de ações de vigilância, com suporte remoto (telefone, videoconferências) e capacitação de profissionais.

Adicionalmente, o estado deve promover estratégias de participação social, divulgar medidas preventivas, monitorar indicadores do SUS, fomentar pesquisas e assegurar qualidade laboratorial (via Lacen). Por fim, presta cooperação técnica e financeira aos municípios para fortalecer as ações de eliminação da malária.

Este relatório apresenta uma análise epidemiológica da malária no estado de Roraima em 2024, destacando a situação da doença e as estratégias de controle implementadas. O documento também descreve as ações executadas pelo Núcleo de Controle de Malária (NCM) no exercício de suas competências, com ênfase no apoio técnico prestado aos municípios para o alcance das metas de eliminação da doença.

Malária no mundo

Em 2023, a malária afetou globalmente 263 milhões de pessoas (60,4 casos/1.000 habitantes em risco) distribuídos por 83 países endêmicos, incluindo o território da Guiana Francesa. No mesmo período, a doença provocou 597 mil mortes (13,7 óbitos/100.000 habitantes) (WHO, 2024).

No período entre 2000 e 2023, a Região das Américas experimentou avanços significativos no controle da malária, com redução de 65,4% nos casos reportados (de 1,6 milhão para 550 mil) e diminuição de 61,8% na mortalidade (de 896 para 342 óbitos). Em 2023, o Brasil liderou o cenário regional juntamente com Venezuela e Colômbia, países que concentraram 76,8% do total de casos. O *Plasmodium vivax* foi responsável por 72,1% das infecções registradas (WHO, 2024).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a atividade garimpeira em regiões remotas da Amazônia atrai populações com acesso limitado à saúde, aumentando a vulnerabilidade à malária e perpetuando a transmissão em países como Brasil, Colômbia, Venezuela e Guiana, com impacto desproporcional sobre povos indígenas e comunidades afrodescendentes. Esses grupos enfrentam iniquidades em saúde,

incluindo menor expectativa de vida, maior carga de doenças, altas taxas de mortalidade materno-infantil e desnutrição, agravadas por estigma, pobreza e barreiras no acesso a serviços de qualidade (WHO, 2024).

A malária no Brasil

No Brasil, a região amazônica é considerada área endêmica para malária no país, registrando 99% dos casos autóctones. A região compreende os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão. Nas áreas fora da região amazônica mais de 80% dos casos registrados são importados dos estados pertencentes à área endêmica e outros países amazônicos ou do continente africano. Apesar disso, existe transmissão residual de malária em estados da região extra-amazônica, principalmente em áreas de Mata Atlântica (SP, MG, RJ e ES) (BRASIL, 2021).

A região amazônica apresentou uma tendência decrescente nos casos de malária entre 2013 e 2016, seguida por um aumento expressivo de 52,7% em 2017, totalizando 189.189 casos. Após nova redução até 2022 (128.600 casos), observou-se um crescimento de 8,8% em 2023, com 139.884 casos registrados. A análise por áreas especiais revela padrões distintos. Nas áreas de garimpo, houve um aumento de 41,9% em 2019, sendo a única área especial com crescimento nesse ano, seguido por um acúmulo de 192,9% entre 2019 e 2022, passando de 7.811 para 22.878 casos. Esse aumento está associado à expansão territorial (35 mil hectares em 2022) e às atividades ilegais em terras indígenas, embora em 2023 tenha sido registrada uma redução de 11% nos casos (BRASIL, 2024).

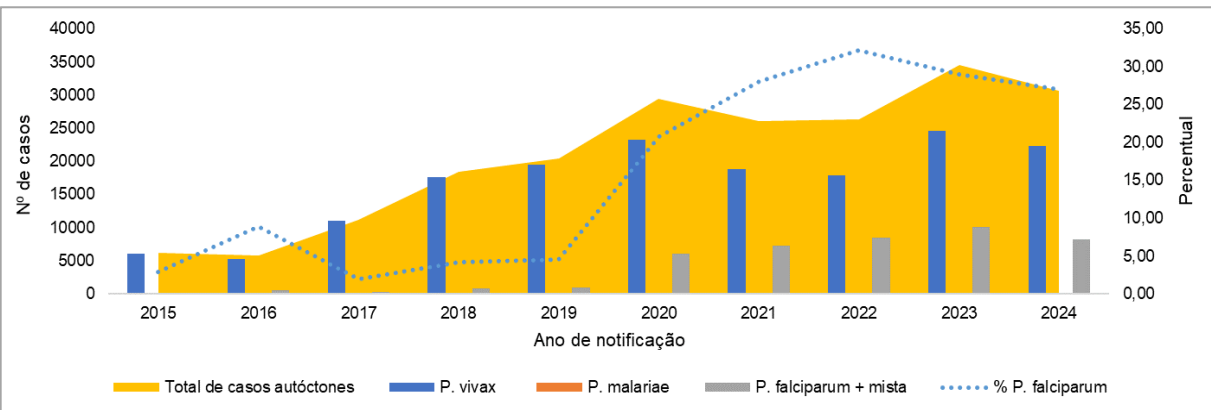
Já nas áreas indígenas, verificou-se um incremento de 14,6% em 2019, contrariando a tendência geral. Após flutuações (aumento de 20,3% em 2020 e quedas de 5% em 2021 e 14% em 2022), houve um crescimento recorde de 41,2% em 2023, totalizando 55.974 casos. Esse cenário reflete a melhoria na vigilância pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a declaração de Emergência em Saúde Pública no DSEI Yanomami e o aumento de 38,7% na realização de exames nesse território entre 2022 e 2023. Destaques regionais incluem o DSEI Yanomami, com 31.206 casos (+99,2%), o DSEI Parintins, que registrou um surto de 3.540 casos (+5.703,3%), e o DSEI Manaus, com 213 casos (+147,7%) (BRASIL, 2024).

Em 2023, a Amazônia registrou 139.884 casos de malária, com 88% concentrados em áreas indígenas (40%), rurais (33,4%) e de garimpo (14,6%). Amazonas, Roraima e Pará foram os estados mais afetados. Os grupos mais vulneráveis incluíram crianças (22,9%), homens (60,3%) e trabalhadores rurais/garimpeiros (38,7% somados). O *Plasmodium vivax* predominou (82,5% dos casos), demandando ações específicas para essas populações-chave. (BRASIL, 2024)

Situação Epidemiológica da Malária em Roraima

Em 2024, foram registrados 30.632 casos autóctones de malária no estado de Roraima, representando uma redução de 11,44% em comparação com 2023, quando houve 34.590 casos. A forma parasitária mais frequente continuou sendo *Plasmodium vivax*, com 22.309 casos em 2024. Quanto ao *Plasmodium falciparum*, houve um ligeiro declínio no percentual em relação ao total de casos, passando de 29,03% em 2023 para 26,99% em 2024, uma redução de 2,04 pontos percentuais. No entanto, quando analisado em uma perspectiva de longo prazo, o percentual de *P. falciparum* ainda se mantém significativamente mais alto do que em anos anteriores, como em 2015, quando representava apenas 2,91% dos casos (Figura 1).

Figura 1. Série histórica dos casos autóctones de malária por forma parasitária e variação do percentual de *P. falciparum*, Roraima, 2015 a 2024.

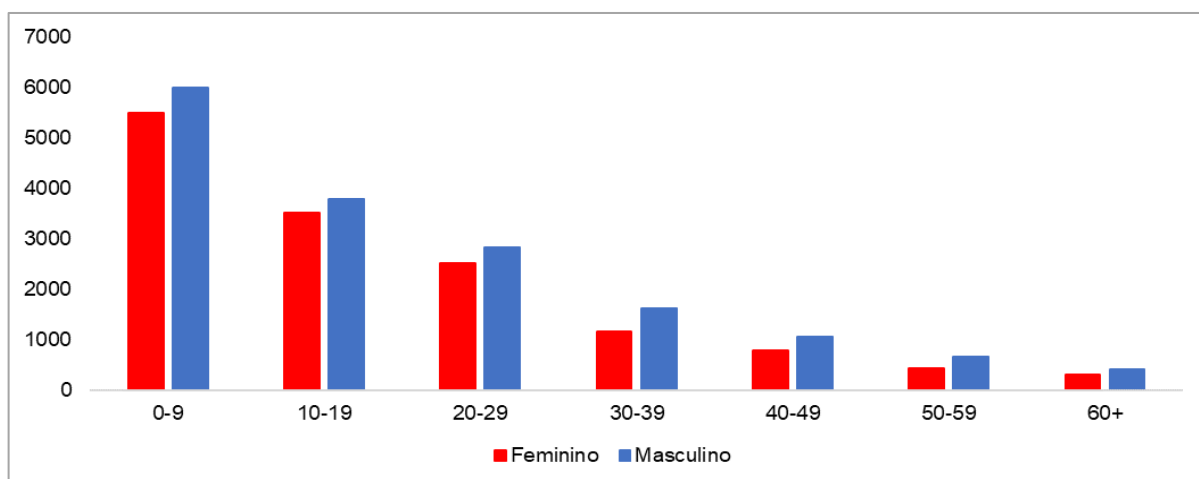


Fonte: Sivep-Malária, atualizado em: 21/07/2024. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

Os homens foram os mais afetados pela doença, representando 53,5% dos casos (16.393), enquanto as mulheres corresponderam a 46,5% (14.239). A faixa etária de 0 a 9 anos concentrou o maior número de casos (11.491, ou 37,5% do total),

seguida pela de 10-19 anos (7.322 casos, 23,9%). Entre adultos, os casos diminuíram progressivamente com a idade, sendo 20-29 anos (5.344 casos), 30-39 anos (2.805 casos) e 40-49 anos (1.852 casos) as faixas seguintes em incidência (Figura 2)

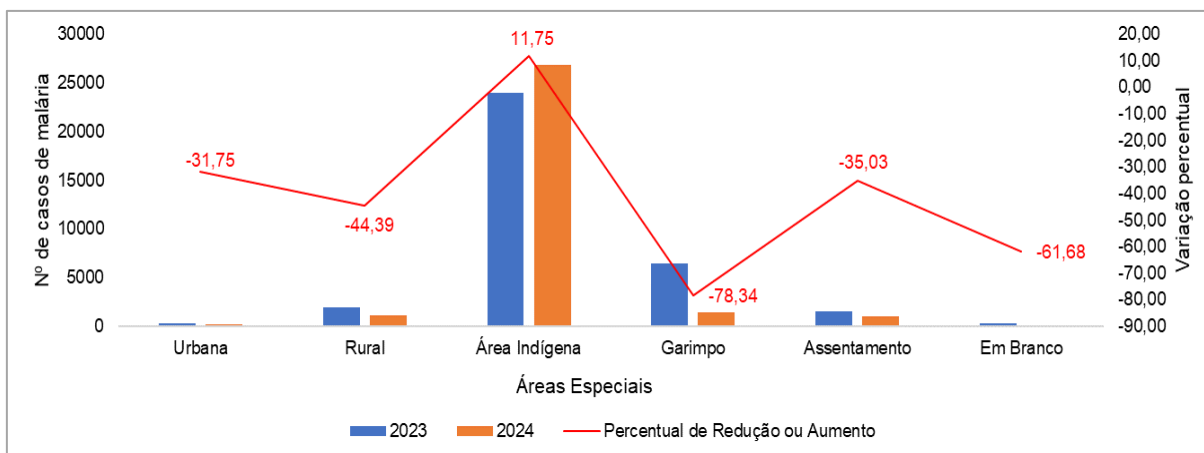
Figura 2. Casos de malária autóctone de acordo com a faixa etária e sexo, Roraima, 2024 (n=30.632)



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em: 21/07/2024. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

Em relação às áreas especiais de transmissão de malária os casos autóctones de Roraima apresentaram variações significativas entre 2023 e 2024. Na zona urbana, houve uma redução de 31,75%, passando de 274 para 187 casos. Já na área rural, a queda foi ainda mais acentuada, com diminuição de 44,39%, saindo de 1.978 para 1.100 casos. Em contraste, as terras indígenas registraram um aumento de 11,75%, subindo de 24.001 para 26.822 casos, o que destaca essa região como a mais crítica em termos de transmissão da doença, principalmente na Área Indígena Yanomami. A transmissão em área de garimpo apresentou a maior redução (78,34%), com casos caindo de 6.483 para 1.404. Nos assentamentos, a redução foi de 35,03%, passando de 1.533 para 996 casos, enquanto os registros em branco tiveram uma queda expressiva de 61,68%, de 321 para 123 casos, demonstrando melhoria nas investigações dos casos (Figura 3).

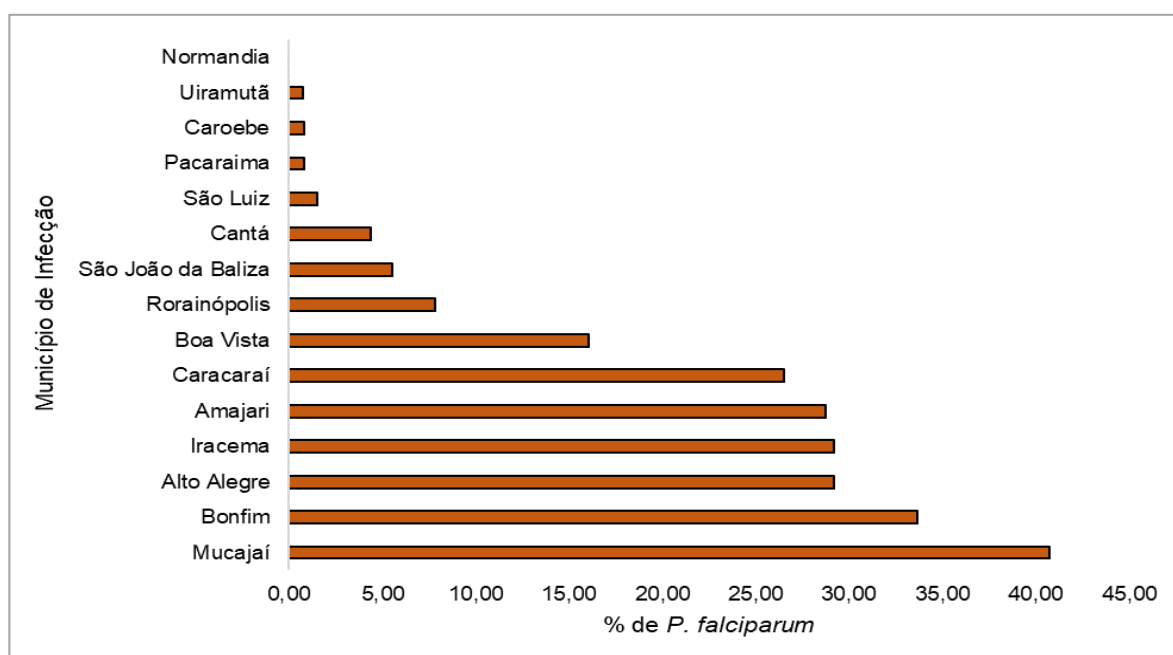
Figura 3. Casos autóctones de malária de acordo com a área especial de transmissão e percentual de redução ou aumento, Roraima, 2023 e 2024



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em: 12/07/2024. Dados do Sinan atualizados em: 21/07/2022. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

Ao analisar a proporção de casos de malária causados pelo *Plasmodium falciparum*, o município de Mucajaí destaca-se com a maior prevalência (40,7% dos casos), seguido por Bonfim (33,6%) e Alto Alegre (29,2%). Em contraste, Normandia não registrou casos por esta espécie, enquanto Uiramutã (0,7%), Caroebe (0,8%) e Pacaraima (0,8%) mostraram as menores proporções (Figura 4).

Figura 4. Percentual de malária por *P. falciparum* + mista por município de infecção, Roraima, 2024



Fonte: Sivep-Malária atualizados em: 21/07/2024. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC). *P. vivax* inclui infecções por *P. vivax* e resultados de exame por Teste de Diagnóstico Rápido de Não falciparum. Malária mista incluem os casos de coinfeção por *P. falciparum* + *P. vivax* e *P. falciparum* + *P. malariae*.

Roraima registrou uma redução de 11,28% nos casos de malária, passando de 34.459 em 2023 para 30.571 em 2024. A maioria dos municípios registrou redução nos casos, com Normandia apresentando a maior queda (-86,11%), seguida por Boa Vista (-66,21%) e Mucajaí (-63,88%). No entanto, alguns municípios tiveram aumentos significativos, como Pacaraima, onde os casos subiram 1.085,25% (de 61 para 723), e Uiramutã, com um aumento de 200,72% (de 138 para 415). Municípios como São Luiz e São João da Baliza também tiveram incrementos acima de 20% (Tabela 2).

Tabela 2. Número de casos autóctones e percentual de redução/aumento por município de infecção, Roraima, 2023 e 2024.

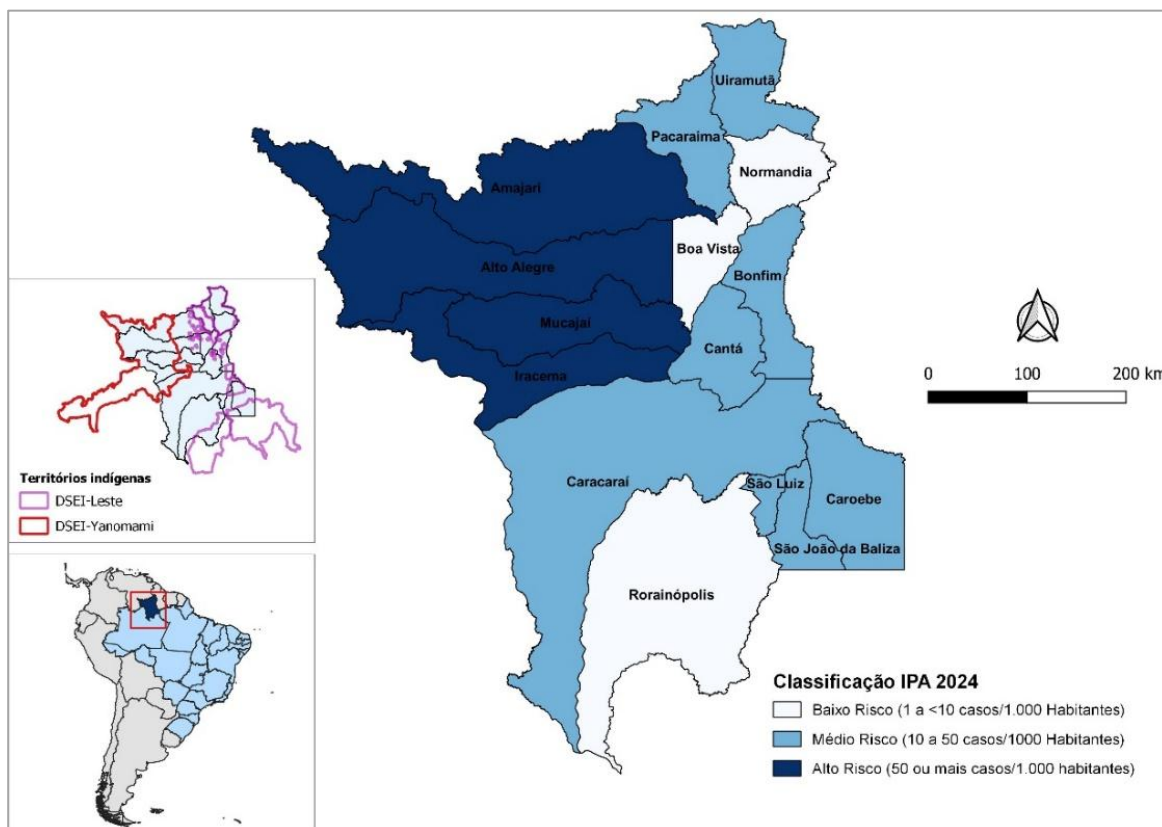
Município de Infecção	2023	2024	Percentual de aumento ou redução
Normandia	72	10	-86,11
Boa Vista	219	74	-66,21
Mucajai	3281	1185	-63,88
Caracaráí	2010	920	-54,23
Canta	995	527	-47,04
Bonfim	195	110	-43,59
Rorainópolis	228	166	-27,19
Iracema	2437	1799	-26,18
Caroebe	610	516	-15,41
Amajari	9198	8515	-7,43
Alto Alegre	14725	15250	3,57
Sao João da Baliza	133	162	21,80
Sao Luiz	157	199	26,75
Uiramutã	138	415	200,72
Pacaraima	61	723	1085,25
Roraima	34459	30571	-11,28

Fonte: Sivep-Malária, atualizado em: 12/07/2023. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC) e municípios com classificação ignorado ou em branco.

Em 2024, todos os 15 municípios de Roraima registraram transmissão de malária, com níveis de risco variando conforme a Incidência Parasitária Anual (IPA). Municípios como Boa Vista, Normandia e Rorainópolis apresentaram baixo risco (1 a <10 casos por 1.000 habitantes), enquanto Uiramutã, Pacaraima, Bonfim, Cantá, Caracaráí, São Luiz, São João da Baliza e Caroebe ficaram na faixa de médio risco (10 a 50 casos por 1.000 habitantes). As áreas mais críticas, classificadas como alto

risco (≥ 50 casos por 1.000 habitantes), incluem Amajari, Alto Alegre, Mucajaí e Iracema - todos com territórios que abrangem Terras Indígenas Yanomami, que concentram a maior carga de casos de malária no estado (Figura 5).

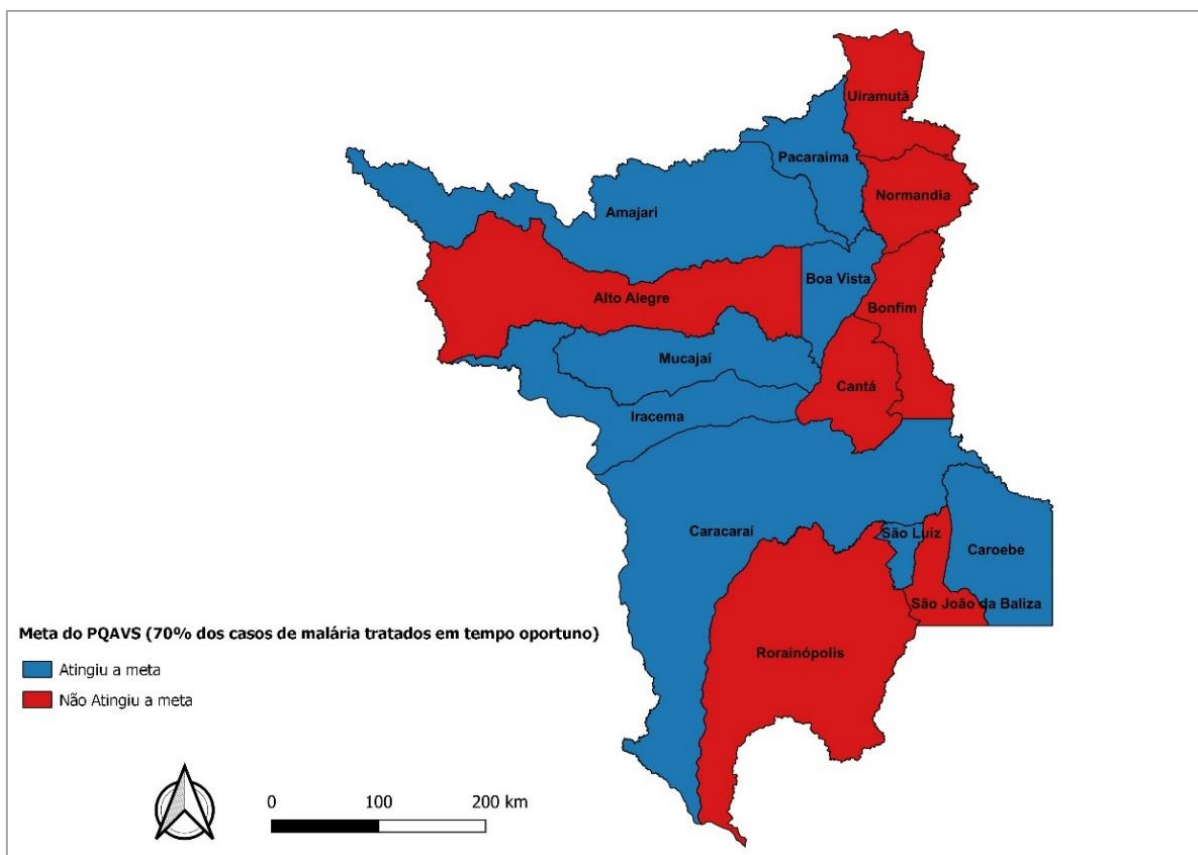
Figura 5. Mapa de risco de malária do estado de Roraima, por município de infecção, 2024



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em: 21/07/2024. Dados do Sinan atualizados em: 21/07/2022. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

No âmbito do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), o indicador 'Proporção de casos de malária investigados e classificados corretamente' revelou que, em 2024, 77% dos casos sintomáticos de malária notificados em Roraima receberam tratamento oportuno. A análise por município demonstrou que apenas oito (08) municípios atingiram a meta de 70% estabelecida: Amajari, Pacaraima, Boa Vista, Mucajaí, Iracema, Caracará, São Luiz e Caroebe (Figura 6).

Figura 6. Mapa de oportunidade de tratamento de acordo com o resultado do PQA-VS por município, Roraima, 2024



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/072024. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC), resultados negativos e casos sem relato de sintomas. Casos tratados em tempo oportuno referem-se a casos sintomáticos de malária, autóctones tratados em até 48 horas após o início dos sintomas e importados tratados em até 96h após o início dos sintomas.

No período analisado, observou-se uma redução de 42% nas internações por malária em Roraima, com 405 casos registrados em 2023 contra 234 em 2024. Boa Vista concentrou mais de 90% dos casos em ambos os anos. O *Plasmodium vivax* foi a espécie predominante (55,06% em 2023; 61,11% em 2024), seguida por *P. falciparum*, com melhoria na especificação diagnóstica, evidenciada pela redução de 37% nos casos não classificados. Na distribuição por faixa etária, adultos de 20 a 39 anos permaneceram como o grupo mais afetado, seguido por crianças de 1 a 9 anos. Quanto ao gênero, houve uma inversão no perfil: em 2023, as mulheres representavam 53,33% das internações, enquanto em 2024 os homens passaram a predominar (53,42%). Em relação à raça/cor, pardos e indígenas foram os grupos mais atingidos, com destaque para o aumento proporcional de casos entre indígenas (25,93% em 2023 para 33,76% em 2024) (Tabela 3).

Tabela 3. Internações por malária por município de internação, forma parasitária, faixa etária, gênero e raça, Roraima, 2023 a 2024.

Variáveis	2023		2024	
Município de Internação	Nº	%	Nº	%
Alto Alegre	6	1,48	0	0,00
Boa Vista	370	91,36	213	91,03
Caracaráí	3	0,74	0	0,00
Caroebe	3	0,74	1	0,43
Normandia	1	0,25	0	0,00
Pacaraima	2	0,49	6	2,56
Rorainópolis	18	4,44	10	4,27
São João da Baliza	1	0,25	3	1,28
São Luiz	1	0,25	1	0,43
Forma parasitária				
<i>Plasmodium falciparum</i>	139	34,32	64	27,35
<i>Plasmodium vivax</i>	223	55,06	143	61,11
Malária não especificada	43	10,62	27	11,54
Faixa etária				
Menor 1 ano	12	2,96	13	5,56
1 a 9 anos	94	23,21	62	26,50
10 a 19 anos	51	12,59	35	14,96
20 a 39 anos	185	45,68	82	35,04
40 a 59 anos	50	12,35	25	10,68
60 +	13	3,21	17	7,26
Sexo				
Masculino	189	46,67	125	53,42
Feminino	216	53,33	109	46,58
Cor/raça				
Branca	9	2,22	4	1,71
Preta	1	0,25	1	0,43
Parda	253	62,47	144	61,54
Amarela	4	0,99	6	2,56
Indígena	105	25,93	79	33,76
Sem informação	33	8,15	0	0,00
Total	405		234	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 21/07/2024.

Em 2024, Roraima registrou uma redução de 39% nos óbitos por malária em comparação com 2023 (de 33 para 20 casos), porém com mudanças epidemiológicas preocupantes. O *Plasmodium vivax* mostrou-se mais letal, respondendo por 60% dos

óbitos em 2024 (ante 48,48% no ano anterior), enquanto o *P. falciparum* diminuiu para 30% e registrou-se um caso raro por *P. malariae*. As crianças de 1 a 9 anos foram as mais afetadas, passando de 33,33% para 60% dos óbitos, e os indígenas representaram 95% das mortes em 2024 (87,88% em 2023). (Tabela 4)

Tabela 4. Óbitos por malária segundo forma parasitária, gênero, faixa etária e raça/cor, Roraima, 2023 a 2024

Variáveis	2023		2024	
	N	%	N	%
Forma Parasitária				
<i>P. falciparum</i>	15	45,45	6	30
<i>P. vivax</i>	16	48,48	12	60
<i>P. malariae</i>	0	0,00	1	5
Malária Não especificada	2	6,06	1	5
Gênero				
Masculino	18	54,55	11	55
Feminino	15	45,45	9	45
Faixa Etária				
Menor de 01 ano	5	15,15	4	20
01 a 09 anos	11	33,33	12	60
10 a 19 anos	6	18,18	1	5
20 a 39 anos	4	12,12	2	10
40 a 59 anos	2	6,06	1	5
60 anos +	5	15,15	0	0
Raça/Cor				
Sem Informação	0	0,00	0	0
Branca	2	6,06	0	0
Preta	0	0,00	0	0
Parda	2	6,06	1	5
Indígena	29	87,88	19	95
Total	33		20	

Fonte: SIM/NCM/DVE/CGVS/SESAU, 29/07/2025.

O Núcleo de Controle da Malária realizou ao longo do ano de 2024 uma série de ações estratégicas voltadas ao fortalecimento do combate à doença, abrangendo planejamento epidemiológico, capacitação de profissionais, supervisão em municípios e aprimoramento dos sistemas de vigilância. Entre as principais atividades, destacam-se a elaboração da estratificação epidemiológica para direcionar as ações de controle

vetorial nos 15 municípios de Roraima e no DSEI-Leste, além de reuniões com equipes de endemias para avaliar ciclos de borrifação intradomiciliar (BRI), atualização de dados no Sivep-Malária e desempenho na meta do PQAVS. Foram conduzidos treinamentos em testagem de G6PD e tratamento da malária para profissionais de saúde do DSEI Yanomami e DSEI Leste, bem como capacitações em análise epidemiológica e controle vetorial para Agentes Comunitários de Endemias (ACE/ACS).

A assistência farmacêutica foi fortalecida com visitas técnicas para avaliação da dispensação de medicamentos, como o Artesunato Injetável no HGR, e auditorias no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES). A implementação da Tafenoquina recebeu apoio logístico, com ajustes nos fluxos de notificação e registro de casos na CASAI. Em campo, foram realizadas supervisões em laboratórios de malária, como na Clínica Mais Saúde em Rorainópolis, e ações conjuntas em localidades de alta transmissão, como Morada Nova (Baliza e São Luiz). Comunidades indígenas, como Sorocaima (Pacaraima), receberam capacitações para aprimorar diagnóstico, tratamento e preenchimento correto do Sivep-Malária.

Na vigilância hospitalar, houve organização de fluxos de notificação em unidades como o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. O controle vetorial foi reforçado com cursos em entomologia e atualizações no sistema Vetores-Malária. Articulações com o DSEI-Yanomami e a CEMA/MS permitiram melhorias no atendimento a casos graves e na implementação de novas estratégias terapêuticas. Apesar de muitas ações não estarem previstas no Plano Anual de Trabalho (PAT), foram essenciais para o avanço no controle da malária, com monitoramento contínuo por meio dos sistemas Sivep-Malária, SIES e Vetores-Malária, garantindo respostas mais eficazes nas áreas de maior risco.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Malária**. In: Guia de Vigilância em Saúde, p. 839 a 872, Brasília: MS/SVS; 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Elimina Malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária**. – Brasília, 2022a.

WHO - World Health Organization. **World malaria report 2023: 20 years of global progress and challenges**. Geneva: WHO; 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico 14: **Caracterização da malária em áreas especiais da região amazônica**. Volume 55, 1 out. 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-14.pdf> . Acesso em: 21/07/2025.

6.12 ZOONOSES

As zoonoses emergentes ou reemergentes são, respectivamente doenças novas (exóticas) e aquelas que reaparecem após período de declínio significativo ou com risco de aumento no futuro próximo, promovendo significativo impacto sobre o ser humano, devido à sua gravidade e à potencialidade de deixar sequelas e morte.

A execução das ações, das atividades e das estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, além de raiva e leishmanioses, estende-se para outras doenças de transmissão vetorial. Assim tais doenças subdividem-se em três grupos, sendo: zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde (MS), zoonoses de relevância regional ou local e zoonoses emergentes e reemergentes.

As zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde são: Raiva, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Atendimento Antirrábico Humano, Acidentes por Animais Peçonhentos, Leptospirose, Febre Maculosa, Hantavirose, e Doença de Chagas.

O Núcleo Estadual de Controle de Zoonoses tem o papel de assessorar os municípios e desenvolver as ações de prevenção, detecção e controle dos agravos relevantes. Assim como, realizar treinamentos e distribuição de medicamentos para tratamento da leishmaniose, vacinas e soros antirrábico e soros antiveneno para todos os municípios.

O quadro abaixo demonstra de forma geral, as notificações, por agravo, de casos confirmados. Alguns agravos são mais estáveis, sem casos confirmados, como a Febre Maculosa, Leptospirose e Hantavirose, já a Raiva notificou 1 único caso em 5 anos, mesmo uma melhora na sensibilidade de notificação de atendimento antirrábico.

Os agravos de Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Raiva, Animais Peçonhentos e Doença de Chagas são agravos com mais ocorrência dentro do Núcleo de Controle de Zoonoses do Estado de Roraima e serão abordados individualmente.

O presente relatório adotou como base científica uma metodologia de estudos descritivos e analíticos, com abordagem qualitativa, método que permitiu entender o problema no meio em que ele ocorre, onde auxiliou a aproximação do objetivo em estudo, onde foi conceituado e descrito de uma forma sistêmica (Vergara, 2016).

A metodologia utilizada foi realizada por análise do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) a fim de extrair informações importantes, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS (X 29)

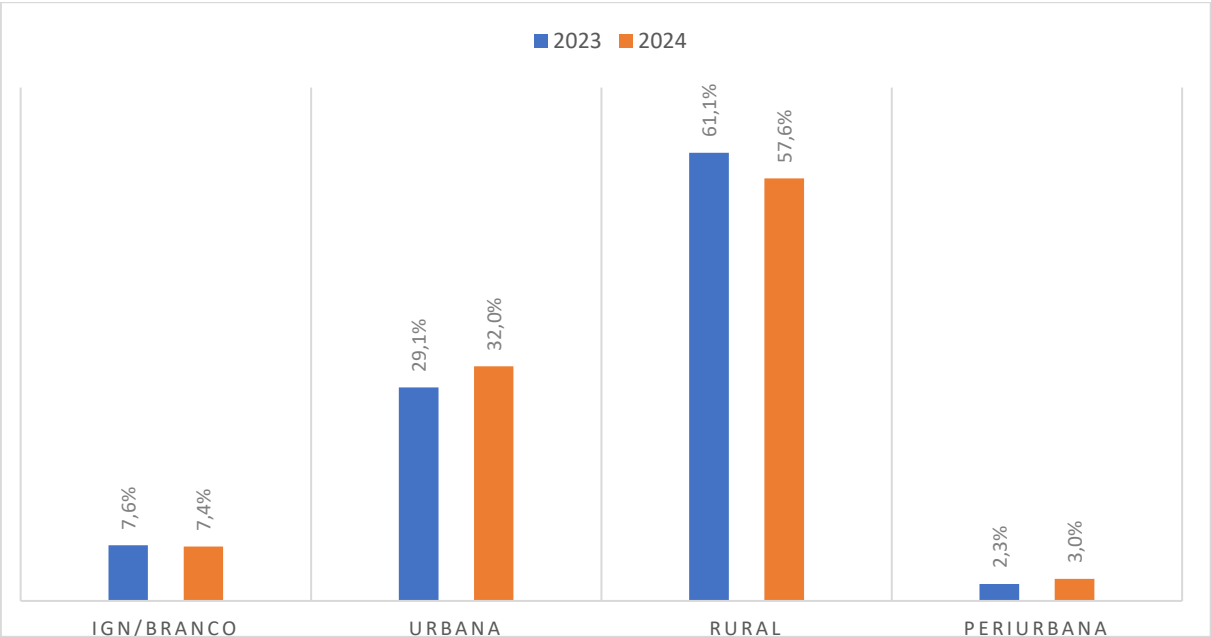
Os acidentes causados por animais peçonhentos representam um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões tropicais e de clima quente, como o estado de Roraima. Esses acidentes, quando não identificados e tratados precocemente, podem levar a complicações graves, incluindo sequelas permanentes e, em casos extremos, ao óbito.

O presente relatório tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos registrados no estado de Roraima, destacando dados referentes à distribuição temporal, espacial, tipo de acidente, classificação do acidente, tempo decorrido até o atendimento, evolução dos casos e espécies envolvidas. A análise desses indicadores visa subsidiar ações estratégicas de prevenção, vigilância e assistência, além de contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas ao controle e manejo adequado desses agravos.

Este relatório contempla os registros notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerando o período de referência o ano 2024, e abrange tanto a zona urbana quanto rural dos municípios de Roraima (Figura 1).

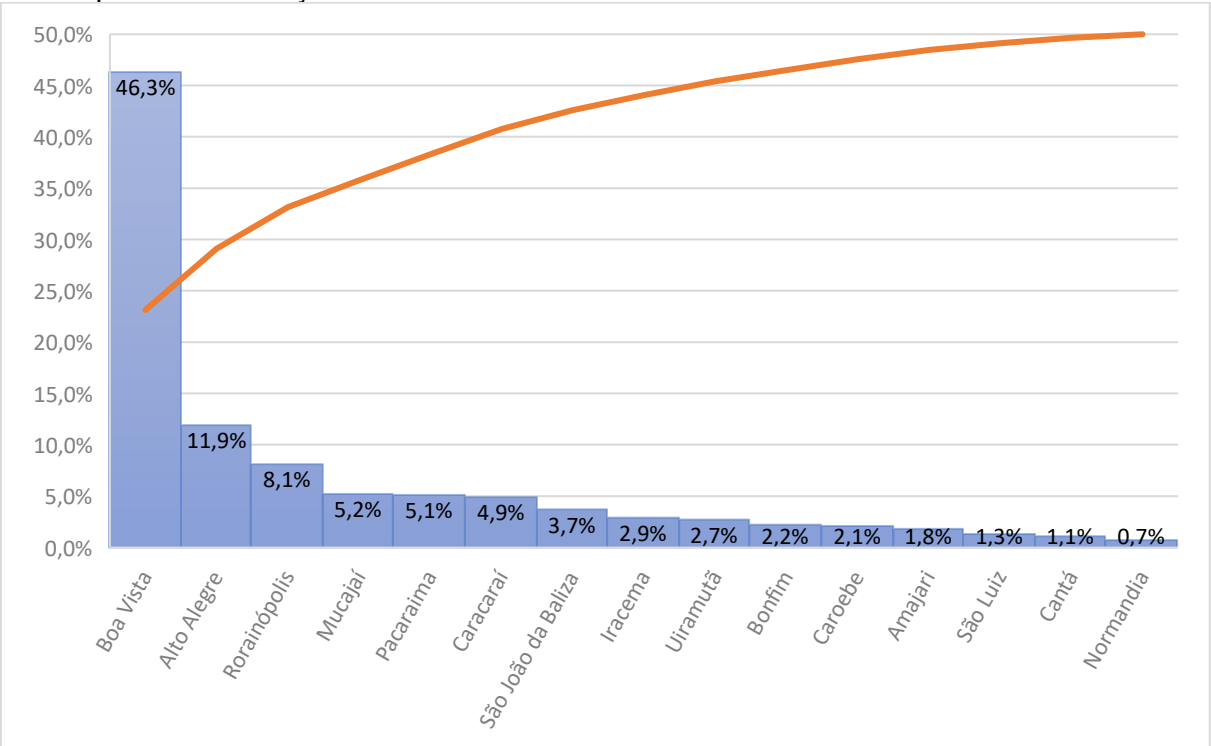
No ano de 2024, foram notificados 1193 acidentes por animais peçonhentos em Roraima. Dentre esses, 46,3% foram notificados em Boa Vista, a capital concentrar as unidades de saúde de referência no Estado para o tratamento e em Alto Alegre com 11,9%, devido a populações indígenas residentes nessa região que está localizado na zona rural (Figura 2).

Figura 1. Proporção dos acidentes por animais peçonhentos segundo zona de ocorrência. Roraima, 2023-2024.



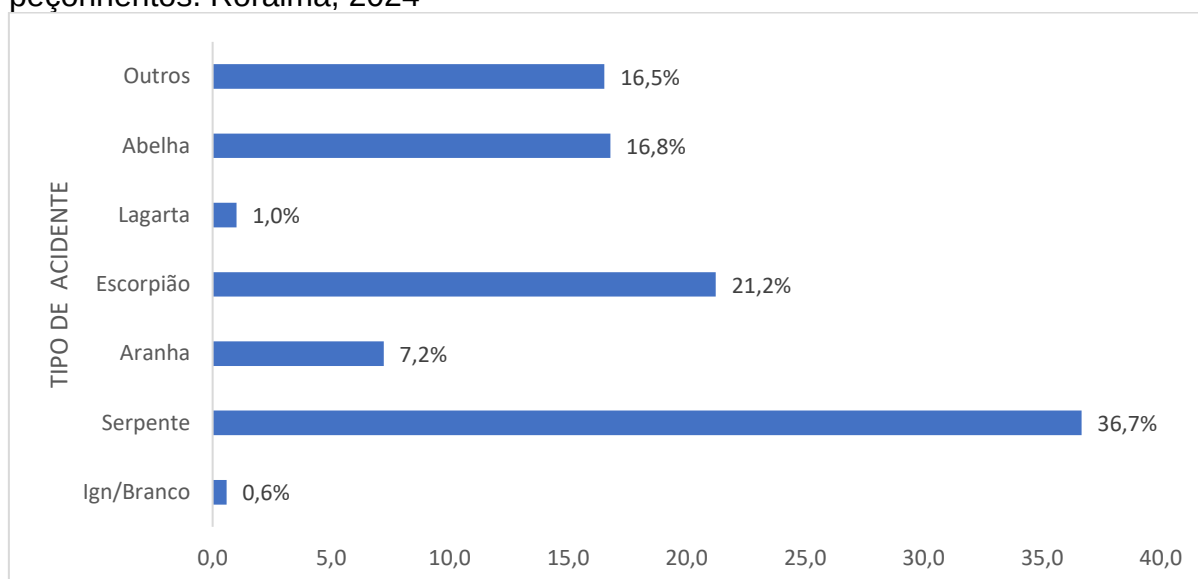
Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

Figura 2. Proporção de acidentes por animais peçonhentos, segundo município de notificação. Roraima, 2024



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

Figura 3. Percentual de casos notificados por tipo de acidente de animais peçonhentos. Roraima, 2024



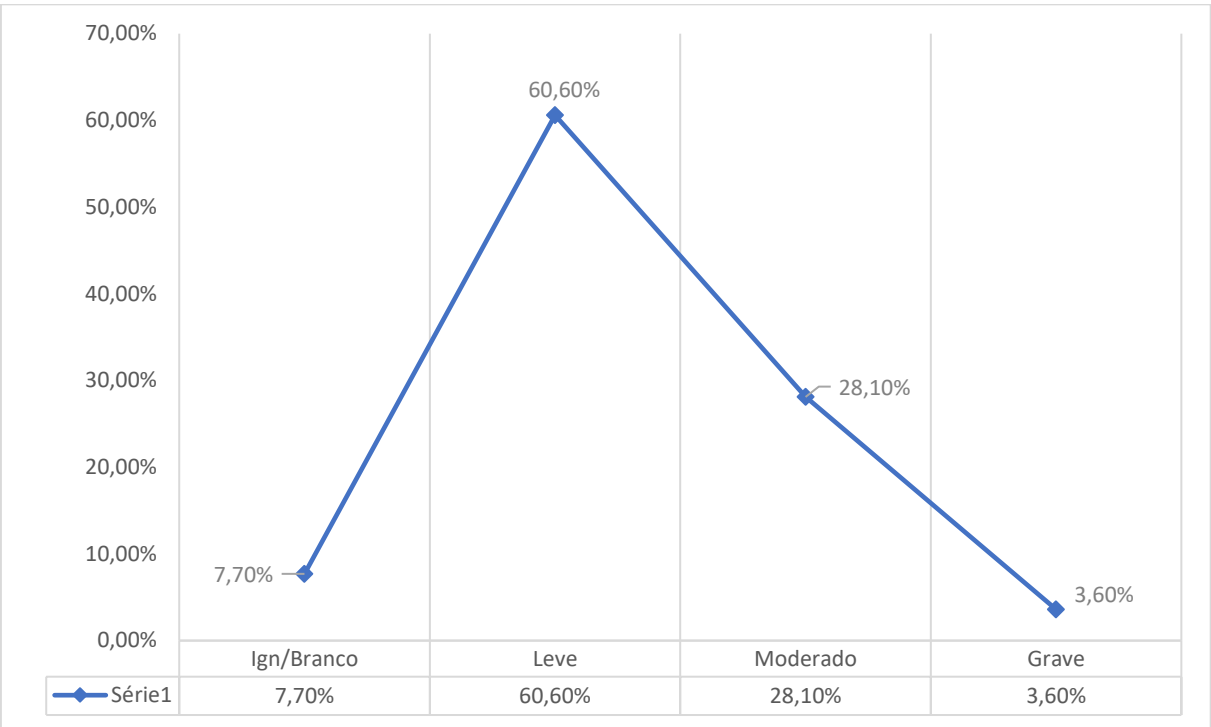
Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

No panorama dos acidentes por animais peçonhentos registrados no Estado de Roraima, observa-se na figura 3, que o tipo de acidente mais frequente é o causado por serpentes, representando 36,7% do total de ocorrências notificadas. Este dado destaca a importância da vigilância e da capacitação contínua das equipes de saúde, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso, onde a presença desses animais é mais comum.

Na sequência, os acidentes por escorpiões ocupam a segunda posição, com 21,2% dos casos. Embora sejam mais frequentes em ambientes urbanos, os acidentes escorpiônicos também exigem atenção, principalmente quanto ao manejo clínico adequado e à agilidade no atendimento, considerando o risco aumentado em crianças e idosos.

A predominância dos acidentes ofídicos reforça a necessidade de manter estoques regulares de soros antiofídicos nas unidades de saúde, além de investir em ações de educação em saúde voltadas à prevenção e à orientação da população quanto aos primeiros socorros.

Figura 4. Percentual dos acidentes por animais peçonhentos segundo classificação do caso. Roraima, 2024



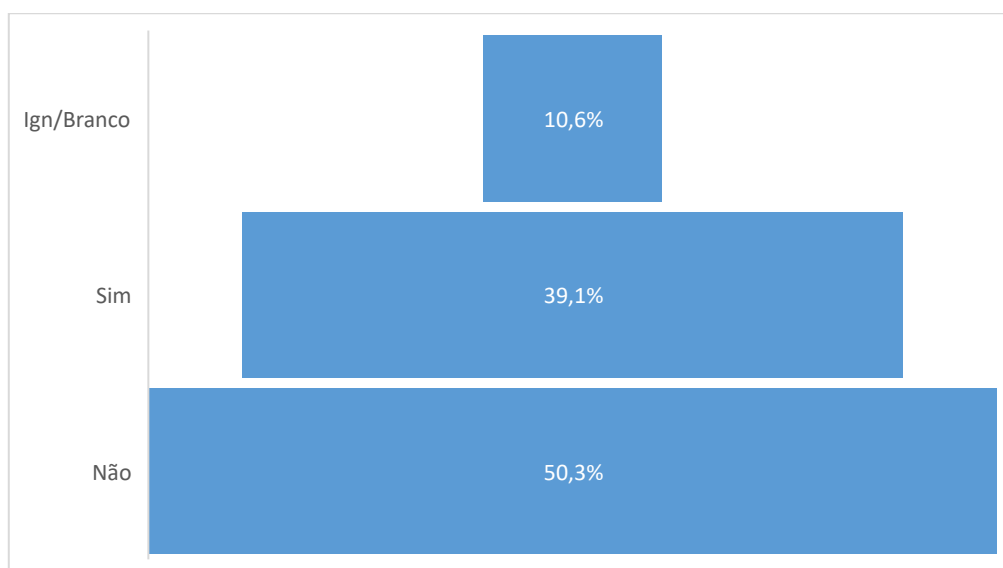
Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

Quanto à classificação da gravidade dos casos, observa-se na figura 4, que a maioria foi considerada leve, totalizando 60,60% das notificações. Os casos moderados corresponderam a 28,10%, enquanto os graves representaram 3,60%, evidenciando que uma parcela menor dos acidentes evolui com risco elevado à vida. Há ainda 7,70% de casos classificados como ignorado/branco, o que sugere a necessidade de melhorias na completude e qualidade dos dados registrados.

A predominância de casos leves pode estar relacionada ao acesso mais rápido aos serviços de saúde ou à menor gravidade do agente envolvido. No entanto, a presença de casos moderados e graves justifica a importância de manter estoques regulares de soros específicos, capacitar continuamente os profissionais de saúde e sensibilizar a população quanto às medidas preventivas e à busca precoce por atendimento.

Essas informações são fundamentais para subsidiar o planejamento de ações do Núcleo de Controle de Zoonoses e da Vigilância Epidemiológica, com foco na prevenção, resposta rápida e redução das complicações decorrentes desses agravos.

Figura 4. Percentual dos acidentes por animais peçonhentos segundo a soroterapia, 2024.



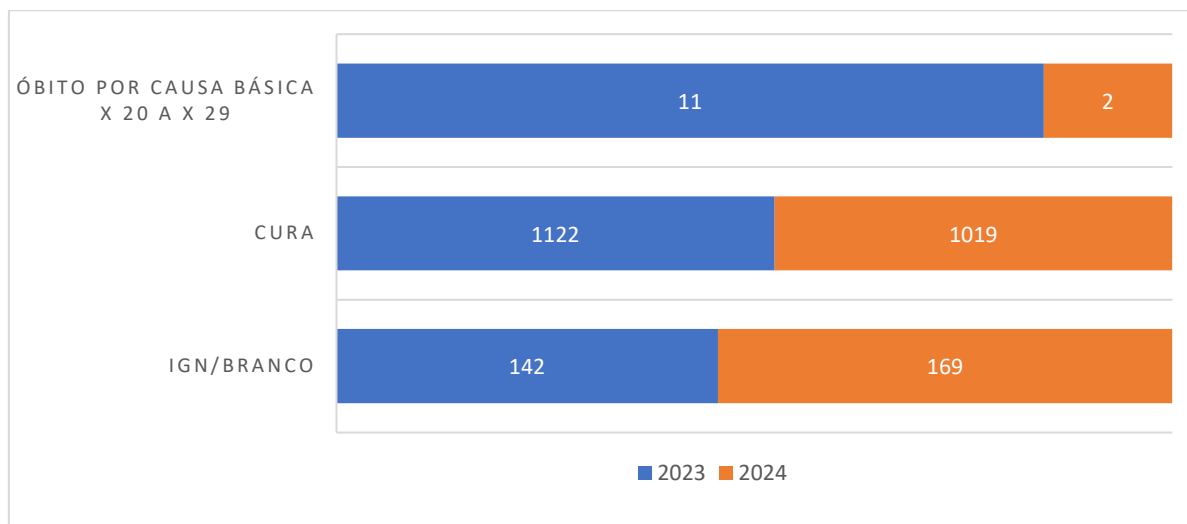
Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

Quanto à soroterapia, apenas 39,1% dos casos fizeram uso de soro antiveneno, enquanto 50,3% não utilizaram, e 10,6% ficaram com essa informação ausente ou em branco. A taxa relativamente baixa de soroterapia pode estar relacionada à predominância de casos leves, à identificação do agente causador (que em alguns casos não requer soro específico) ou a falhas no registro (Figura 4).

Esses dados reforçam a importância do fortalecimento das ações do Núcleo de Controle de Zoonoses e da Vigilância Epidemiológica no estado, especialmente nas áreas de capacitação das equipes de saúde, garantia do acesso oportuno ao soro antiveneno e melhoria dos registros nos sistemas de informação. Além disso, ações educativas voltadas à população podem contribuir para a redução da incidência e da gravidade dos casos.

A evolução dos casos ao longo dos anos (Figura 5) apresenta uma tendência de manutenção dos desfechos positivos. Em 2023, foram registrados 1.275 casos, dos quais evoluíram para cura, 11 resultaram em óbito, e 142 foram notificados como ignorado/branco. Já em 2024, houve 1.190 casos, com 1.019 curas, 2 óbitos e 169 como ignorado/branco. Apesar da redução no número absoluto de óbitos, o aumento proporcional de registros com evolução ignorada sinaliza a necessidade de reforço na vigilância e na finalização adequada dos casos nos sistemas de informação.

Figura 5. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos segundo evolução do caso. Roraima, 2023 - 2024



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

Esses dados apontam avanços, mas também desafios para a Vigilância Epidemiológica e o Núcleo de Controle de Zoonoses no estado. A continuidade de ações integradas de prevenção, educação em saúde, capacitação profissional e logística de distribuição de insumos, como os soros, é essencial para reduzir a morbimortalidade associada a esses agravos.

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (B 57.2)

A doença de chagas é uma doença infecciosa causada pelo protozoário *Trypanosoma Cruzi*. Conhecida pela picada dos triatomíneos, insetos popularmente denominados “barbeiro”, é transmitida pelas fezes contaminadas desse inseto, que pode entrar em contato com os humanos após sua picada, ou pela ingestão de alimentos contaminados. Porém, poucos sabem que a doença de Chagas também pode ser transmitida da mãe infectada para o bebê.

A enfermidade é endêmica em toda a América Latina. Ela não está ultrapassada e nem foi superada – mais de 65 milhões de pessoas ainda correm o risco de serem infectadas no mundo e 12 mil pessoas morrem por ano de causas associadas a ela.

Atualmente, a maioria das pessoas que vivem com a doença reside em áreas urbanas e muitas vivem em países não endêmicos. O lugar onde elas se encontram mudou e a transmissão foi significativamente reduzida, mas os desafios de acesso ao diagnóstico e tratamento ainda permanecem.

No Estado de Roraima assim como no restante do Brasil as atividades de vigilância e controle da Doença de Chagas estão estruturadas em três eixos prioritários e englobam principalmente ações integradas que envolvem:

- Vigilância de casos humanos (detecção precoce, tratamento oportuno, aplicação de medidas de prevenção, investigação das formas de transmissão, monitoramento da infecção por *Trypanosoma Cruzi* e identificação do perfil de morbimortalidade na população acometida);
- Vigilância dos vetores (manter eliminada a transmissão vetorial);
- Vigilância do ambiente (ações de vigilância sanitária, ambiental, de forma integrada com as ações de vigilância epidemiológica).

Quadro 1. Casos notificados e investigados de doença de chagas agudo em Roraima no ano de 2024

	MAR	ABRIL	NOV	DEZ	Total
Notificado	3	2	4	2	11
Investigado	3	2	4	2	11
Resultado do exame	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	-
Confirmado	-	-	-	-	-

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2024 (sujeitos à alteração).

RAIVA HUMANA (A 82)

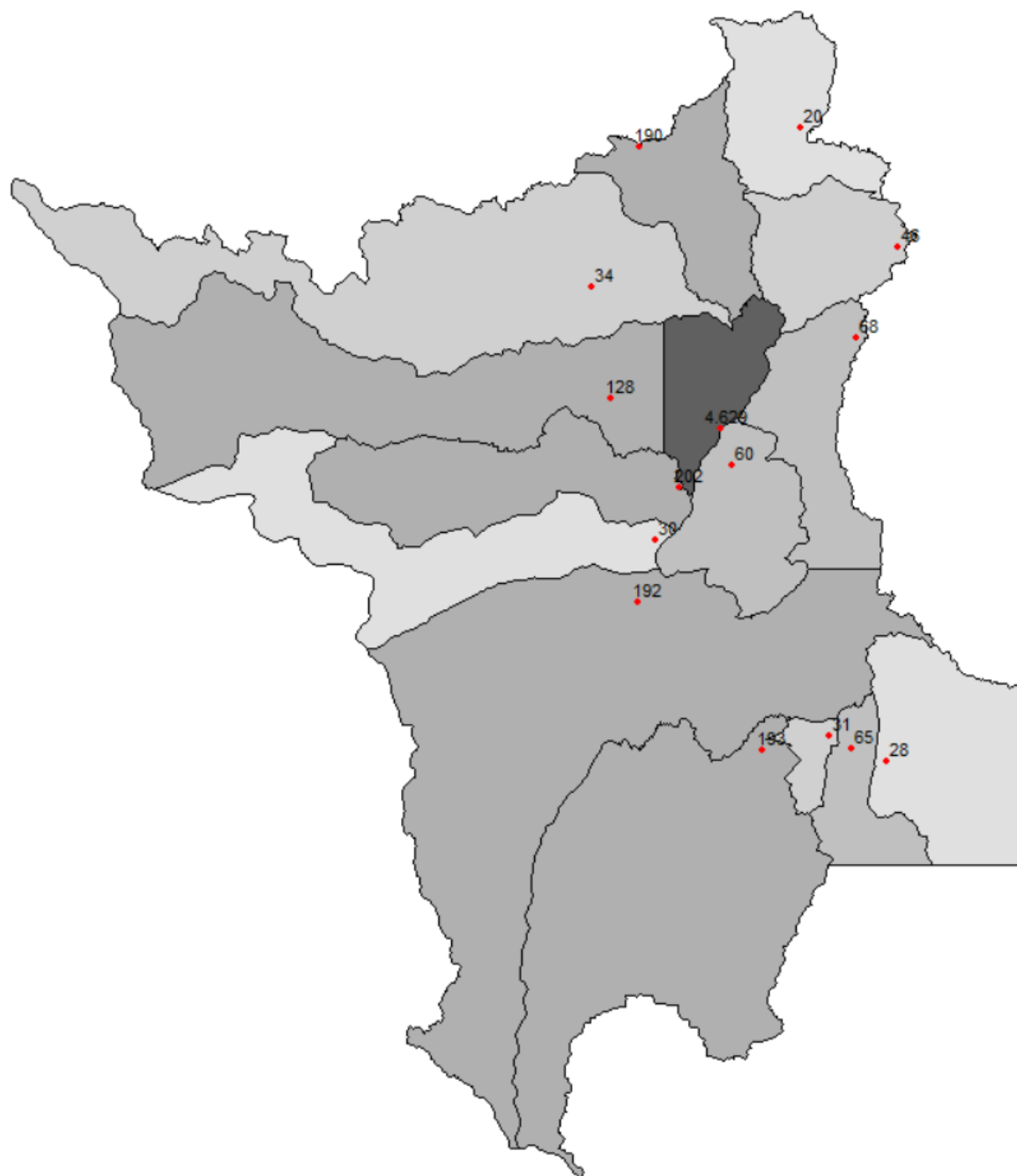
A raiva é uma zoonose causada por vírus, que se caracteriza como uma encefalite de progressão aguda e letal. Todos os mamíferos são suscetíveis ao vírus da raiva e são, portanto, possíveis transmissores. A transmissão da raiva ocorre pela penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, menos comumente, por arranhadura e lambedura.

O Programa de Controle e Vigilância da Raiva em Roraima trabalha em quatro pilares básico:

- Notificação e Investigação de Casos em humanos e animais;
- Profilaxia antirrábica Humana: Pré e pós exposição;
- Vacinação de cães e gatos anual cuja meta deve ser de 80% (população canina estimada) ou 10% (correspondente a população Humana);

- Monitoramento de circulação viral (confirmação de casos e identificação da variante).

Figura 9. Atendimentos antirrábico no estado de Roraima em 2024



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2024 (sujeitos à alteração).

Quadro 2. Série histórica de atendimentos antirrábico na última década no estado de Roraima

MUNICÍPIO NOTIF.	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alto Alegre	115	118	156	114	100	94	102	107	92	128
Amajari	14	23	52	67	59	23	23	69	34	34
Boa Vista	1.819	2.971	3.392	3.183	3.351	2.618	3.124	3.454	4.115	4.629
Bonfim	20	45	48	48	95	25	23	38	114	68
Cantá	0	2	11	0	15	34	38	73	89	60
Caracaraí	16	96	125	183	131	90	130	152	170	119
Caroebe	11	29	20	28	27	30	30	37	31	28
Iracema	1	18	14	20	26	26	31	35	24	30
Mucajá	70	151	194	170	199	160	156	140	157	202
Normandia	13	33	37	32	29	4	16	28	34	46
Pacaraima	14	28	45	76	87	49	31	86	119	190
Rorainópolis	49	103	93	85	135	111	107	175	185	193
S. J. da Baliza	6	1	10	12	34	14	29	51	66	65
São Luiz	0	6	11	16	16	16	24	22	28	20
Uiramutã	19	12	14	20	10	8	14	23	19	0
RORAIMA	2.167	3.636	4.222	4.054	4.314	3.302	3.878	4.490	5.277	5.916
% de crescimento de casos em relação a 2013	103,73	174,05	202,11	194,06	206,51	158,07	185,64	214,94	252,61	283,18
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 04/07/2024 (sujeitos à alteração).

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (B 55.1)

A série histórica 2015 a 2024 apresenta a distribuição de 3.887 casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana nos municípios do Estado de Roraima, onde encontramos a prevalência de casos com maior destaque para o Caroebe com 43,1 casos a cada 1000 pessoas residentes no município, seguidos de Pacaraima com 28,5 casos a cada 1000 pessoas e São João da Baliza com 13,6 casos a cada 1000 pessoas.

Quadro 3. Número de casos de LTA e prevalência (por 1.000 habitantes) por município de notificação na série histórica de 2015 a 2024

Municípios	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	Prev.
Alto Alegre	31	9	3	6	8	3	25	11	8	6	110	4,8
Amajari	15	4	5	7	2	2	11	8	5	3	52	3,3
Boa Vista	127	65	119	187	121	122	280	241	161	149	511	1,1
Bonfim	24	12	9	4	0	1	4	2	1	4	61	4,0
Cantã	6	11	5	13	2	8	4	15	12	7	83	4,0
Caracaraí	5	3	4	9	10	13	21	10	14	4	93	4,1
Caroebe	119	16	22	32	29	36	47	29	63	112	505	43,1
Iracema	13	2	7	3	2	2	5	4	9	0	47	4,4
Mucajai	12	0	6	2	2	10	23	19	9	6	89	,5
Normandia	0	0	0	0	0	1	3	0	2	0	6	0,4
Pacaraima	100	54	116	111	35	25	55	47	38	48	629	28,5
Rorainópolis	88	12	5	21	21	14	39	36	63	53	352	9,6
São J Baliza	50	5	8	15	10	5	11	7	9	12	132	13,6
São Luiz	15	0	0	3	3	4	0	8	4	6	43	5,5
Uiramutã	25	15	11	16	3	7	14	4	2	6	103	6,6
Total	630	208	320	429	248	253	542	441	400	416	3.887	5,4

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 21/07/2025 (sujeitos à alteração).
IBGE/2024

LEISHMANIOSE VISCERAL (B 55.0)

No período de 2015 a 2024 foram notificados e confirmados 227 casos de Leishmaniose Visceral nos municípios de Roraima, com maior concentração de casos confirmados no município de Boa Vista com 222 casos.

Quadro 4. Número de casos de LV por município de casos confirmados na série histórica de 2015 a 2024

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Alto Alegre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amajari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Boa Vista	20	44	37	20	14	16	21	16	16	18	222
Bonfim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantã	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caracaraí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caroebe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iracema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucajaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Normandia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Pacaraima	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rorainópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São J Baliza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Luiz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uiramutã	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Total	21	45	37	21	14	16	21	17	17	18	227

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESARR. Dados de 21/07/2025 (sujeitos à alteração).

REFERÊNCIAS

VERGARA, S. C. **Métodos de Coleta de Dados no Campo**. São Paulo: Atlas, 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Tabwin: Programa para análise local de base de dados do Sinan Net. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/sistemas-auxiliares/tabwin>. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br>. Acesso em: 29 jul. 2024.

6.13 ENTOMOLOGIA

Os insetos surgiram a aproximadamente 500 milhões de anos. Atualmente, existem milhares de espécies e, entre elas, estão: borboletas, moscas, traças, abelhas, vespas, besouros, formigas e muitos outros. O seu Filo é Arthropoda, Classe Insecta e estão presentes em todo o planeta e nos mais diversos habitats. Muitos desde insetos causam danos em animais, vegetais e até mesmo em humanos, estimasse em torno 10% (Gallo et al., 2002). A entomologia é uma ciência que estuda tanto a taxonomia, quanto a ecologia dos insetos. O estudo da entomologia médica e veterinária visa grupos aos quais associamos prejuízo à saúde humana e de animais domésticos. Sendo assim, os estudos taxonômicos e ecológicos desses grupos têm muita relação com o estudo da interação entre vetor, agente etiológico e hospedeiro (definitivos e intermediários), sendo que é uma área de estudo bastante abrangente e carente de estudos aprofundados para melhor entendimento das relações de ecologia, comportamento e adaptações por coevolução dos insetos vetores com os agentes etiológicos que carregam.

A metodologia utilizada nesse relatório foi a análise dos dados gerados através dos trabalhos Pactuados no Plano de Ação, e de algumas demandas espontâneas.

AÇÕES REALIZADA POR QUADRIMESTRE

1º Quadrimestre de 2024.

- Investigação Entomológica e Teste de Rápido (Inquérito Canino) em parceria com o Núcleo de Controle de Zoonoses/RR, a demanda se dá após o recente aparecimento de animais (Cães) suspeitos do Vetor Calazar, no município de Amajari (Faz. São Pedro), no período de 16/01 a 17/01/2024;
- Coleta de Vetores da Febre Amarela, no município de Alto Alegre, a demanda se dá após o recente aparecimento de animais mortos (epizootias de primatas não humanos), no período de 31/01/2024;
- Reunião com as lideranças no município do Cantá (Vila Central), no período de 20 à 22/02/2024, em Parceria com o Instituto Evandro Chagas (IEQ) Belém;

- **Treinamento de Taxionomia de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*** no município de Bonfim, conforme solicitado pelo referido município, no período de 04 a 08/03/2024;
- **Treinamento de Taxionomia de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*** no município de Uiramutã, conforme solicitado pelo referido município, no período de 18 a 22/03/2024;
- Coleta de Vetores da Febre Amarela, que serão utilizadas no Treinamento de Vigilância de Febre Amarela, no município de Cantá (Serra Grande - I Vic. Rio Branco), no período de 16 à 17/04/2024;
- Capacitação de profissionais no processo de microplanejamento das atividades de intensificação da vacinação, nas ações de Multivacinação para o estado de Roraima, e em vigilância de Febre Amarela e uso da plataforma SISS-Geo aplicado à vigilância de primatas não-humanos, no município de Boa Vista/RR, no período de 24 a 26 de abril de 2024.

2º Quadrimestre de 2024.

- Foi realizado: Levantamento Entomológico (Malária) no município de Caroébe e Treinamento de Taxonomia de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no município de São João da Baliza. (Maio)
- **Coleta de *Aedes* (Zika, Oropouche, Mayaro e Chikungunya), para PCR** no município de Rorainópolis, em parceria com o **(Ministério da Saúde-MS/Fio Cruz/AM)**
- **Coleta de Anofélins** que foram usados para realizar prova de Susceptibilidade/Resistência aos Inseticidas da Malária, em parceria com o **(Ministério da Saúde-MS/Fio Cruz/RIO)** nos municípios de Cantá, Areia Branca e Caracarai Trav. Itã. (Junho).
- Foi realizado: Parceria entre Núcleo Estadual de Entomologia/RR e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo referente a Pesquisa de "Determinantes da paisagem e ecologia no comportamento do mosquito *Anopheles darlingi*" nos municípios de (Boa Vista, Mucajai, Cantá, Bonfim, Alto Alegre e Amajari).

- Este Núcleo de Entomologia também participou na Oficina de Controle Vetorial em Arbovirose. (Agosto).
- Identificação e Revisão do Lira dos Municípios do Estado de Roraima. (Agosto)

3º Quadrimestre de 2024.

- Foi realizado: Treinamento de Taxonomia de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no município de Amajari. (setembro)
- Foi realizado: Treinamento de Taxonomia de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no município de São Luiz. (setembro)
- Foi realizado: Treinamento de Taxonomia de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no município de Normandia. (setembro)
- Foi realizado: Levantamento Entomológico para Vetores da (Malária) no município de Cantá (Vila São José). (novembro)
- Foi realizado: Oficina em Taxionomia em Entomologia Básica para Vetores da (Malária) no município de Rorainópolis. (novembro)
- Foi realizado: Investigação e Coleta de Vetores da Febre Maculosa (Carrapato) no município de Bonfim nas localidades Paçoca com Banana, São Francisco e Vic. 07 novembro)

CONCLUSÃO

O trabalho do setor de Entomologia, deve-se a contínua observação e avaliação de informações originadas nas características biológicas e ecológicas dos vetores, nos níveis das interações com hospedeiros, sob a influência de fatores ambientais que proporcionem o conhecimento para detecção de qualquer mudança no perfil de transmissão das doenças.

As atividades relacionadas à vigilância entomológica realizada pelo Núcleo de Entomologia estão diretamente ligadas aos vetores transmissores de doenças como: Dengue, Malária, Doença de Chagas, Leishmaniose, Raiva, Febre Maculosa, entre outras.

6.14 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O Núcleo de Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NCDANT) atua na vigilância epidemiológica de agravos crônicos não infecciosos, com foco na análise de tendências, monitoramento de fatores de risco e apoio à tomada de decisão em saúde pública. Este relatório busca apresentar a evolução do cenário epidemiológico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e agravos correlatos em Roraima, subsidiando ações de saúde pública no estado.

As DCNT, como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, são responsáveis por cerca de 74% dos óbitos no Brasil (BRASIL, 2021b; GLOBO et al., 2019). No contexto global, as doenças crônicas são um dos maiores desafios à saúde pública, sendo responsáveis por 41 milhões de óbitos anuais, com 77% desses ocorrendo em países de baixa e média renda (OMS, 2023).

No Brasil, a mortalidade por DCNT tem se mantido alta, com uma crescente prevalência de doenças como diabetes e hipertensão, além de neoplasias e doenças cardiovasculares.

Em Roraima, as DCNTs são responsáveis por uma parte significativa dos óbitos prematuros. A violência interpessoal e os acidentes de trânsito também figuram como causas importantes de mortalidade e morbidade, afetando principalmente homens jovens. De acordo com dados do SIM, entre 2014 e 2023, as taxas de mortalidade por DCNT em Roraima foram consistentemente superiores à média nacional.

Este relatório tem como objetivo monitorar o cenário epidemiológico local, identificar os fatores de risco, analisar as tendências temporais, sociodemográficas e geográficas, e fornecer recomendações para políticas públicas baseadas em evidências.

FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Diversos fatores de risco são determinantes para o desenvolvimento das DCNTs, destacando-se o consumo nocivo de álcool, o tabagismo, a inatividade física e a alimentação não saudável. Esses fatores, frequentemente inter-relacionados, têm impactado de forma crescente a saúde da população, contribuindo para os altos índices de morbidade e mortalidade prematura.

Consumo Nocivo do Álcool

O uso prejudicial de álcool configura-se como um dos principais fatores de risco para a carga global de doenças (DALYs), com implicações diretas sobre morbidade psiquiátrica, mortalidade prematura e lesões não intencionais. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2020) revelou que 63,3% dos adolescentes entre 13 e 17 anos já haviam experimentado bebidas alcoólicas. O consumo de álcool também está fortemente relacionado ao aumento de acidentes de trânsito, especialmente no contexto de Roraima, onde a taxa de mortalidade por sinistros de transporte terrestre segue um padrão elevado.

Em Boa Vista (RR), o percentual foi de 20,5%, colocando a capital na 18ª posição (BRASIL, 2024a). Dados da PNS indicam que a média de idade de início do consumo está entre 18 e 29 anos, com destaque para o Sul (3%) e menor prevalência no Norte (1%) (BRASIL, 2020). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que a média de idade de início do consumo está entre 18 e 29 anos. Regionalmente, a maior prevalência foi registrada no Sul (3%) e a menor no Norte (1%). Em Roraima, a prevalência de consumo regular foi de 1,4% em 2019, evidenciando um cenário menos crítico, mas ainda relevante para ações preventivas.

Tabagismo

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares. Além dos danos causados aos fumantes ativos, o fumo passivo também representa risco significativo à saúde, sendo igualmente associado ao desenvolvimento dessas enfermidades. Apesar dos avanços no controle do tabaco, o hábito de fumar continua sendo uma das principais causas de morte evitável em todo o mundo.

Segundo a OMS, cerca de 1,3 bilhão de pessoas adultas no mundo são fumantes (OMS, 2023), o que corresponde a 19% da população. A prevalência é consideravelmente maior entre homens (35%) do que entre mulheres (6%), sendo as maiores taxas registradas em países da Ásia e Europa Oriental. Em contrapartida, há uma tendência de queda em países da América do Norte e Europa Ocidental, refletindo políticas mais eficazes de controle do tabaco.

No Brasil, os índices de tabagismo vêm diminuindo graças a políticas públicas

estruturadas (INCA, 2022), como a proibição de fumar em ambientes fechados, campanhas de conscientização, aumento de impostos sobre produtos de tabaco e restrição à publicidade.

Em 1989, cerca de 30% dos adultos eram fumantes; em 2019, esse número caiu para 9,8% (INCA, 2022). Informações do IBGE também confirmam a redução, embora os homens ainda apresentem maior prevalência (15%) em comparação às mulheres (5% a 6%).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revelou que 12,6% dos adultos ainda fumavam naquele ano (BRASIL, 2020). Quase metade dos fumantes tentou parar de fumar nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que indica um grau significativo de conscientização. O Vigitel apontou queda de 15,7% em 2006 para 9,3% em 2023, com redução mais acentuada entre os homens (BRASIL, 2024a).

PeNSE 2019 revelou que 22,6% dos adolescentes entre 13 e 17 anos já experimentaram cigarro, com maior exposição entre meninas (BRASIL, 2021). Em Boa Vista, os dados mostram queda de 16,4% (2006) para 8,3% (2023), embora com oscilações (BRASIL, 2024a). No entanto, oscilações recentes sugerem a necessidade de reforçar as políticas locais antitabaco, com foco em prevenção, educação e identificação de fatores regionais que influenciam esses comportamentos.

Apesar da queda geral, o Vigitel mostrou que, entre 2018 e 2023, os índices de tabagismo permaneceram estáveis, o que pode indicar uma estagnação dos avanços. Ainda assim, houve redução em todas as faixas etárias e níveis de escolaridade, especialmente entre adultos de 45 a 54 anos. Além disso, a frequência de fumantes passivos em casa ainda é preocupante, com maior impacto sobre as mulheres. Estima-se que o tabaco seja responsável por 12% das mortes no mundo e 16% nas Américas

Inatividade Física

A inatividade física, segundo a OMS, é a ausência de atividade suficiente para atender às recomendações mínimas de saúde (OMS, 2022), ou seja, menos de 150 minutos semanais de atividade moderada ou 75 minutos de atividade intensa. Essa condição está fortemente associada ao aumento de doenças crônicas como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, obesidade e certos tipos de câncer. Em 2022, cerca de 31% da população adulta mundial não atingiu os níveis recomendados, e estima-

se que até 2030, 500 milhões desenvolverão doenças relacionadas à inatividade (OMS, 2022).

No Brasil, 52% dos adultos não praticam atividade física regularmente (BRASIL, 2024a). O Vigitel monitora a atividade física em quatro domínios: lazer, deslocamento, trabalho e atividades domésticas, sendo o lazer o mais passível de intervenção. De 2009 a 2023, houve aumento da prática de atividades físicas entre adultos de 35 a 54 anos e entre pessoas com maior escolaridade, embora a frequência total tenha se mantido relativamente estável nos últimos anos.

A PNS 2019 indicou maior prática de atividade física no lazer em áreas urbanas e entre homens (BRASIL, 2020). Além disso, 14% dos adultos relataram atingir os níveis recomendados no trabalho e 12,1% nas tarefas domésticas. Cerca de 20,5% eram considerados insuficientemente ativos e 22,9% relataram assistir TV por três ou mais horas diariamente, comportamento sedentário que também preocupa.

Em Boa Vista, observou-se um avanço contínuo na prática de atividades físicas no tempo livre entre adultos. Em 2009, a prática aumentou de 31,6% (2009) para 47,1% (2023), superando a média nacional em vários momentos (BRASIL, 2024a). Após leves oscilações, o percentual subiu novamente, alcançando 47,1% em 2023. Boa Vista tem superado a média nacional em vários momentos, resultado de políticas públicas, infraestrutura urbana acessível e programas de incentivo. Esse cenário positivo reforça a importância de manter e expandir ações que promovam o exercício físico como estratégia de saúde pública.

Alimentação não Saudável

Entre as décadas de 1970 e 2000, o Brasil passou por mudanças no padrão alimentar, com aumento do consumo de processados e redução de alimentos básicos (BRASIL, 2024a). A OMS recomenda o consumo mínimo de 400g diários de frutas e hortaliças (OMS, 2023).

A obesidade, definida como $IMC \geq 30$, é fator de risco importante para DCNTs.

A obesidade, definida pela OMS como o acúmulo excessivo de gordura corporal em níveis prejudiciais à saúde, é um fator de risco importante para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e vem apresentando crescimento contínuo no Brasil e no mundo.

A avaliação do estado nutricional em adultos é realizada por meio do Índice de

Massa Corporal (IMC), sendo considerado excesso de peso valores iguais ou superiores a 25 kg/m² e obesidade a partir de 30 kg/m². Segundo dados do Vigitel, de 2006 a 2023 a prevalência de excesso de peso aumentou de 42,6% para 61,4% (BRASIL, 2024a). O crescimento foi observado em ambos os sexos, com destaque para as mulheres (de 38,5% para 59,6%) e, mais recentemente, entre os homens (de 57,8% em 2018 para 63,4% em 2023). O aumento foi registrado em todas as faixas etárias e níveis de escolaridade, sendo mais expressivo entre adultos de 25 a 44 anos e indivíduos com 9 a 11 anos de estudo.

A PeNSE, 2019, revelou que 59,0% dos estudantes de 13 a 17 anos consumiram feijão cinco ou mais dias por semana, enquanto os percentuais de consumo foram de 32,8% para guloseimas doces, 28,8% para legumes e verduras, 26,9% para frutas frescas e 17,2% para refrigerantes (BRASIL, 2021).

Em Boa Vista, o consumo de frutas e hortaliças variou entre 23,1% e 36,9%, com 27,7% em 2023. Contudo, esse avanço não se manteve, e em 2023 o percentual foi de 27,7%, semelhante aos níveis da década anterior. No que se refere ao consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados, Boa Vista também apresentou variações moderadas. Em 2018, o índice era de 31,7%, reduzindo-se para 28,7% em 2019 e aumentando para 34,6% em 2020. Em 2023, o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados foi de 33,7% em 2023 (BRASIL, 2024a).

Apesar de manter percentuais próximos à média nacional, os dados de Boa Vista reforçam a importância de medidas estruturadas que promovam o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados. Estratégias como incentivo à produção local, realização de feiras, subsídios e ações educativas são fundamentais para fortalecer hábitos alimentares saudáveis e prevenir o avanço das DCNT na população.

AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As DCNTs, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, continuam sendo as principais causas de mortalidade prematura no Brasil e em Roraima. O aumento da prevalência dessas condições está intimamente relacionado ao crescimento de fatores de risco como tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada, além de um crescimento expressivo das

causas externas de morbimortalidade (DUARTE; BARRETO, 2012).

As DCNT, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são responsáveis por 74% de todas as mortes no mundo, totalizando 41 milhões de óbitos anuais. Desses, 77% ocorrem em países de baixa e média renda, onde 86% das mortes prematuras (30 a 69 anos) relacionadas às DCNT são registradas (Brasil, 2024). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) enfatiza a necessidade de intervenções eficazes e políticas públicas que abordem esses fatores de risco, promovam ambientes saudáveis e fortaleçam os sistemas de saúde para prevenir e controlar as DCNT, especialmente em países de baixa e média renda.

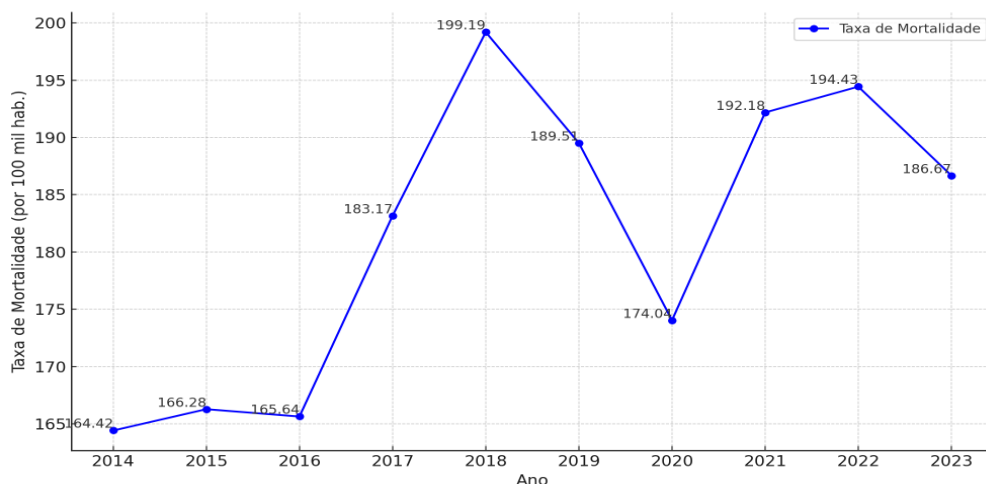
Em 2019, o Brasil registrou 738.371 óbitos atribuídos às DCNT, dos quais 41,8% (n=308.511) foram considerados prematuros, ocorrendo entre 30 e 69 anos. Isso corresponde a uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros por 100 mil habitantes. Entre 2000 e 2019, houve uma redução na proporção de óbitos prematuros em relação ao total de mortes por DCNT, passando de 47,4% em 2000 para 41,8% em 2019. Apesar dessa redução, o percentual ainda é elevado.

A análise da evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT, geral e por sexo, revela uma redução ao longo do período avaliado. Em 2019, no Brasil, 56,1% dos óbitos prematuros por DCNT (n=173.207) ocorreram entre homens, com uma taxa padronizada de 329,3 óbitos por 100 mil habitantes. Para as mulheres, essa taxa foi de 228,7 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo ano. Esse padrão também se verifica em nível global, onde a mortalidade por DCNT é superior no sexo masculino na maioria dos países (OMS, 2023).

Perfil e Evolução da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas em Roraima de 2014 a 2023

Entre 2014 e 2023, Roraima registrou uma taxa de mortalidade prematura crescente pelas principais DCNTs. A taxa de mortalidade variou de 164,4 por 100 mil habitantes em 2014 para 186,7 em 2023, com um pico de 199,2 em 2018 (Figura 1). A distribuição das mortes prematuras por tipo de DCNT revela que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são as mais prevalentes.

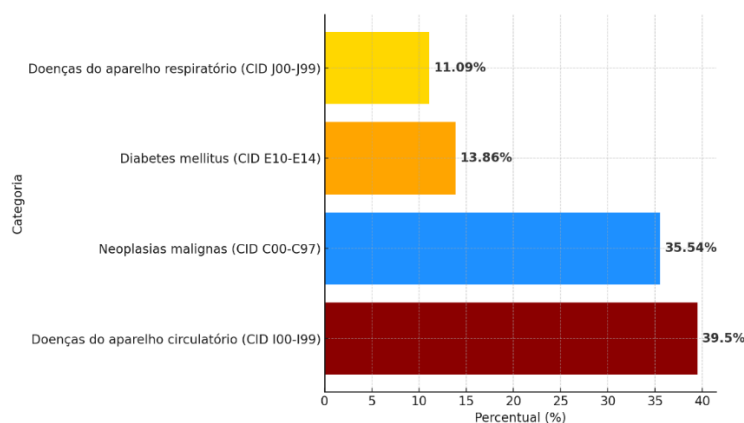
Figura 1. Taxa de Mortalidade Prematura (por 100.000 Habitantes) por DCNT em Roraima (2014-2023)



Fonte: SIM/IBGE/MS/SVS/ DAENT. Dados de 26/06/2025 (sujeitos à alteração)

As neoplasias e doenças cardiovasculares representam cerca de 75% das mortes prematuras no estado. Isso reflete a necessidade urgente de ações preventivas voltadas para o controle desses agravos, como programas de rastreamento de câncer e campanhas de promoção da saúde cardiovascular.

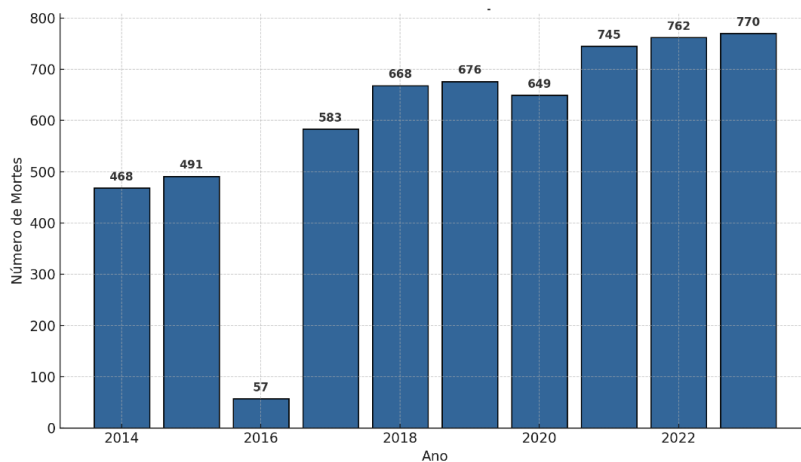
Figura 2. Distribuição percentual das mortes prematuras por DCNT. Roraima, 2014 a 2023



Fonte: SIM/IBGE/MS/SVS/ DAENT. Dados de 26/06/2025 (sujeitos à alteração)

É possível observar um aumento progressivo a partir de 2017, com destaque para os anos de 2021 a 2023, que apresentam os maiores valores da série, culminando em 770 mortes em 2023. A queda abrupta registrada em 2016 configura uma provável inconsistência ou subnotificação, destoando do padrão observado.

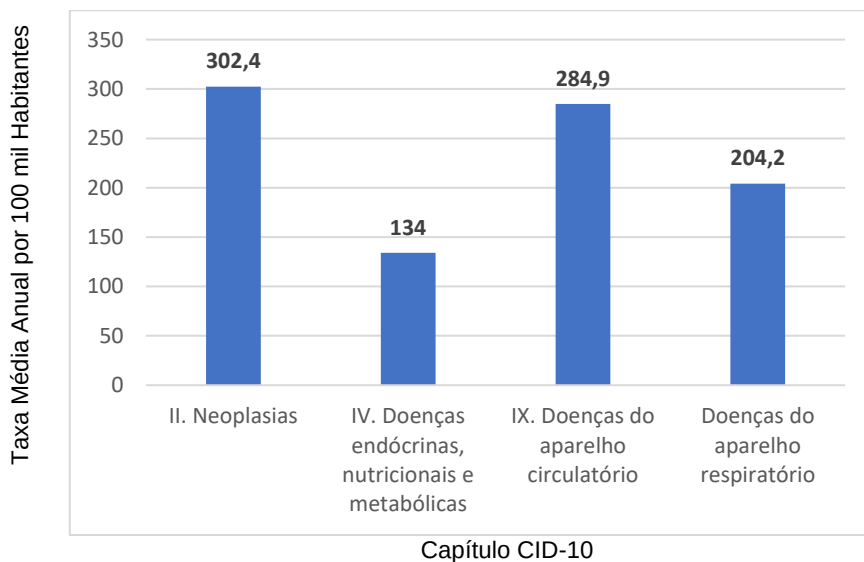
Figura 3. Número absoluto de mortes prematuras (por 100 mil habitantes) por DCNT em Roraima, 2014 a 2023



Fonte: SIM/IBGE/MS/SVS/ DAENT. Dados de 26/06/2025 (sujeitos à alteração)

Esses dados reforçam o protagonismo das doenças crônicas não transmissíveis como principal desafio à saúde pública.

Figura 4. Taxas médias anuais (por 100 mil habitantes) para capítulos CID-10 na população de 30 a 69 anos. Roraima 2014 a 2024



Fonte: SIM/IBGE/MS/SVS/ DAENT. Dados de 26/06/2025 (sujeitos à alteração)

A classificação por faixa de risco organiza os municípios de Roraima conforme a magnitude da mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos, considerando o período de 2014 a 2024 permite identificar, de maneira objetiva, os territórios que

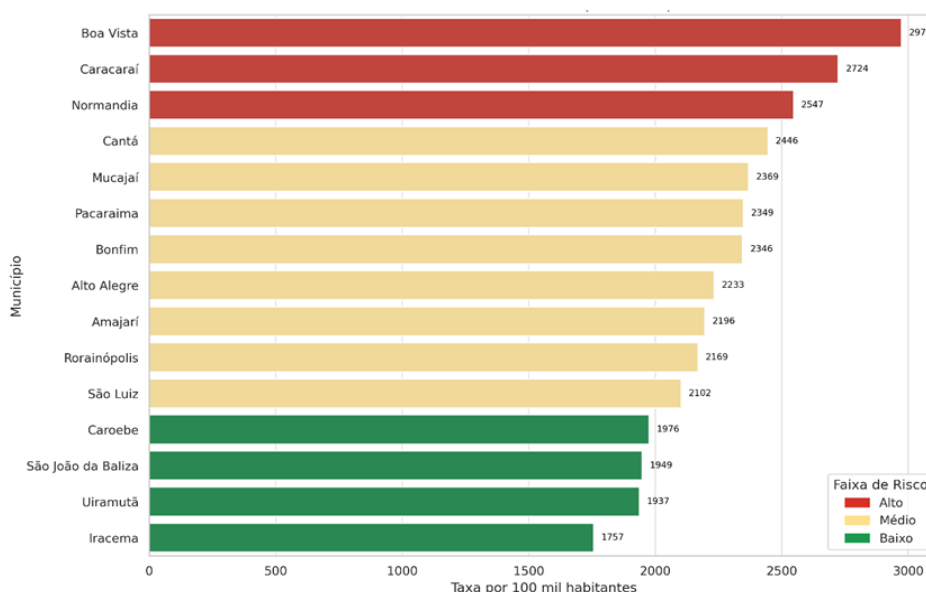
enfrentam maiores desafios em saúde pública relacionados à prevenção de óbitos evitáveis, especialmente aqueles decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (Figura 5), conforme legenda:

Alto risco (taxas $\geq$ 2.500 por 100 mil habitantes): Essa faixa engloba municípios com os maiores coeficientes de mortalidade prematura, como Boa Vista, Caracaraí e Normandia.

Médio risco (taxas entre 2.000 e 2499 por 100 mil habitantes): Nesta categoria encontram-se a maior parte dos municípios analisados, como Cantá, Mucajaí, Bonfim, Rorainópolis e São Luiz, entre outros. Embora com taxas inferiores às do grupo de alto risco, essas localidades ainda apresentam índices relevantes.

Baixo risco (taxas $<$ 2.000 por 100 mil habitantes): Compreende municípios como Iracema, Uiramutã, São João da Baliza e Caroebe, que apresentam os menores indicadores de mortalidade prematura no estado.

Figura 5. Faixa de risco por município (taxa de mortalidade prematura por DCNT, 30 a 69 anos). Roraima, 2014 a 2024



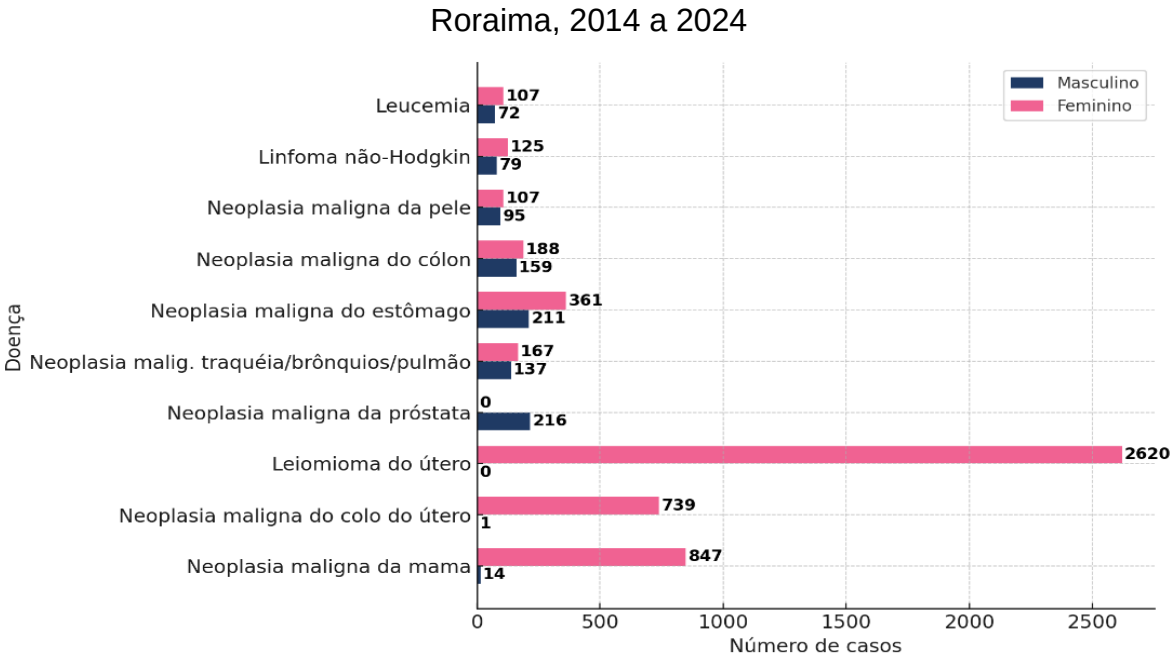
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR [Dados sujeitos a revisão]

Neoplasias Malignas (CID C00 – C97)

As principais neoplasias demonstram forte diferença entre os sexos. Tumores de mama, colo do útero e leiomioma do útero predominam entre as mulheres,

enquanto os homens são mais afetados por neoplasias da próstata, estômago e pulmão. Destaca-se também a elevada carga de neoplasias hematológicas, como leucemias e linfomas, em ambos os sexos (Figura 6).

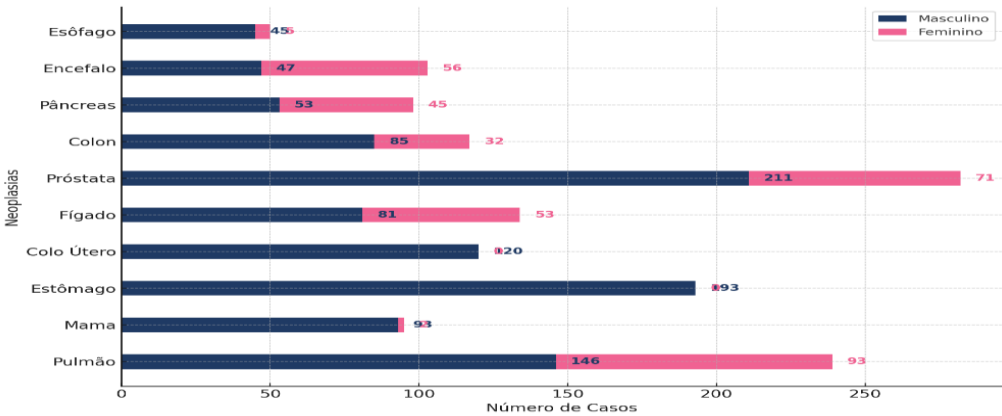
Figura 6. Internações por neoplasias segundo o tipo e o sexo (30 a 69 anos).



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados de: 26/06/2025 (sujeitos à alteração).

Observa-se, de forma geral, o maior número de casos entre homens para a maioria das neoplasias listadas, exceto aquelas específicas do sexo feminino (Figura 7).

Figura 7. Óbitos por neoplasias segundo o tipo e o sexo (30 a 69 anos). Roraima, 2014 a 2024

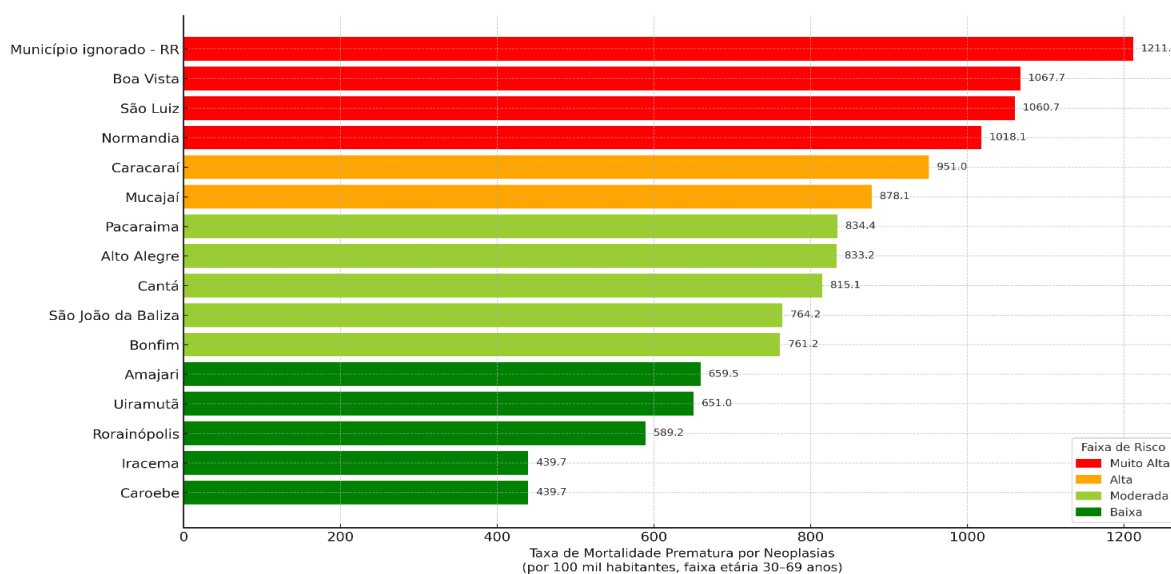


Fonte: SIM/ IBGE/ MS/SVS/ DAENT. Dados de: 26/06/2025 (sujeitos à alteração)

As taxas de mortalidade prematura por neoplasias (por 100 mil habitantes) nos municípios de Roraima quando comparadas à média nacional, que gira em torno de 97,2 por 100 mil habitantes, conforme dados recentes do Ministério da Saúde, observa-se que todos os municípios de Roraima apresentam taxas extremamente superiores à média do país.

Municípios como Boa Vista (1067,7), São Luiz (1060,7) e Normandia (1018,1) registram taxas mais de dez vezes superiores à média nacional, o que caracteriza um cenário crítico de risco muito alto. Mesmo os municípios classificados com risco baixo no contexto estadual, como Caroebe e Iracema (439,7), ainda apresentam taxas quatro vezes maiores que a média nacional.

Figura 8. Faixa de risco por município segundo a mortalidade prematura por neoplasias. Roraima, 2014 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR [Dados sujeitos a revisão]

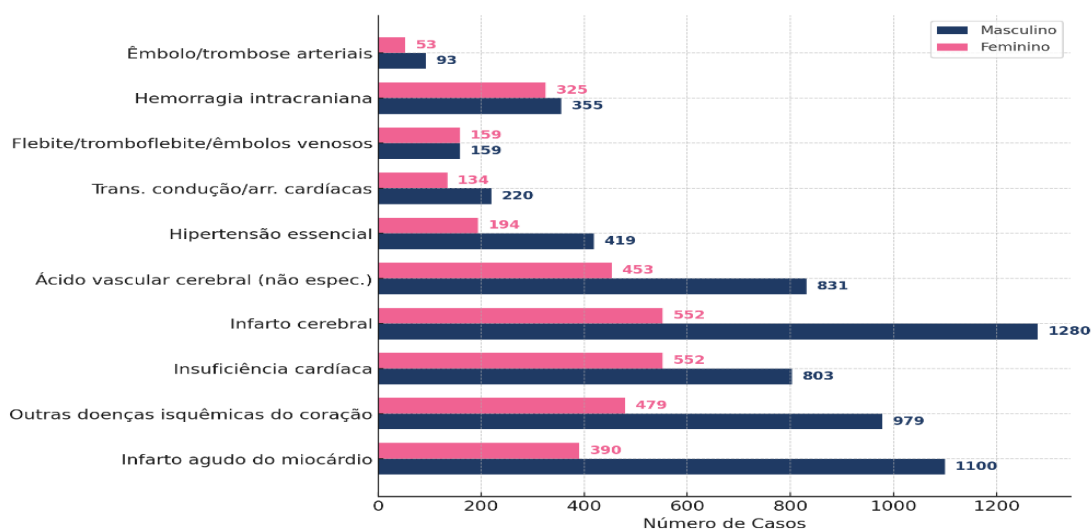
Doenças do Aparelho Circulatório (00-I99)

As principais doenças do aparelho circulatório também evidenciam diferenças relevantes entre os sexos. Homens são mais afetados por infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e doenças isquêmicas do coração, indicando maior carga de eventos cardíacos graves nesse grupo.

Já entre as mulheres, observa-se maior ocorrência de hipertensão essencial e de condições como flebite, tromboflebite e trombozes venosas. Doenças

cerebrovasculares, como infarto cerebral e hemorragia intracraniana, afetam ambos os sexos de forma significativa, refletindo a importância desses agravos na carga global de morbidade cardiovascular.

Figura 9. Internações por doenças do aparelho circulatório segundo tipo e sexo (30–69 anos). Roraima, 2014 a 2024



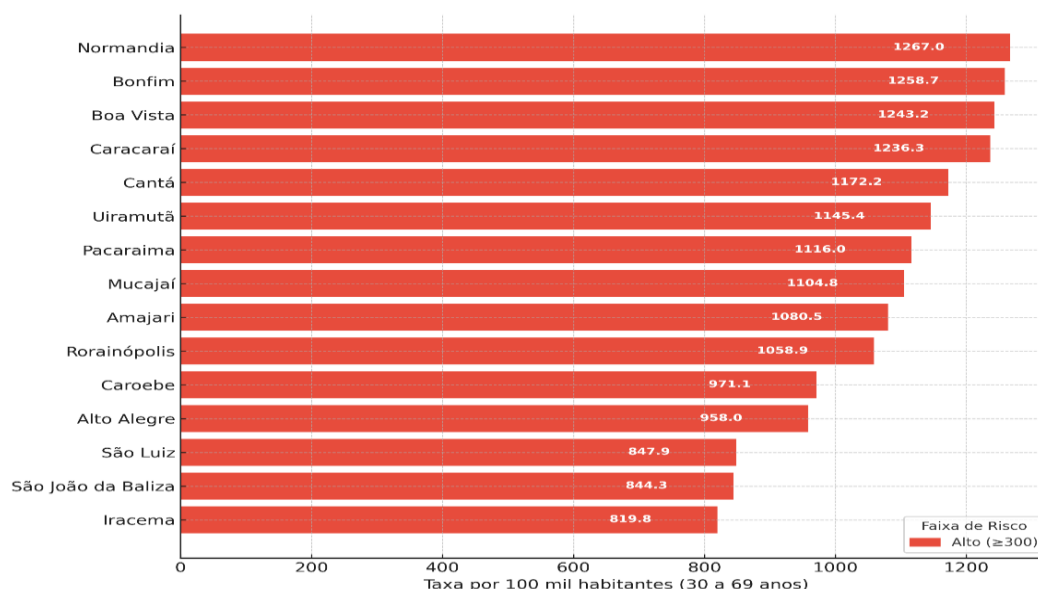
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Acesso em: 26/06/2025

A maioria dos principais diagnósticos cardiovasculares também afetam mais os homens, especialmente o Infarto Agudo do Miocárdio, com cerca de 77% dos casos, assim como as condições como cardiomiopatias e hipertensão. Apenas a fibrilação atrial apresentou leve predominância feminina.

Há um quadro crítico em todos os municípios, com taxas de mortalidade prematuras superiores a 800 óbitos por 100 mil habitantes na faixa etária de 30 a 69 anos. Normandia, Bonfim e Boa Vista lideram com os piores indicadores, ultrapassando 1.240 por 100 mil habitantes. Mesmo os municípios com menores taxas, como Iracema, São João da Baliza e São Luiz, permanecem acima de 800, o que os mantém na faixa de risco alto. Em contraste, a média nacional de mortalidade prematura pela Doença Cardiovascular gira em torno de 250 a 300 óbitos por 100 mil habitantes, o que evidencia que todos os municípios de Roraima apresentam taxas até quatro vezes superiores ao patamar aceitável (Figura 10).

Figura 10. Faixa de risco por município segundo a mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório. Roraima, 2014 a 2024

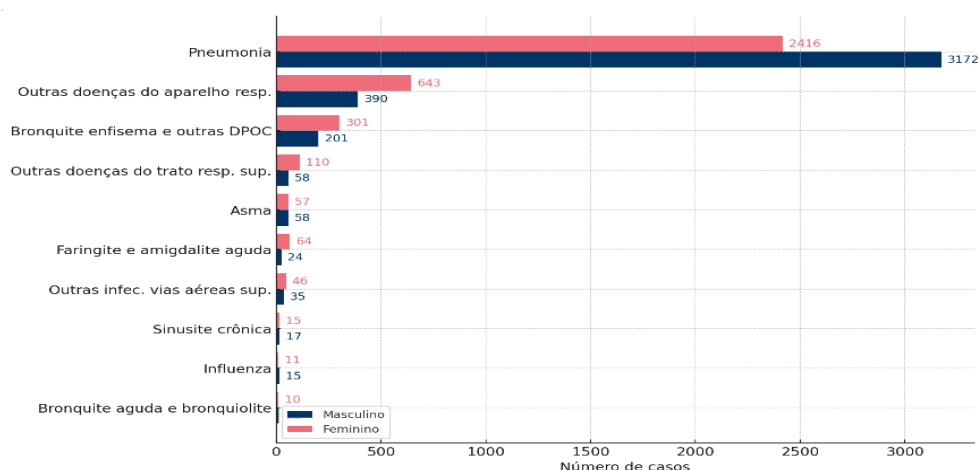


Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR [Dados sujeitos a revisão]

Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)

Dentre os agravos respiratórios registrados, a pneumonia destaca-se como a principal causa de internação hospitalar na faixa etária de 30 a 69 anos, seguida pelas doenças pulmonares obstrutivas crônicas, especialmente entre indivíduos do sexo masculino.

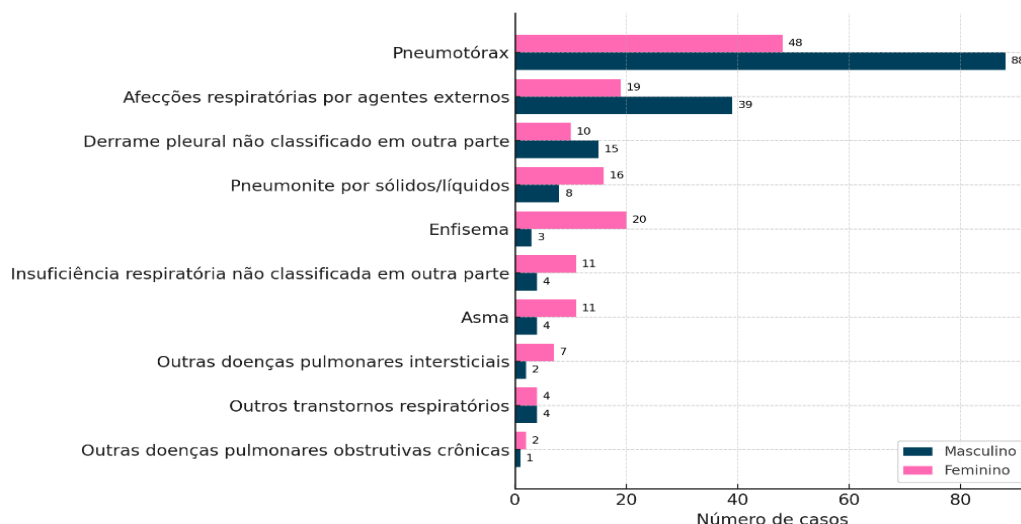
Figura 11. Faixa de risco por município segundo a mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório. Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 26/06/2025 (Dados sujeitos à alteração)

Quanto à mortalidade, é maior entre homens, especialmente nas doenças pulmonares obstrutivas crônicas, transtornos respiratórios diversos e insuficiência respiratória. A asma é uma das poucas condições com predominância feminina.

Figura 12. Óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo tipo e sexo (30–69 anos). Roraima, 2014 a 2024

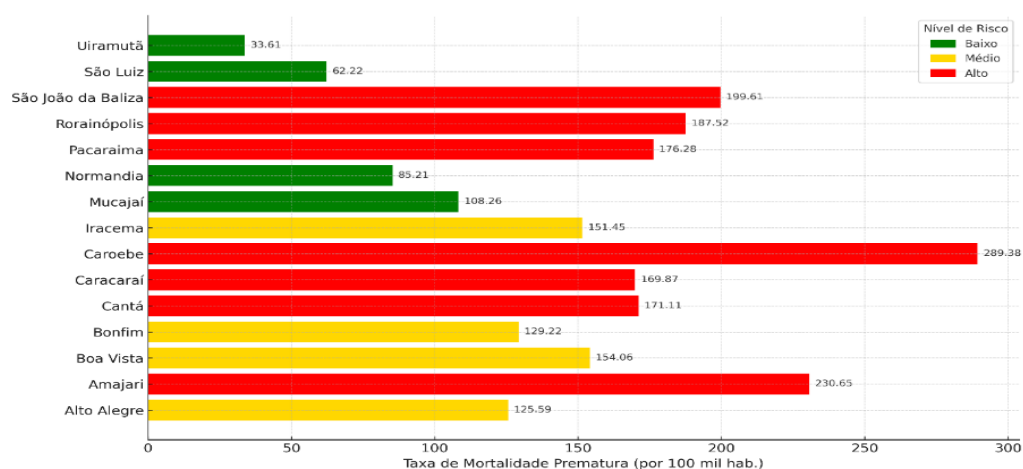


Fonte: SIM/ IBGE/MS/SVS/ DAENT. Acesso em: 26/06/2025. (Dados sujeitos à alteração)

Em comparação com a média estadual (164,35) e com a média nacional, que é de aproximadamente 158,3 óbitos por 100 mil habitantes, na faixa de baixo risco (Figura 13), que são valores bem abaixo da média nacional, destacam-se Uiramutã, São Luiz, Normandia e Mucajaí. Já entre os municípios de risco médio, com taxas próximas à média nacional, encontram-se Alto Alegre, Bonfim, Boa Vista e Iracema.

Por outro lado, os municípios com risco alto — com taxas acima da média nacional e estadual — são Caroebe, Amajari, São João da Baliza, Rorainópolis, Pacaraima, Cantá e Caracará.

Figura 13. Faixa de risco por município segundo a mortalidade prematura por doenças do aparelho respiratório. Roraima, 2014 a 2024

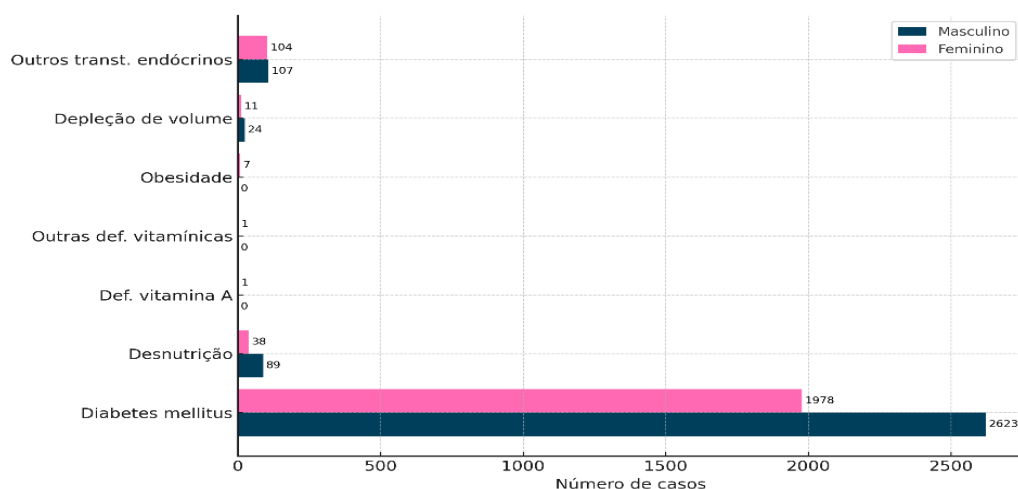


Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR [Dados sujeitos a revisão]

Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID E10-E14)

No período de 2014 a 2024, foram registrados 4.983 casos de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na população de 30 a 69 anos no estado de Roraima. Observa-se um predomínio no sexo masculino, com 2.843 casos (57%), em comparação a 2.140 casos (43%) no sexo feminino.

Figura 14. Internações por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas segundo tipo e sexo (30–69 anos). Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 26/06/2025 (Dados sujeitos à alteração)

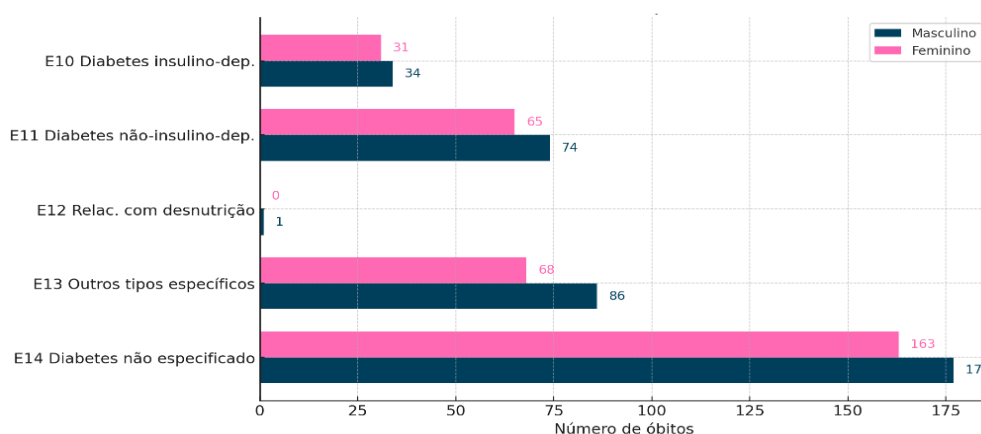
O diabetes mellitus representa a condição mais frequente, correspondendo a 92% do total dos registros do grupo (4.601 casos), sendo também mais prevalente entre os homens. Em seguida, destacam-se casos de outros transtornos endócrinos, nutricionais e metabólicos, e desnutrição, que também ocorrem majoritariamente no sexo masculino.

Ainda que em menor número absoluto, nota-se a presença de agravos como obesidade e deficiências vitamínicas, registrados apenas no sexo feminino.

Entre os anos de 2014 e 2023, foram registrados 699 óbitos por diabetes mellitus na população de 30 a 69 anos no estado de Roraima, sendo 348 (49,8%) no sexo masculino e 351 (50,2%) no sexo feminino, evidenciando uma distribuição praticamente equilibrada entre os sexos.

A maior parte dos óbitos (340 casos – 48,6%) foi classificada como diabetes mellitus não especificado. O diabetes mellitus não-insulino dependente foi o segundo tipo mais frequente, seguido por outros tipos específicos. A categoria relacionada à desnutrição, foi raramente registrada (1 caso no sexo feminino), o que sugere baixa representatividade clínica ou possível subnotificação.

Figura 15. Óbitos por Diabetes segundo tipo e sexo (30–69 anos). Roraima, 2014 a 2023

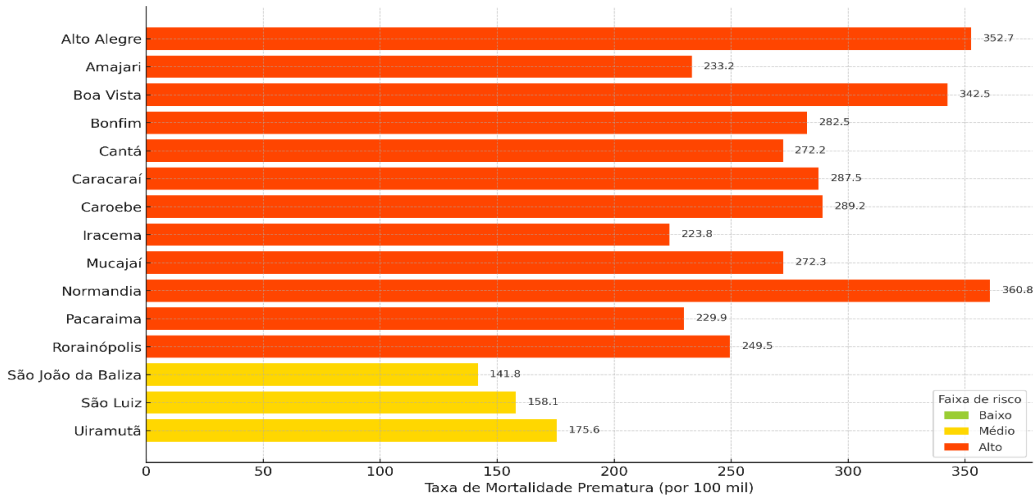


Fonte: SIM/ IBGE/MS/SVS/ DAENT. Acesso em: 26/06/2025. (Dados sujeitos à alteração)

Observa-se que a maioria dos municípios se encontra na faixa de risco alta, com taxas de mortalidade por Distúrbios endócrinas, nutricionais e metabólicas superiores a 200 por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos (Figura 16). Destacando Normandia, Alto Alegre e Boa Vista com os maiores índices do estado, indicando elevada carga de mortalidade relacionada ao diabetes. Por outro lado, apenas três

municípios apresentaram taxas consideradas baixas ou médias: São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã.

Figura 16. Faixa de risco por município segundo a mortalidade prematura doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Roraima, 2014 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR [Dados sujeitos a revisão]

Valor gasto pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

Entre 2014 e 2024, o Sistema Único de Saúde (SUS) destinou um total de R\$ 58,2 milhões para o tratamento de quatro grupos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na faixa etária de 30 a 69 anos no estado de Roraima. Dentre essas, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela maior parte dos gastos, seguidas pelas neoplasias (tumores), pelas doenças do aparelho respiratório e pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Tabela 1. Total de gastos pelas quatro doenças crônicas em Roraima, 2014–2024

Capítulo CID-10	Total
II. Neoplasias (tumores)	R\$ 14.738.710,34
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	R\$ 4.584.592,94
IX. Doenças do aparelho circulatório	R\$ 26.168.957,11
X. Doenças do aparelho respiratório	R\$ 12.791.324,73
Total	R\$ 58.283.585,12

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Acessado em: 26/06/25 (Dados sujeitos à alteração)

Em relação à distribuição municipal, o município de Boa Vista concentrou mais de 81% do total investido, refletindo sua condição de capital e principal centro de referência hospitalar do estado. Os demais municípios apresentaram participação significativamente menor nos gastos, com destaque para Rorainópolis, Mucajaí, Caracarái (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos valores gastos pelo SUS por município pelas doenças crônicas. Roraima, 2014 a 2024

Município	Total
AMAJARI	R\$ 613.263,57
ALTO ALEGRE	R\$ 950.496,16
BOA VISTA	R\$ 47.308.291,50
BONFIM	R\$ 557.830,55
CANTA	R\$ 1.027.598,28
CARACARAI	R\$ 1.079.280,71
CAROEBE	R\$ 668.620,34
IRACEMA	R\$ 251.256,65
MUCAJAI	R\$ 1.435.718,42
NORMANDIA	R\$ 373.109,24
PACARAIMA	R\$ 1.051.341,87
RORAINOPOLIS	R\$ 1.872.136,01
SAO JOAO DA BALIZA	R\$ 400.727,18
SAO LUIZ	R\$ 458.133,79
UIRAMUTA	R\$ 235.780,85
Total	R\$ 58.283.585,12

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Acessado em: 26/06/25 (Dados sujeitos à alteração)

ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS), instituído pelo Ministério da Saúde, é uma política pública voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, regulamentada pelas Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6 de 2017. Sua finalidade é a implantação de polos com infraestrutura adequada e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas, ações de educação em saúde, promoção da alimentação saudável e incentivo a estilos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

O programa está alinhado às diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e ao Plano Nacional para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022, atuando de forma integrada com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as equipes da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde. Seu propósito é reduzir os fatores de risco associados às DCNT, como sedentarismo, obesidade, hipertensão e diabetes, que representam custos elevados para o sistema de saúde, mas que podem ser prevenidos por meio da adoção de hábitos saudáveis.

O programa permite que os municípios implantem polos em diferentes modalidades – básica, intermediária, ampliada ou similar – e recebam incentivo financeiro mensal de R\$ 3.000,00 por polo, desde que cumpram os critérios estabelecidos, como a presença de profissional de nível superior com carga horária mínima de 40 horas semanais (ou dois profissionais com 20h semanais cada) e o envio regular da produção de atividades ao Ministério da Saúde. Os polos funcionam nos turnos matutino, vespertino e, conforme a necessidade, no período noturno, com atividades organizadas de acordo com as prioridades e demandas locais. O público-alvo inclui grupos prioritários como idosos, gestantes, crianças, adolescentes, pessoas com doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), obesos, usuários com transtornos mentais e pessoas em situação de vulnerabilidade social.

As ações do PAS são organizadas com base em eixos estratégicos que norteiam o desenvolvimento das atividades nos territórios: Promoção da Alimentação Saudável; Práticas Corporais e Atividades Físicas; Produção do Cuidado e Modos de Vida Saudável; Mobilização da Comunidade; Educação em Saúde; Práticas Integrativas e Complementares; Práticas Artísticas e Culturais; e Planejamento e Gestão. Dentre as atividades desenvolvidas nos polos, destacam-se projetos de

caminhada, treinamento funcional, dança (como zumba), oficinas de práticas integrativas e complementares (PICS), rodas de conversa sobre saúde mental e violências, ações educativas sobre prevenção de doenças crônicas e câncer, e oficinas de alimentação saudável e nutrição. Tais ações ocorrem em articulação com os demais serviços de saúde do território, fortalecendo o trabalho intersetorial e a participação comunitária no cuidado com a saúde.

Em 2023, o programa apresentou importantes resultados. Segundo dados do Ministério da Saúde, mais de 4.000 polos estavam implantados em todo o território nacional, beneficiando diretamente cerca de 3 milhões de pessoas. Nesse período, foram registradas mais de 1,2 milhão de sessões de práticas corporais e atividades físicas, conforme os dados de monitoramento e avaliação. Esses números reforçam o papel do PAS como uma estratégia eficaz de cuidado coletivo e promoção da saúde, que contribui significativamente para a prevenção de doenças, a redução da demanda por serviços especializados e a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Em Roraima, sabe-se que a muitos polos da academia da saúde encontram-se desativados por falta de equipe para seu funcionamento ou foram descredenciados pela falta de atendimento dos critérios de funcionamento. Além disso, a maioria dos dados das atividades deste programa encontram-se na Atenção Básica. Assim, atualmente a vigilância enfrenta um desafio na coleta desses dados e monitoramento desse programa.

PROJETO VIDA NO TRÂNSITO

Os acidentes de trânsito representam um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente entre pessoas em idade produtiva. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 1,3 milhão de pessoas morrem anualmente em decorrência de sinistros de trânsito, além de milhões sofrerem lesões com sequelas temporárias ou permanentes. No Brasil, essas ocorrências impactam diretamente o sistema de saúde, a seguridade social e o desenvolvimento econômico.

Diante desse cenário, o Brasil assumiu compromissos internacionais de enfrentamento da violência no trânsito, sendo um dos países que aderiram à Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011–2020), promovida pela ONU. Foi nesse contexto que nasceu o Projeto Vida no Trânsito (PVT), através da Portaria

Interministerial nº 2.268, de 10/08/2010, sendo o Ministério da Saúde o responsável pela coordenação dessa comissão, com dois fatores de risco prioritários dessa comissão: velocidade e álcool.

O comprometimento do Governo Brasileiro em desenvolver o Projeto no país tem como propósito enfrentar a grave situação dos acidentes de trânsito, a partir de ações nacionais, estaduais e municipais, procurando desenvolver e aprimorar estratégias de segurança no trânsito bem sucedidas, possíveis de serem apropriadas pelos municípios e Estados.

O PVT é uma iniciativa estratégica e intersetorial, que visa a redução dos acidentes e mortes no trânsito por meio da qualificação das informações, identificação de fatores de risco, planejamento de ações e articulação entre diferentes setores, como saúde, transporte, segurança pública, educação e sociedade civil. A proposta central do projeto é a utilização de dados e evidências locais para subsidiar intervenções eficazes, com foco nos principais fatores de risco: álcool ao volante, excesso de velocidade, uso inadequado de motocicletas, não utilização de cinto de segurança e de capacete, entre outros.

Ao ser implantado nos municípios, o Projeto Vida no Trânsito fortalece a vigilância em saúde, promove a governança local e amplia a capacidade de resposta às situações de risco no trânsito, contribuindo para a construção de cidades mais seguras, humanas e sustentáveis.

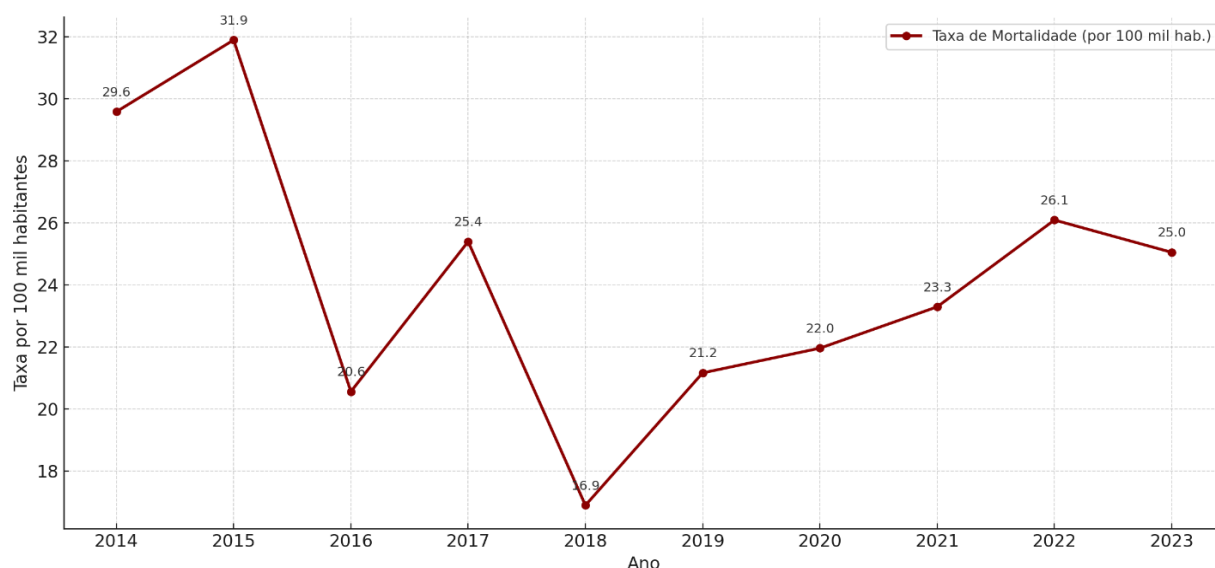
O Núcleo está se mobilizando na tentativa de retomar o PVT no estado, tendo em vista que é uma estratégia valiosa para redução de morbimortalidade, com o apoio do Ministério da Saúde será refeito o comitê e um grupo de trabalho para ser reimplementado em Roraima este projeto.

Mortalidade por sinistros de transporte terrestre em Roraima de 2014 a 2023

Entre os anos de 2014 e 2023, o estado de Roraima apresentou variações significativas nas taxas de mortalidade por sinistros de transporte (CID10 V01–V99), com valores que oscilaram entre 16,89 e 31,89 óbitos por 100 mil habitantes. O pico ocorreu em 2015, enquanto a menor taxa foi registrada em 2018. Nos anos mais recentes, observa-se uma tendência de estabilização em patamar elevado, com taxa de 25,04 em 2023.

Figura 17. Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por sinistros de transporte.

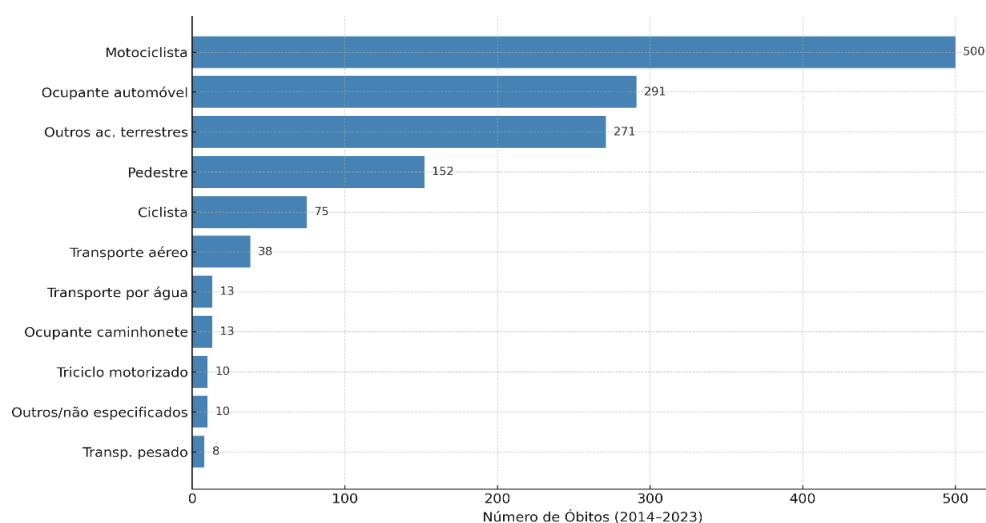
Roraima, 2014–2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM. Dados finais disponíveis até 2023. Data da atualização dos dados 12/2024.

Em comparação com a média nacional, que historicamente tem se mantido em torno de 15 a 20 óbitos por 100 mil habitantes, Roraima apresenta índices consistentemente superiores, evidenciando um cenário de maior vulnerabilidade no trânsito.

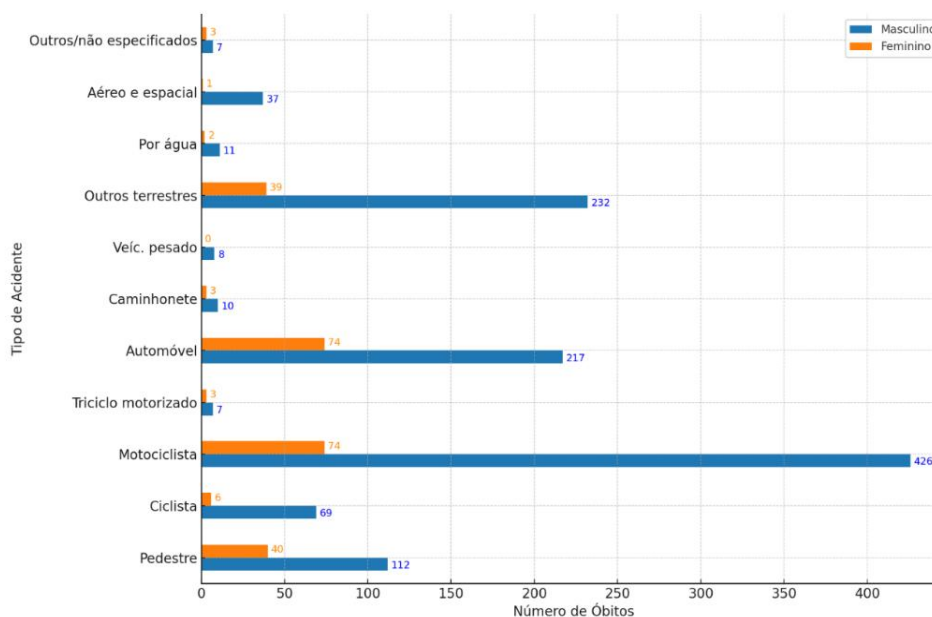
Figura 18. Ranking das causas de óbitos por sinistros de trânsito terrestre. Roraima, 2014 a 2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM. Dados finais disponíveis até 2023. Data da atualização dos dados 12/2024.

Entre 2014 e 2023, Roraima registrou 1.381 óbitos por sinistros de trânsito, com destaque para os motociclistas, que representaram 36% das mortes, seguidos por ocupantes de automóveis e outros sinistros. Esse padrão é semelhante ao observado no Brasil, onde os acidentes com motociclistas também lideram as estatísticas, especialmente entre jovens.

Figura 19. Óbitos por sinistros de trânsito segundo o sexo em Roraima, 2014 a 2023

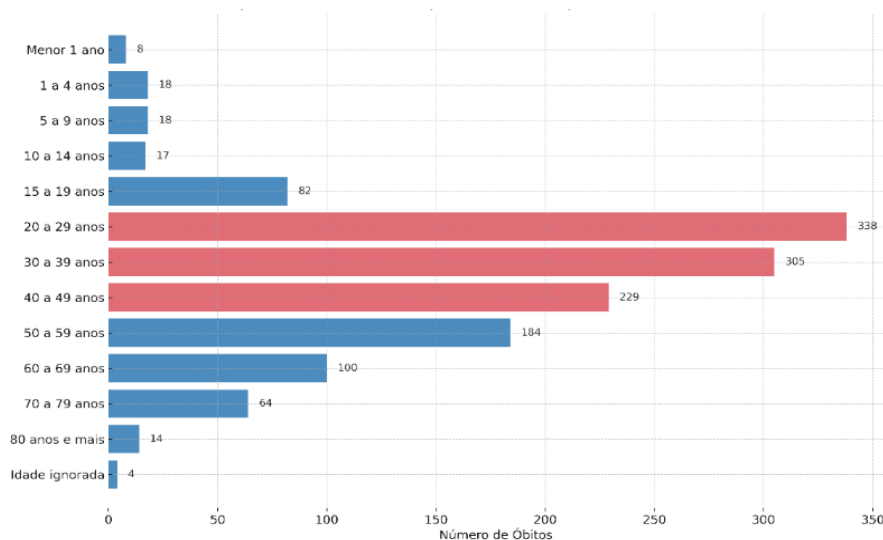


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM. Dados finais disponíveis até 2023. Data da atualização dos dados 12/2024.

Os dados revelam que os homens representam a maioria expressiva dos óbitos por sinistros de trânsito (82%), com destaque para motociclistas, que somam 500 mortes, seguidos por ocupantes de automóveis e outros sinistros. Esse padrão local acompanha a tendência nacional, em que os homens são mais expostos a comportamentos de risco no trânsito, como o não uso de equipamentos de segurança e a condução em alta velocidade.

A análise dos óbitos por sinistros de trânsito (CID10: V01-V99), totalizando 1.381 registros, revela uma concentração marcante nas faixas etárias de 20 a 39 anos, que juntas representam 46,5% das ocorrências. Este padrão reflete o comportamento observado em âmbito nacional, onde os jovens adultos também lideram as estatísticas de mortalidade por acidentes, segundo dados do Ministério da Saúde.

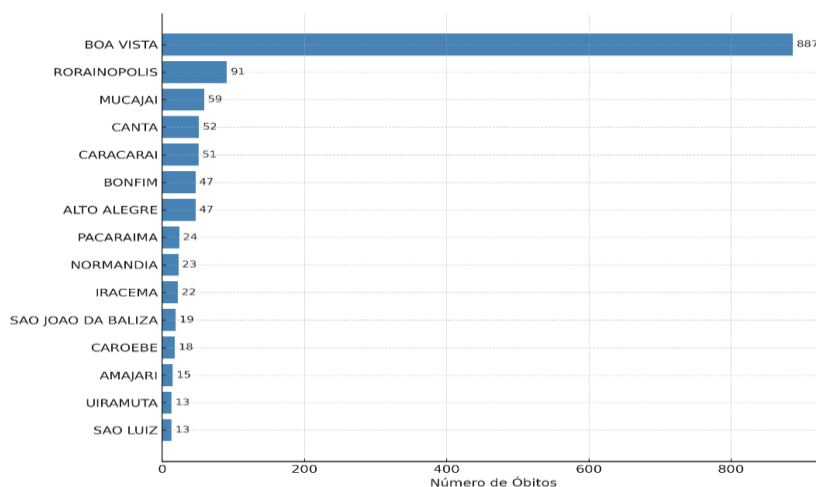
Figura 20. Óbitos por sinistros de trânsito segundo a faixa etária em Roraima, 2014 a 2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM. Dados finais disponíveis até 2023. Data da atualização dos dados 12/2024.

A faixa de 20 a 29 anos, isoladamente, é a mais afetada, com 338 óbitos (24,5% do total), seguida pela faixa de 30 a 39 anos, com 305 óbitos (22,1%). As faixas etárias acima de 60 anos apresentam queda progressiva nos números, embora ainda representem um grupo de atenção devido à maior vulnerabilidade física. Crianças e adolescentes somam uma parcela menor, mas relevante, principalmente nas faixas de 1 a 14 anos.

Figura 21. Óbitos por sinistros de trânsito segundo o município de residência, 2014 a 2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM. Dados finais disponíveis até 2023. Data da atualização dos dados 12/2024.

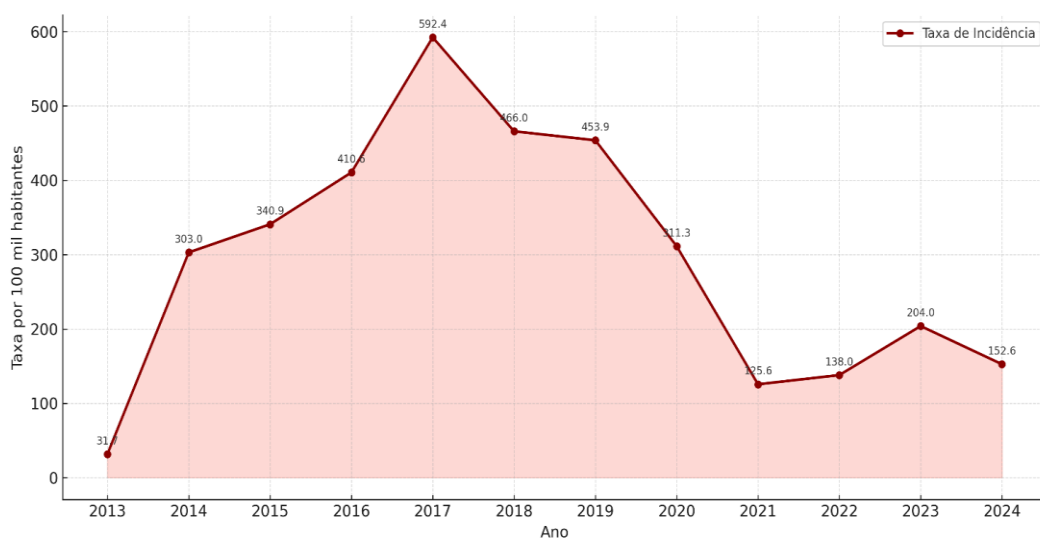
Os óbitos por acidentes de transporte terrestre no estado de Roraima até 2023 revela um total de 1.381 mortes, com forte concentração no município de Boa Vista, que sozinho representa aproximadamente 64% do total estadual.

Municípios como Rorainópolis, Mucajaí e Cantá também apresentaram números relevantes, enquanto os demais registraram menos de 50 ocorrências cada. Quando comparado ao cenário nacional, Roraima possui uma taxa absoluta relativamente baixa, o que é coerente com seu menor contingente populacional.

No entanto, a concentração dos óbitos na capital evidencia um padrão semelhante ao de outros estados, onde os grandes centros urbanos acumulam maior número de ocorrências em razão do volume de tráfego, frota de veículos e circulação populacional mais intensa.

Morbidade por sinistros de transporte terrestre em Roraima de 2014 a 2024

Figura 22. Taxa de incidência de hospitalizações por acidentes de transporte em Roraima, 2013–2024

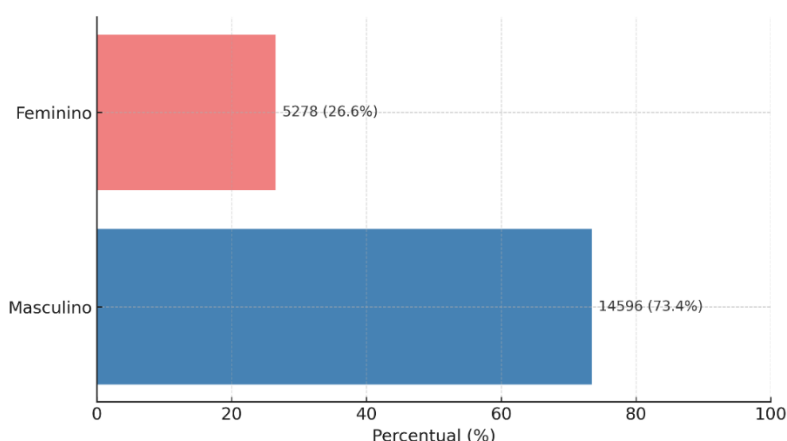


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados sujeitos à alteração.

Entre 2013 e 2024, Roraima apresentou taxas de hospitalizações por sinistros de trânsito superiores à média nacional, especialmente entre 2014 e 2019, com pico em 2017 (592,4 por 100 mil habitantes), enquanto a média brasileira oscilava entre 150 e 180. A partir de 2020, observou-se uma queda progressiva, possivelmente influenciada pela pandemia e mudanças na mobilidade, chegando a 204,0 em 2023 e

uma estimativa de 152,6 em 2024, aproximando-se dos níveis nacionais e sugerindo avanços em prevenção e segurança viária no estado.

Figura 23. Internações (n e %) por sinistros de trânsito segundo o sexo em Roraima, 2014 a 2024

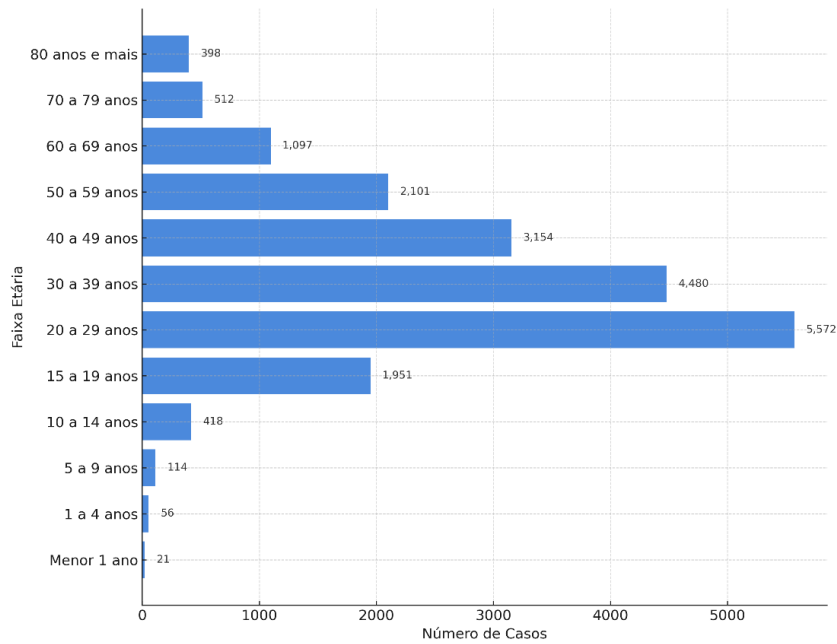


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados sujeitos à alteração.

Em Roraima, observa-se uma expressiva predominância do sexo masculino, que representa 73,4% dos atendimentos em contraste com 26,6% do sexo feminino. Esse padrão é coerente com a tendência nacional, onde homens também concentram a maioria das internações por causas externas, especialmente acidentes de trânsito.

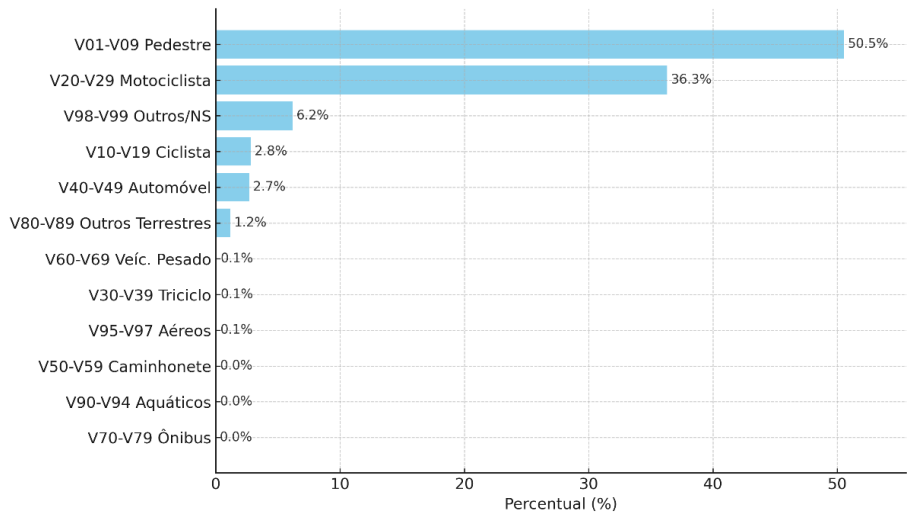
De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, aproximadamente 70% a 75% das hospitalizações por acidentes de transporte ocorrem entre homens, o que reflete sua maior exposição ao risco, seja por comportamento de risco no trânsito, maior tempo de deslocamento ou uso mais frequente de motocicletas e veículos automotores.

Figura 24. Internações por sinistros de trânsito segundo a faixa etária em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados sujeitos à alteração

Figura 25. Percentual de internações por tipo de envolvido em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados sujeitos à alteração

A distribuição percentual das internações hospitalares por acidentes de transporte terrestre, no período de 2014 a 2024, evidencia maior vulnerabilidade entre

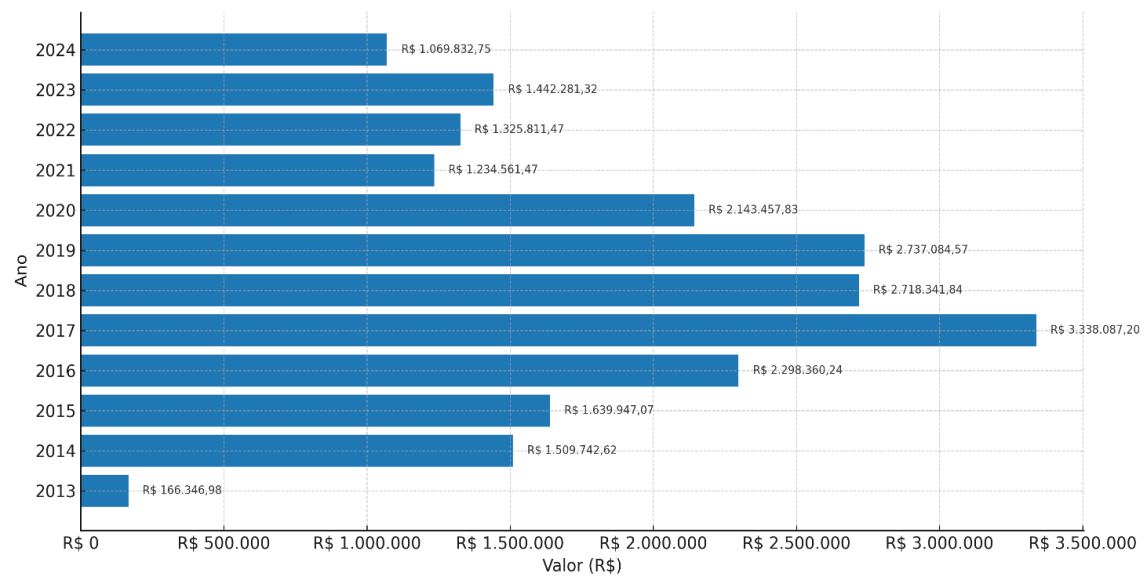
pedestres (50,5%) e motociclistas (36,3%), refletindo padrões de risco associados à exposição direta e baixa proteção física.

Valor Gasto com internações por sinistros de trânsito em Roraima, 2013 a 2024

Entre 2013 e 2024, os gastos com internações hospitalares decorrentes de acidentes de transporte (V01–V99), segundo dados do SIH/SUS, apresentaram variações significativas. Observa-se um crescimento expressivo entre 2013 (R\$ 166 mil) e 2017 (R\$ 3,3 milhões), indicando possível aumento na gravidade ou frequência desses eventos, ou ainda melhorias na captação e registro das internações.

A partir de 2018, os valores mantêm-se elevados, porém com oscilações, caindo de R\$ 2,7 milhões em 2018 para R\$ 1,06 milhão em 2024. Essa redução pode estar relacionada a ações de prevenção, mudanças no comportamento da população ou limitações no acesso aos serviços hospitalares. Em termos nacionais, esses números refletem a relevância dos acidentes de transporte como causa de internações e o impacto financeiro ao sistema de saúde.

Figura 26. Gastos com internações por sinistros de trânsito em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados sujeitos à alteração

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

A violência interpessoal e autoprovocada configura-se, atualmente, como um dos principais desafios à saúde pública no Brasil e no mundo. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte, ou possa resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (WHO, 2022). A magnitude e complexidade desse fenômeno têm impactado diretamente os indicadores de morbimortalidade, em especial entre adolescentes e jovens, comprometendo a qualidade de vida e pressionando os serviços públicos de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece, desde 2001, a gravidade das violências e dos acidentes como causas externas evitáveis, instituindo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e, posteriormente, fortalecendo ações por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com foco na promoção da cultura de paz, prevenção e vigilância de violências (Brasil, 2022). A vigilância epidemiológica, neste contexto, tornou-se instrumento estratégico para subsidiar políticas públicas e ações intersetoriais voltadas à proteção dos grupos vulneráveis.

No Brasil, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) indicam tendência crescente nas notificações de violências interpessoais e autoprovocadas nos últimos anos. Em 2023, o país registrou mais de 400 mil notificações, com destaque para a violência física, sexual e psicológica contra mulheres, crianças, idosos e populações LGBTQIA+ (MS/SVS/CGDANT, 2024). Ainda assim, a subnotificação permanece como obstáculo, sobretudo em regiões com menor cobertura e capacitação da rede de atenção.

No Estado de Roraima, foram registradas 16.446 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no período de 2014 a 2024, segundo o SinanNet. Observa-se nesta série histórica um aumento não apenas dos registros, mas da sensibilidade da rede de saúde quanto à importância da notificação como ferramenta epidemiológica. A elevação nas notificações reflete, também, o resultado de ações de capacitação promovidas nos 14 municípios do estado, com foco na qualificação dos profissionais para identificação, notificação e encaminhamento dos casos.

A violência autoprovocada, em especial, demanda atenção urgente: o suicídio

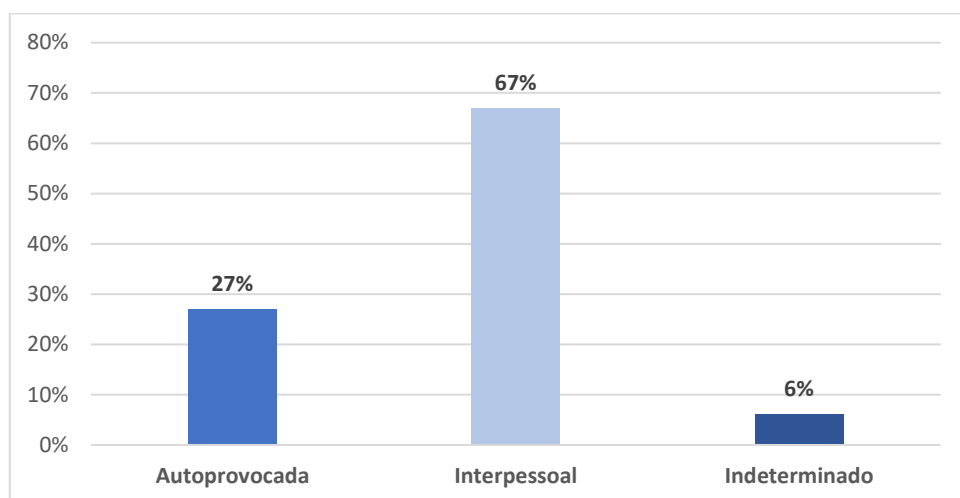
é a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, conforme relatório global da OMS (WHO, 2021). No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 11% na última década, com maior incidência entre homens e populações indígenas (Brasil, 2024). Já a violência interpessoal manifesta-se predominantemente nas esferas doméstica, comunitária e institucional, com graves repercussões físicas e emocionais, exigindo respostas articuladas entre saúde, segurança pública e assistência social.

Com vistas à melhoria da vigilância, a ficha de notificação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, instituída pelo Ministério da Saúde e regulamentada por meio de instruções técnicas atualizadas (MS, 2023), vem sendo fortalecida para garantir padronização, completude e qualidade das informações. O uso adequado dessa ferramenta é essencial para mapear o perfil das vítimas, agressores, territórios e contextos de vulnerabilidade, orientando ações mais eficazes de prevenção e enfrentamento.

O enfrentamento das violências interpessoal e autoprovocada exige abordagem multissetorial, com ênfase na prevenção primária, promoção da cultura de paz, fortalecimento das redes de proteção e valorização da vida. Nesse sentido, o Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030 incorpora estratégias interligadas à temática da violência, destacando a necessidade de articulação entre as políticas públicas e o envolvimento dos entes federativos (Brasil, 2021).

Dessa forma, destaca-se a importância de manter ações contínuas de capacitação, sensibilização e vigilância em saúde, aliadas a políticas públicas bem estruturadas e integradas aos diversos setores da sociedade. O combate às violências, em suas diversas formas, é um dever coletivo e uma responsabilidade compartilhada pelo Estado e pela sociedade, com base no direito fundamental à vida e à dignidade humana.

Figura 27. Proporção de notificações de violência interpessoal/autoprovocada em Roraima, 2014 a 2024

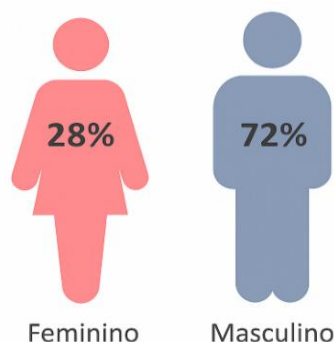


Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Os casos classificados como indeterminados nesta análise consideram a possibilidade de ocorrência de mais de um tipo de violência em um mesmo evento. No entanto, para fins de registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), deve ser assinalado apenas o principal tipo de violência. Os demais campos referentes aos tipos de violência não devem ser preenchidos. Caso haja a presença de violências secundárias praticadas pelo(a) mesmo(a) autor(a), essa informação deverá ser registrada no campo de *observações adicionais*.

Perfil Sociodemográfico da vítima

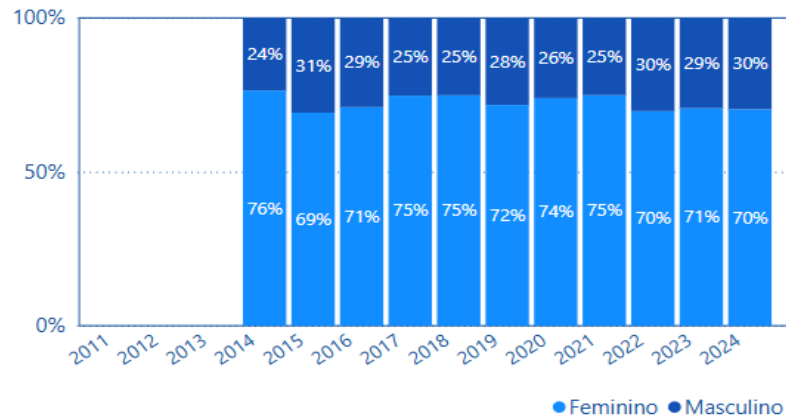
Figura 28. Notificações de violência por sexo em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

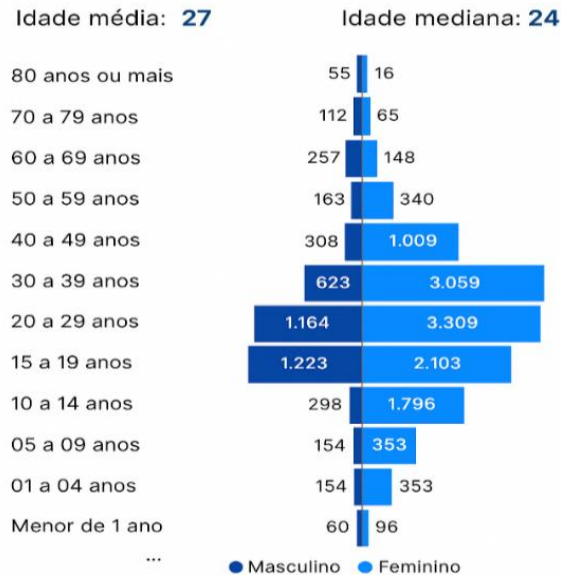
A maioria das vítimas de violência interpessoal em Roraima são mulheres, com 72% dos casos. Essa tendência está em linha com a situação nacional, onde as mulheres são mais vulneráveis a formas de violência doméstica, sexual e psicológica. Em Roraima, a violência também atinge a população jovem, com a maior concentração de vítimas na faixa etária de 20 a 29 anos.

Figura 29. Notificações de violência por sexo e por ano em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

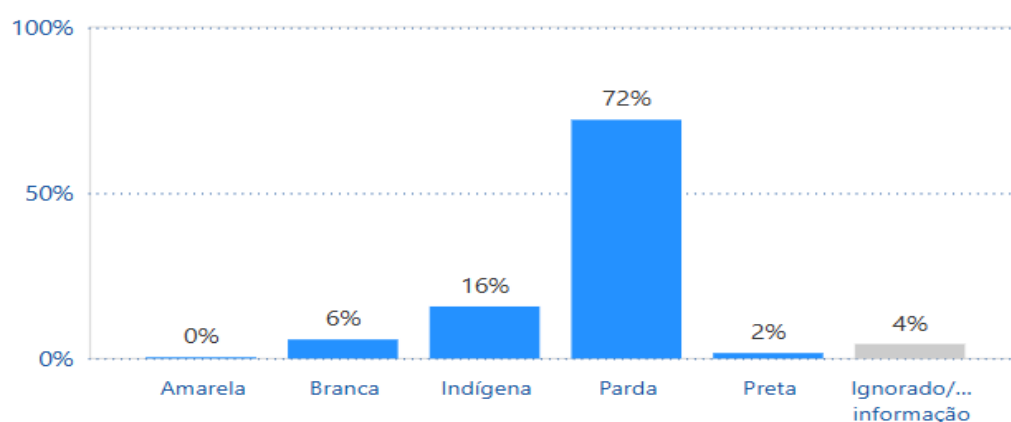
Figura 30. Notificações de violência por faixa etária e por sexo, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

A distribuição etária das vítimas de violências interpessoais e autoprovocadas em Roraima revela que a maioria dos casos se concentra entre jovens de 15 a 29 anos, especialmente entre mulheres, com destaque para a faixa de 20 a 29 anos, que sozinha registra 3.309 notificações femininas e 1.164 masculinas. A idade média é de 27 anos e a mediana é de 24 anos, indicando que metade das vítimas tem até 24 anos. Esses dados refletem o padrão nacional, onde a juventude é mais vulnerável a situações de violência, sobretudo as mulheres.

Figura 31. Notificações de violência por raça/cor em Roraima, 2014 a 2024



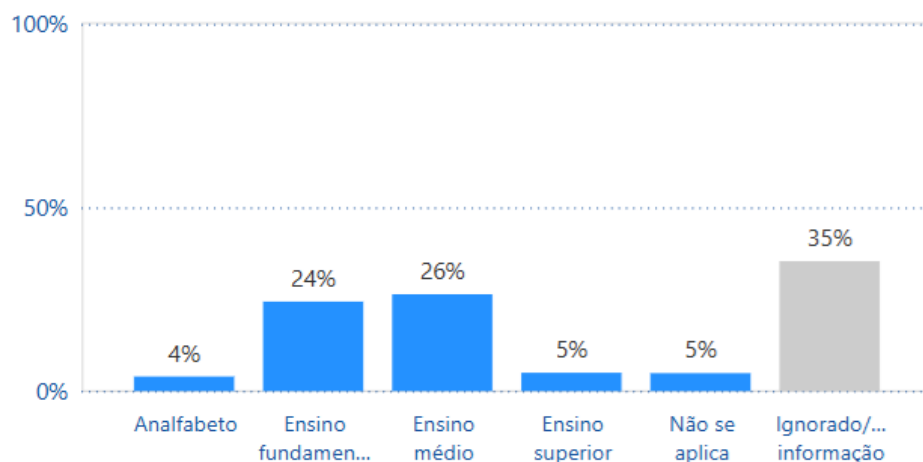
Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Esse perfil difere parcialmente do cenário nacional, onde, apesar da predominância de pessoas pardas entre as vítimas, o percentual de indígenas costuma ser bem inferior. A elevada proporção de vítimas indígenas em Roraima reflete as especificidades demográficas e socioculturais do estado, que possui significativa população indígena.

A distribuição das vítimas de violências interpessoais e autoprovocadas em Roraima, segundo escolaridade, revela que a maioria possui ensino médio ou fundamental, enquanto 5% têm ensino superior e outros 5% estão em situações em que a escolaridade não se aplica.

Apenas 4% são analfabetos, e chama atenção o elevado percentual de casos com escolaridade ignorada ou sem informação.

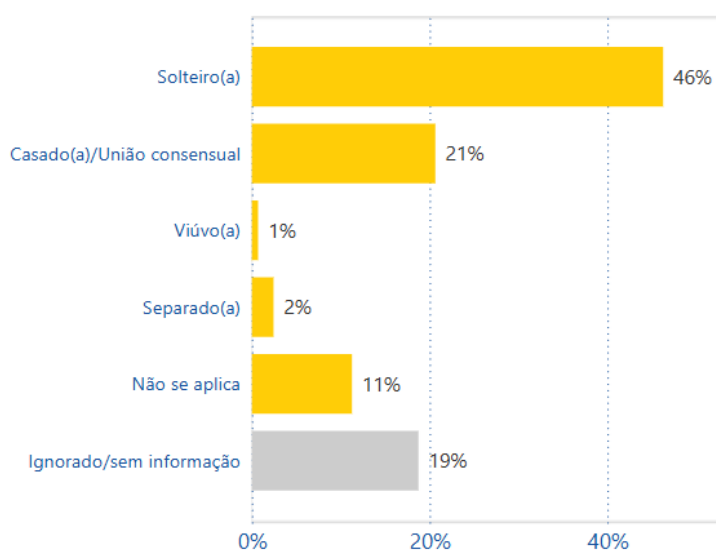
Figura 32. Notificações de violência por escolaridade em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Comparando com os dados nacionais, observa-se tendência semelhante de concentração das vítimas entre pessoas com níveis de escolaridade até o ensino médio, refletindo vulnerabilidades sociais associadas à baixa escolarização, embora o percentual de informações ignoradas no estado seja superior ao observado na média do país, o que pode comprometer análises mais precisas e o direcionamento de políticas públicas.

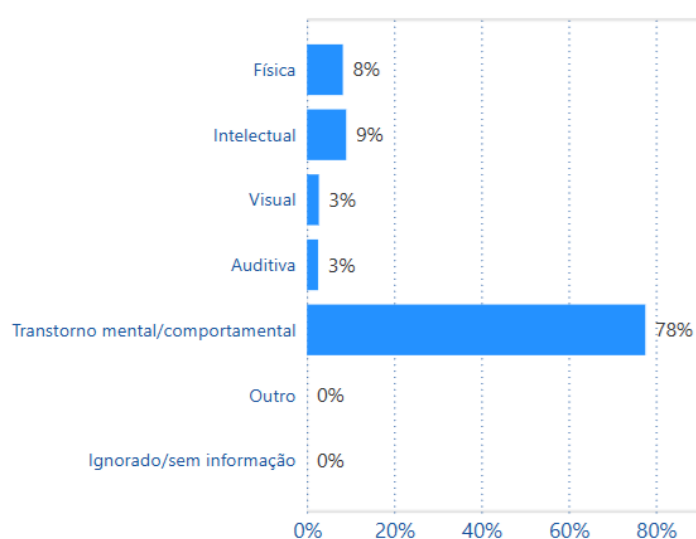
Figura 33. Notificações de violência por situação conjugal em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Em comparação com os dados nacionais, Roraima segue a tendência de maior vulnerabilidade entre indivíduos solteiros, grupo geralmente mais exposto a fatores de risco e redes de apoio limitadas. A alta taxa de informações ignoradas no estado, no entanto, compromete uma análise mais fidedigna dos dados.

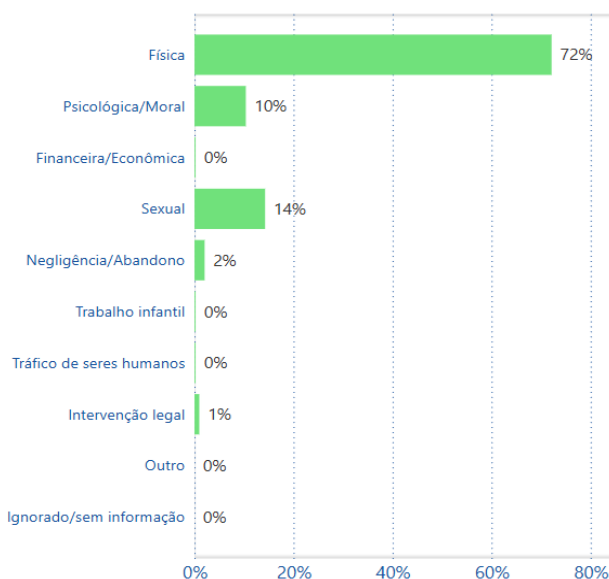
Figura 34. Notificações de violência por deficiência/transtorno em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Em comparação com os dados nacionais, Roraima apresenta um perfil semelhante, no qual pessoas com transtornos mentais ou comportamentais são desproporcionalmente mais afetadas por situações de violência, evidenciando a vulnerabilidade desse grupo

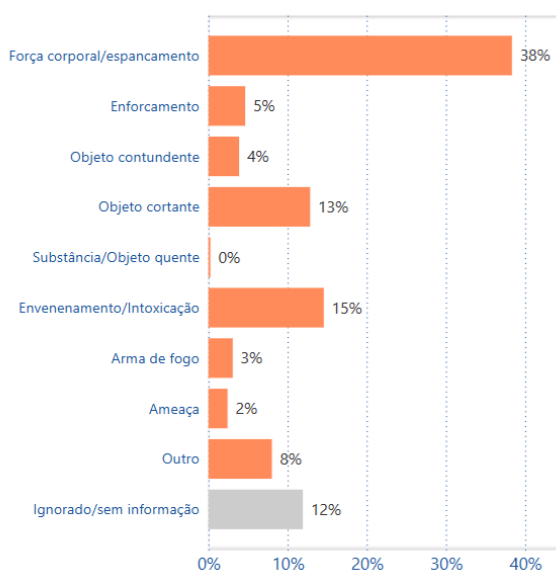
Figura 35. Notificações de violência segundo o tipo/natureza da violência em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Em comparação aos dados nacionais, a prevalência da violência física em Roraima é mais acentuada, superando a média nacional de 59%.

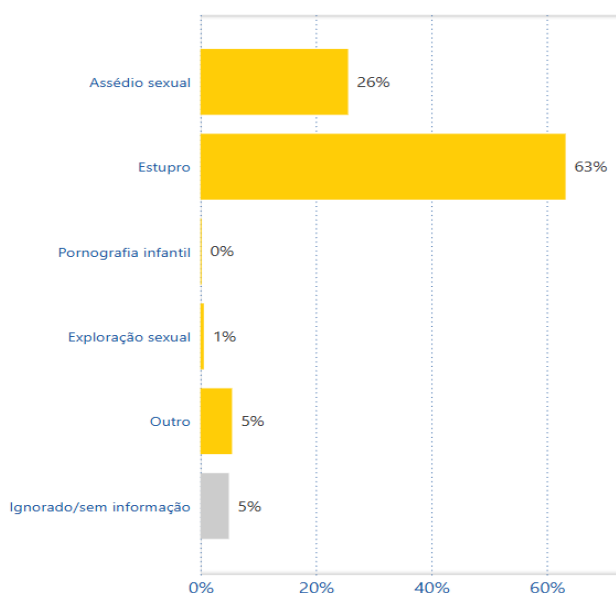
Figura 36. Notificações de violência segundo o meio de agressão em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Esse padrão evidencia uma predominância da violência física direta, especialmente por meio de agressões corporais. Quando comparado aos dados nacionais, observa-se que o uso de força corporal também lidera no Brasil, com um percentual semelhante de aproximadamente 39%, segundo o sistema SINAN. No entanto, o envenenamento/intoxicação no estado apresenta uma taxa significativamente mais elevada do que a média nacional, que gira em torno de 6%, o que pode indicar contextos específicos de violência, como tentativas de suicídio ou violência doméstica com uso de substâncias.

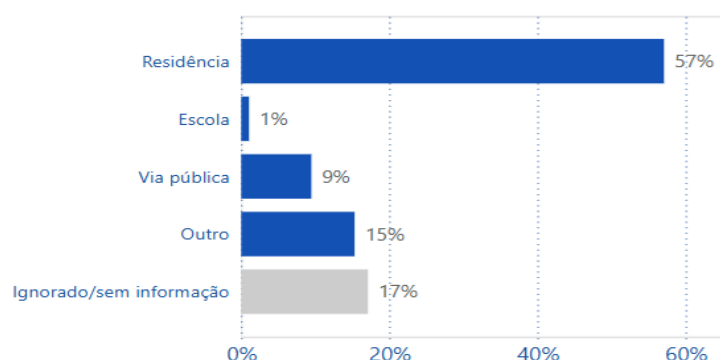
Figura 37. Notificações de violência segundo o tipo de violência sexual em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Quando comparado à média nacional, os dados de Roraima são significativamente mais elevados: no Brasil, o estupro representa cerca de 44% dos casos de violência sexual, conforme dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Figura 38. Notificações de violência segundo o local de ocorrência em Roraima, 2014 a 2024

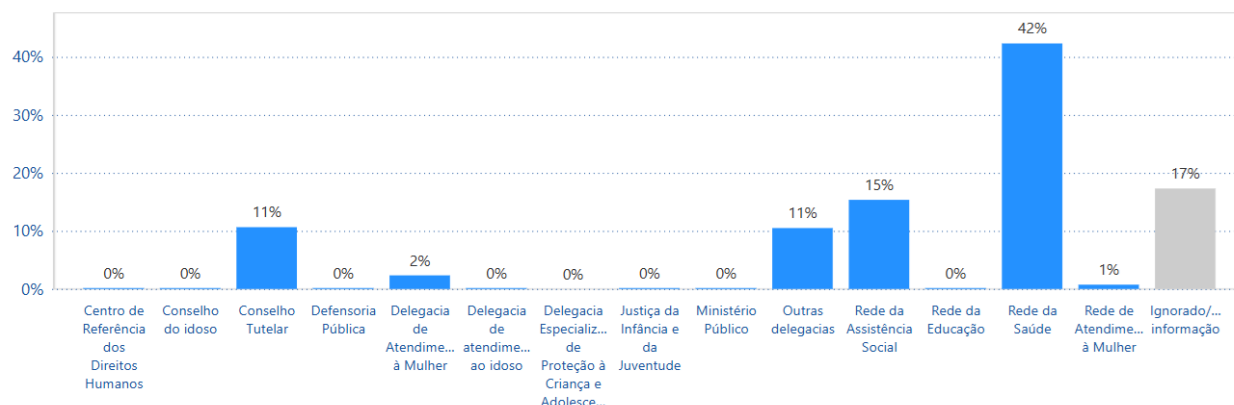


Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

A violência interpessoal em Roraima está predominantemente concentrada no ambiente doméstico, com 57% dos casos ocorrendo em casa. Esse padrão é consistente com o observado em outras regiões do Brasil, onde a residência é o local mais comum para os episódios de violência física e psicológica.

Além disso, a violência autoprovocada, incluindo tentativas de suicídio, é uma questão crescente, especialmente entre jovens adultos. Os dados sobre suicídios e tentativas de suicídio sugerem uma preocupação crescente com a saúde mental da população, com necessidade de políticas públicas focadas em prevenção e apoio psicológico.

Figura 39. Percentual de encaminhamentos das vítimas de violência em Roraima, 2014 a 2024

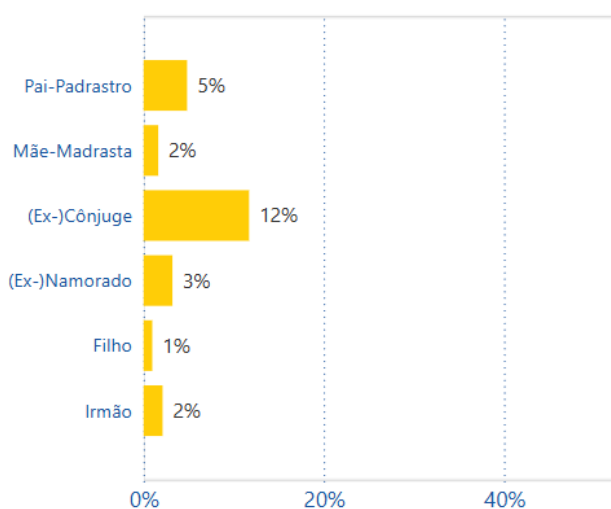


Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Em Roraima, observa-se que 42% das vítimas de violência foram encaminhadas para a Rede de Saúde, sendo este o principal destino de acolhimento. Esse percentual é significativamente superior à média nacional, que gira em torno de 31%, segundo dados do Ministério da Saúde (SINAN).

A Rede de Assistência Social foi o segundo principal encaminhamento, próxima da média nacional. O Conselho Tutelar aparece com 11%, valor também acima da média nacional de 7%. Em contrapartida, delegacias especializadas no atendimento à mulher tiveram participação reduzida (apenas 2%), inferior à média nacional de aproximadamente 7%. Além disso, chama atenção o elevado índice de encaminhamentos não informados, o que dificulta o monitoramento e a efetividade das ações intersetoriais.

Figura 40. Percentual dos casos de violência segundo o vínculo do autor com a vítima em Roraima, 2014 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento das Violências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 27 jun. 2025.

Em Roraima, os principais agressores identificados nas violências interpessoais registradas foram os (ex-)cônjuges, responsáveis por 12% dos casos — percentual que se aproxima da média nacional, que é de 14%, conforme dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Pai ou padrasto aparecem com 5%, e mãe ou madrasta com 2%, ambos abaixo da média nacional, que registra cerca de 8% e 5%, respectivamente, para essas categorias. Já os (ex-)namorados correspondem a 3% dos casos no estado, também

inferior à média nacional de 6%.

Os percentuais de filhos (1%) e irmãos (2%) como agressores são baixos, porém seguem o padrão observado em outras unidades da federação. Esses dados reforçam a centralidade da violência no âmbito doméstico e familiar, ainda que com ligeiras variações em relação ao cenário nacional.

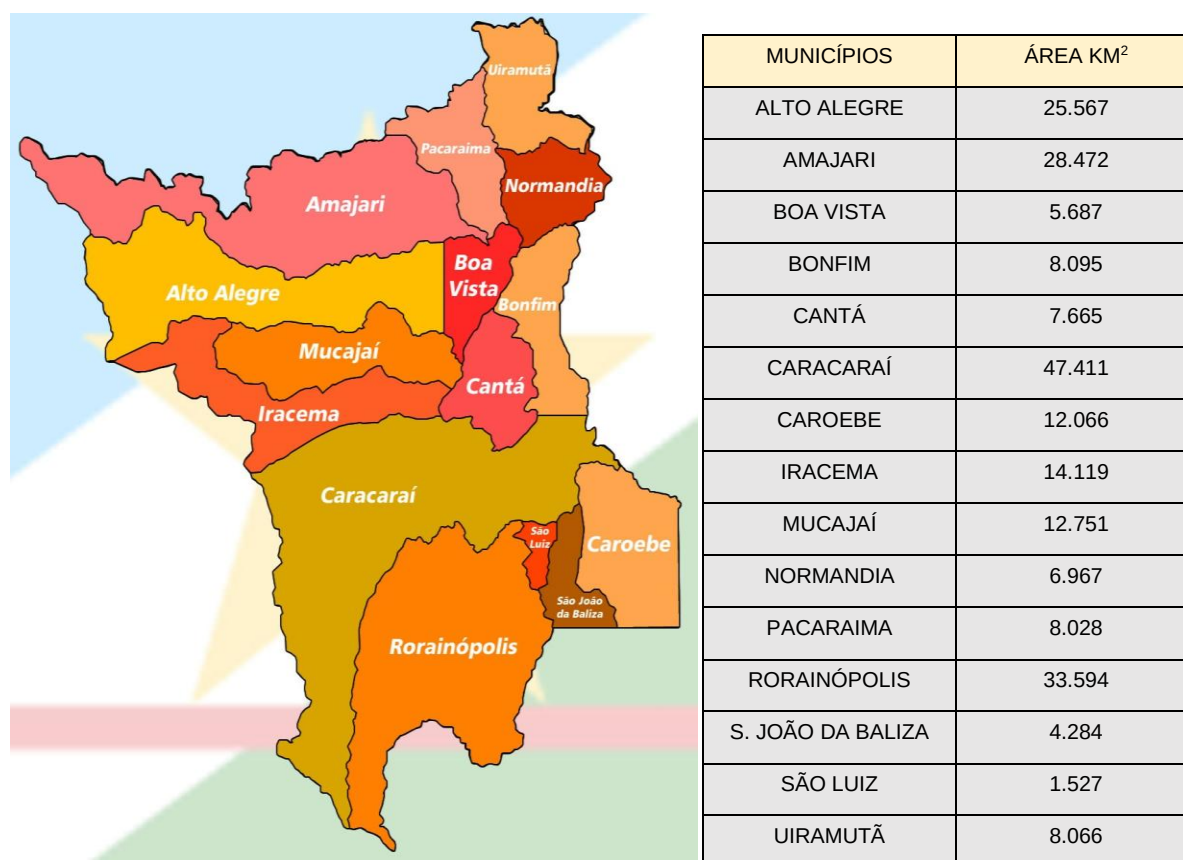
REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL – RCBP/RR

O Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) coleta informações sobre todos os casos novos de câncer de uma área geográfica definida, através de um processo contínuo e sistemático de coleta, sendo, assim, um sistema de informações sobre câncer. Fornece dados de incidência, segundo localização, sexo, idade, raça e outros, corrige os dados de mortalidade por residência, e estimativas de probabilidade de sobrevida segundo localização do tumor, sexo e idade. São úteis para a vigilância epidemiológica, no acompanhamento de grupos ocupacionais específicos ou coortes de indivíduos expostos a agentes cancerígenos e para o planejamento de políticas públicas e avaliação de serviços de saúde.

Atualmente existem 30 (trinta) RCBP ativos no Brasil, onde esses registros representam uma importante fonte de informações sobre a incidência do câncer no país. A partir dos dados gerados pelo RCBP, estima-se a incidência desta patologia por áreas geográficas, esses dados são encaminhados periodicamente, via sistema SISBASEPOPWEB, para o Instituto Nacional do Câncer-INCA e Ministério da Saúde.

O Registro de câncer de Base Populacional Roraima (RCBP-RR) tem cobertura total do estado, ou seja, notifica todos os municípios, conforme demonstrado na Figura 01. As fontes notificadoras se concentram na capital Boa Vista, tendo em vista que os laboratórios de alta complexidade estão na capital, ou seja, a demanda e o fluxo da coleta se concentram na capital Boa Vista.

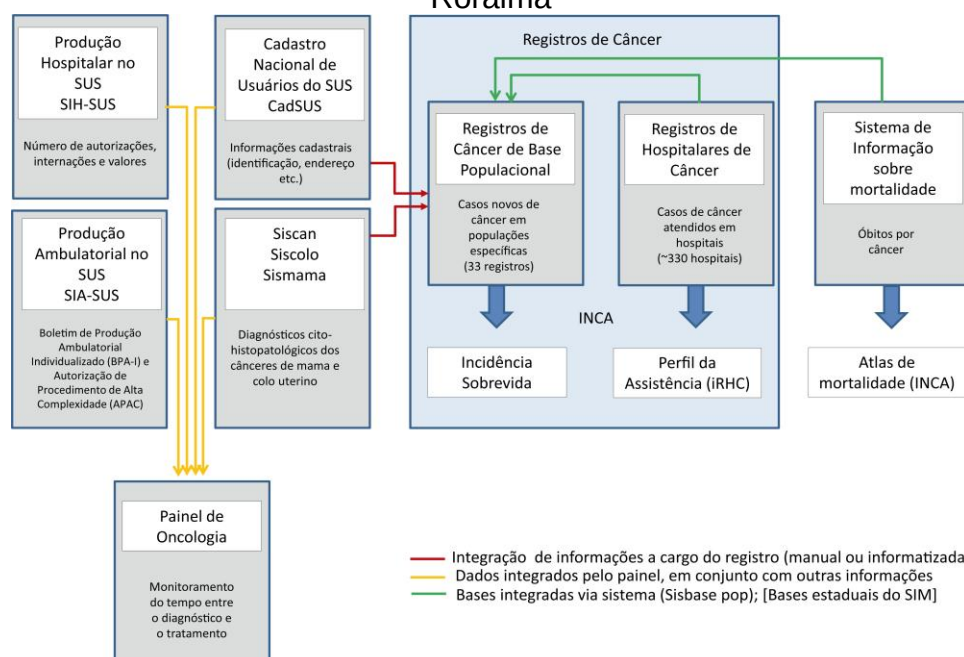
Figura 41. Cobertura do Registro de Câncer de Base Populacional no Estado de Roraima



Fonte: Google

Atualmente o Registro de Câncer utiliza sistemas de informação que são de extrema importância para o rastreamento do tumor como o CADSUS, que através do cartão SUS é possível identificar e rastrear o tumor. Alguns dos principais sistemas relacionados ao câncer e suas relações com os RCBP são apresentados na Figura 2. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é utilizado como uma fonte complementar para fechamento de casos com ausência de informações. São ferramentas que vem sendo utilizadas diariamente, na codificação das notificações dos tumores no sistema, com isso, o registro conta com agilidade maior no fechamento dos casos invalidados e indeferidos pelo Instituto nacional do Câncer - INCA.

Figura 42. Cobertura do Registro de Câncer de Base Populacional no Estado de Roraima



As principais fontes de informação sobre câncer incluem principalmente, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde, além dos registros de câncer de base populacional e hospitalar e sistemas de informação como o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Atualmente, o RCBP-RR executa suas ações seguindo um planejamento e um cronograma de ações estabelecidas junto ao INCA, para melhoria na coleta e banco de dados da busca ativa de casos, com suas fontes notificadoras atualizadas.

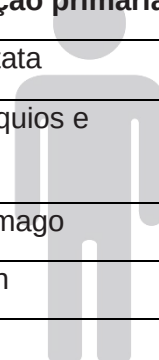
Tem, também, participado da construção do fluxograma do atendimento dos usuários do SUS, desde a Atenção Básica na identificação e tratamento do tumor, que tem como objetivo reduzir a demora no atendimento, diagnóstico e tratamento do câncer em Roraima. Participa de ações voltadas a prevenção do câncer, bem como, de congressos, seminários, reuniões e videoconferências junto ao INCA e outras instituições parceiras voltadas ao câncer.

Na Tabela 1 estão relacionadas as neoplasias malignas mais incidentes segundo localização primária para o sexo masculino, no período de 1998 a 2018, compreendendo um período de 10 anos. Observa-se que o câncer de próstata foi a localização com maior número de registros (48,2%), seguido de brônquios e pulmões, com 22,5%. Podemos constatar com esses dados, a importância do planejamento de saúde dos homens, bem como, de programas de prevenção de câncer de próstata,

focando nos homens da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos no mundo, ocorrem a partir dos 65 anos.

Para o sexo feminino, no mesmo período, o câncer de colo de útero é a localização com maior número de registros (40,7%), seguido do câncer de mama com 34%, como demonstrado na Tabela 2. Observamos através desses dados, a importância da atenção às mulheres jovens para diagnosticar e tratar precocemente os cânceres de colo de útero e mama, através dos programas de saúde da mulher.

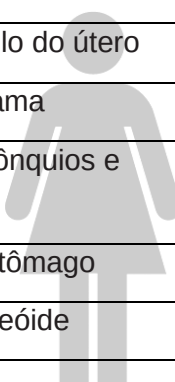
Tabela 3. Proporção de casos (%) no sexo masculino segundo localização primária mais frequente em Roraima no período de 1998 a 2018*.



Localização primária	%
(C61) Próstata	48,2
(C34) Brônquios e Pulmões	22,5
(C16) Estômago	19,7
(C18) Cólon	5,5
(C20) Reto	4,1
Total	100

*Foram considerados somente os anos com base de dados consolidada.

Tabela 4. Proporção de casos (%) no sexo feminino segundo localização primária mais frequente em Roraima no período de 1998 a 2018*.



Localização primária	%
(C53) Colo do útero	40,7
(C50) Mama	34
(C34) Brônquios e Pulmões	10
(C16) Estômago	9
(C73) Tireóide	6,3
Total	100

*Foram considerados somente os anos com base de dados consolidada.

Podemos constatar a prevalência de casos de câncer de estômago no sexo masculino com 19,7% dos registros (Tabela 1), enquanto o sexo feminino apresenta 9% dos registros (Tabela 2), fato este, relacionado às questões do tabagismo e alcoolismo, com maior predominância nesse sexo, segundo o INCA. O tabagismo é o principal fator de risco para alguns tipos de câncer, como no de estômago, e, por isso, as políticas de controle de tabagismo apresentam sua relevância.

RECOMENDAÇÕES

Com base na análise epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e agravos correlatos no Estado de Roraima entre 2014 e 2024, recomenda-se a adoção das seguintes estratégias, metas e prazos, distribuídos por eixo de ação prioritário:

Vigilância Epidemiológica e Qualidade da Informação

- **Meta 1.1:** Ampliar em 100% a cobertura de notificações completas nos sistemas SIM, SINAN e SIH/SUS nos 15 municípios do estado até 2027.
- **Meta 1.2:** Capacitar anualmente 100% das equipes de vigilância epidemiológica sobre preenchimento das fichas de notificação, com foco em violências e agravos crônicos, até 2030.
- **Meta 1.3:** Implantar indicadores municipais de mortalidade prematura por DCNT em todos os municípios de Roraima até 2026.
- **Meta 1.4:** Integrar os sistemas de Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Regulação em uma plataforma estadual até 2028.

Promoção da Saúde e Prevenção das DCNT

- **Meta 2.1:** Reativar e manter em funcionamento pelo menos 50% dos polos do Programa Academia da Saúde até 2026, priorizando os municípios com maiores taxas de mortalidade prematura.
- **Meta 2.2:** Reduzir em 10% as internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial até 2027, com base nos registros do SIH/SUS.
- **Meta 2.3:** Aumentar para 60% a prevalência de prática regular de atividade física entre adultos até 2029, conforme dados do VIGITEL.

- **Meta 2.4:** Aumentar em 20% o consumo regular de frutas e hortaliças na população adulta até 2028, com base nas estimativas do VIGITEL.
- **Meta 2.5:** Reduzir o tabagismo em adultos para menos de 7% até 2030.

Prevenção das Violências e Agravos Externos

- **Meta 3.1:** Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre até 2028, com base nos dados do SIM.
- **Meta 3.2:** Implantar comitês intersetoriais de prevenção à violência em 100% dos municípios de alto risco até 2027.
- **Meta 3.3:** Capacitar, até 2026, 100% das unidades de saúde para identificação, notificação e encaminhamento dos casos de violência interpessoal e autoprovocada.
- **Meta 3.4:** Reduzir em 20% as notificações de violência contra mulheres e crianças até 2030, a partir de estratégias de prevenção comunitária e fortalecimento da rede de proteção.

Atenção Integral e Gestão do Cuidado

- **Meta 4.1:** Garantir que 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) promovam grupos de educação em saúde sobre DCNTs até 2026.
- **Meta 4.2:** Expandir o acesso ao cuidado multiprofissional para pessoas com DCNTs em todos os municípios com população acima de 10 mil habitantes até 2027.
- **Meta 4.3:** Implantar linha de cuidado para pacientes com doenças cardiovasculares, câncer e diabetes em nível estadual até 2028.
- **Meta 4.4:** Reduzir em 20% os gastos com internações evitáveis por DCNTs até 2030, por meio de ações preventivas e fortalecimento da APS.

Recomendações para Fortalecimento do RCBP

- **Meta 5.1:** Melhorar a infraestrutura e os sistemas de TI para o registro de câncer em todos os municípios até 2027, com foco em municípios mais distantes da capital.
- **Meta 5.2:** Capacitar anualmente 100% dos profissionais de saúde envolvidos na coleta de dados do RCBP para melhorar a precisão e cobertura dos registros.
- **Meta 5.3:** Expandir a cobertura do RCBP para incluir dados sobre cânceres menos comuns, como os hematológicos e raros, a fim de fornecer uma visão mais abrangente da realidade epidemiológica do estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório evidencia que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) continuam sendo a principal causa de mortalidade prematura em Roraima, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Todos os municípios do estado apresentam taxas superiores à média nacional, sendo os cenários mais alarmantes observados em Boa Vista, Normandia e São Luiz, que registram indicadores particularmente preocupantes. A análise também revela a alta prevalência de fatores de risco comportamentais, como o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, a inatividade física e padrões alimentares inadequados. Esses fatores, aliados às condições socioeconômicas e aos determinantes sociais da saúde, contribuem para a manutenção de elevados índices de mortalidade e morbidade. Além disso, as causas externas, especialmente os acidentes de trânsito e as violências interpessoais, continuam impactando de forma significativa a população, sobretudo os homens jovens, agravando ainda mais o cenário epidemiológico estadual.

Neste contexto, a vigilância em saúde e a geração de dados qualificados são fundamentais para subsidiar políticas públicas baseadas em evidências. Um dos instrumentos cruciais nesse processo é o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), que permite estimar com precisão a incidência dos diferentes tipos de câncer no território. Esses dados são essenciais para o planejamento e a avaliação das ações de controle do câncer, no âmbito da Política Nacional de Atenção Oncológica. Apesar dos avanços no país em relação à estruturação dos registros de câncer, Roraima ainda enfrenta dificuldades significativas para garantir a cobertura e a qualidade dos dados, especialmente no que se refere ao câncer de mama. A ausência de registros completos e atualizados compromete a análise da real magnitude desse problema, dificultando a implementação de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Assim, fortalecer o RCBP no estado é uma prioridade para qualificar a resposta do sistema de saúde frente às neoplasias, que continuam a ser uma das principais causas de morte evitável.

Considerando a elevada carga das DCNT e das causas externas, é imprescindível fortalecer a vigilância epidemiológica e sua articulação com a atenção primária e as redes de proteção social. Essa integração é essencial para identificar tendências, avaliar o impacto das intervenções, combater as desigualdades regionais e garantir o acesso equitativo às ações de promoção, prevenção e cuidado integral à

saúde. Diante desse cenário, recomenda-se que os gestores estaduais e municipais priorizem ações estruturadas, intersetoriais e sustentáveis voltadas para o enfrentamento das DCNT e das causas externas. Entre as estratégias sugeridas, destacam-se a implantação ou reativação de polos do Programa Academia da Saúde, com prioridade para os municípios com maior risco epidemiológico; a definição de metas municipais para a redução da mortalidade prematura por DCNT; a intensificação de campanhas educativas sobre os fatores de risco e a promoção da saúde; a qualificação contínua dos profissionais de saúde para vigilância, notificação e cuidado integral; o investimento na ampliação e qualificação do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), garantindo dados precisos e representativos; e a garantia do financiamento adequado das ações, utilizando os dados epidemiológicos de forma estratégica na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. Somente com o comprometimento dos gestores locais, o fortalecimento da capacidade técnica das equipes e a integração entre os diversos níveis de atenção será possível reduzir o impacto das doenças crônicas e das violências sobre a população de Roraima, promovendo saúde, dignidade e qualidade de vida para todos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Doenças crônicas: envelhecimento e desafios para a saúde pública. São Paulo: APM, 2021. Disponível em: <https://www.apm.org.br> Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil: 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/dant/plano-dant-2021-2030.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da carga de doenças relacionadas aos DANT. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2024: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: implicações para a saúde pública. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 15, supl. 1, p. 161-171, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/4M7s3L3ZcVt9tCHT3fWD89g/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2025.

GLOBO, D. S. et al.. Tendência da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2017. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, supl. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QRKk7gDKsB9nvdXpTJ4zz7P/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. INCA apresenta panorama do tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Brasil: incidência, mortalidade e tendências. Rio de Janeiro: INCA, 2020a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. Rio de Janeiro: INCA, 2020b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise da Situação. Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Global status report on physical activity 2022. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2023. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020–2023. Boa Vista: SESA-RR, 2020.

6.15 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A partir de 2007, em cumprimento às atribuições de detecção, avaliação, monitoramento e resposta às Emergências em Saúde Pública (ESP), foram estruturados os Centros de Informações Estratégicas/ CIEVS, nas 26 Secretarias Estaduais de Saúde (SES), no Distrito Federal e nas 26 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais e em outros municípios ou regiões de interesse estadual.

Assim, a Rede CIEVS foi instituída no Brasil com a finalidade de fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados.

Dentre as suas competências destaca-se: detectar rumores e eventos que possam constituir potenciais ESP, triar e avaliar a relevância destes rumores e eventos, verificar rumores relevantes, avaliar o risco dos eventos, desenvolver ações e produtos de comunicação, apoiar a resposta frente aos eventos em saúde pública e monitorar os eventos considerados relevantes.

ATUAÇÃO DO CIEVS RORAIMA

O CIEVS Roraima foi implantado em 2007, integrando assim, o Sistema de Vigilância em Saúde do estado de Roraima sendo uma Gerência do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde/ SESAU. Em 2009, o CIEVS/RR foi instituído pelo Decreto Nº 10.352-E de 11/08/2009 e teve seu regimento interno aprovado no Decreto nº 13.403-E de 31 de outubro de 2011.

O CIEVS Roraima é um Centro Estratégico articulado que tem por escopo monitorar, identificar, avaliar e emitir alertas sobre riscos e potenciais emergências em saúde pública, a fim de desencadear resposta coordenada, integrada e adequada intra e interinstituci

onalmente e em tempo oportuno, consoante os preceitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005).

A Rede CIEVS no Estado é constituída por 5 unidades, Estadual, capital (Boa Vista), fronteira (Pacaraima) e dois DSEI (Yanomami e Leste), e estas, desempenham um papel essencial na detecção precoce, monitoramento e resposta a potenciais

emergências em saúde pública. Suas atividades são abrangentes e contribuem para a proteção da população e o fortalecimento do sistema de saúde como um todo (Figura 1).

Figura 1. Atuação dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde



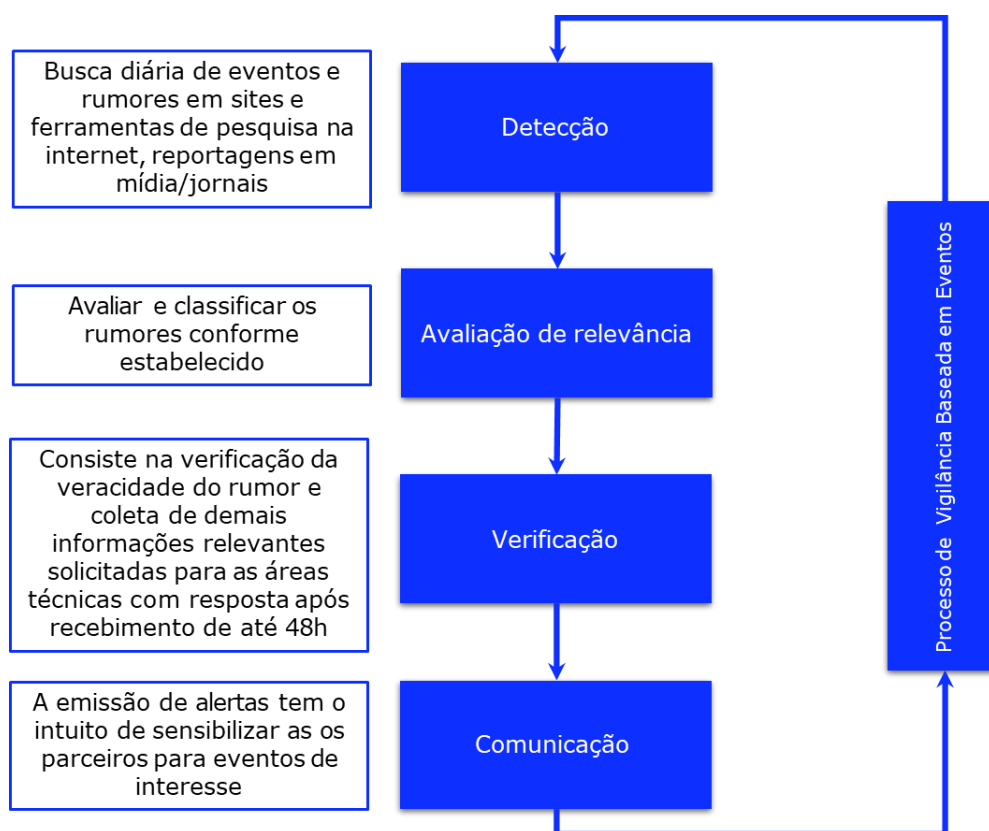
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde – CIEVS Nacional (2023)

VIGILÂNCIA BASEADA EM EVENTOS

A vigilância baseada em eventos envolve a coleta rápida e organizada de informações sobre eventos que podem representar um risco para a saúde pública. Essas informações incluem relatos e rumores provenientes de fontes formais, como sistemas estabelecidos de relatórios de rotina, e informais, como mídia, profissionais de saúde e organizações não governamentais (Figura 2).

As informações coletadas por meio da vigilância baseada em eventos são avaliadas rapidamente quanto ao risco para a saúde pública e demandam uma resposta apropriada. Diferentemente da vigilância clássica, essa abordagem não depende da coleta rotineira de dados, mas sim de descrições e relatos não estruturados.

Figura 2. Processo de Vigilância Baseada em Eventos do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde – CIEVS Nacional (2025)

DETECÇÃO E MONITORAMENTO

O CIEVS/RR realiza a vigilância baseada em eventos em saúde pública inusitados, inesperados ou com alteração do perfil epidemiológico. Ao realizar a captura organizada e sistemática de rumores disponíveis na mídia social (canais de comunicação formais e informais) e eventos (sistemas de informação em saúde) o CIEVS desempenha um papel fundamental na identificação e resposta a uma Emergência em Saúde Pública – ESP (BRASIL, 2023).

DETECÇÃO ATIVA

Para detecção ativa, entende-se como captação organizada e rápida de informações sobre eventos que constituem um risco potencial para a saúde pública, sendo utilizado como referência a Lista Nacional de Notificação Imediata de Doenças, Agravos e ESP da portaria vigente do Ministério da Saúde, as doenças elencadas no

Anexo 2 do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), bem como desastres e desassistência. Após a captação os rumores e eventos são avaliados quanto a sua relevância considerando os aspectos relacionados à saúde humana (caracterização do evento), relevância na assistência à saúde, relevância social (impacto nas relações sociais e econômicas), relevância na capacidade de resposta e desastres (impacto na saúde humana) (BRASIL, 2024).

Tabela 1. Detecção ativa pelo CIEVS/RR de rumores e eventos nos canais de comunicação formais e informais em 2024

Assunto	Relevante	Não Relevante	Total
Arbovírus	42	6	48
Síndromes respiratórias	26	4	30
Doenças Infecciosas	19	2	21
Outras doenças	14	5	19
Climáticos	7	7	14
Emergência Yanomami	7	1	8
Mpox	5	0	5
Incêndios e queimadas	4	1	5
PFA	3	0	3
Zoonoses	3	3	6
Ambiental	1	0	1
Malária	0	1	1
Social	0	1	1
Violência	0	1	1
Total	131	32	163

Fonte: Instrumento de Detecção de Rumores e Eventos 2024 /CIEVS – RR.

No total foram inseridas na Instrumento de Detecção de Rumores e Eventos, 163 rumores e eventos, sendo 131 (80,3%) relevantes conforme critérios de relevância e 32 (19,6%) foram considerados não relevantes (Tabela 1). O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) de Roraima manteve, ao longo de 2024, ações contínuas e qualificadas de monitoramento de eventos e rumores relacionados a agravos de importância em saúde pública, tanto no território estadual quanto em áreas adjacentes. Considerando a posição geográfica estratégica do estado e os fluxos migratórios intensos na região de fronteira, houve a

intensificação da vigilância em territórios limítrofes, com foco na detecção precoce de eventos potenciais e na prevenção de riscos sanitários. Essa ampliação das ações contribuiu significativamente para o fortalecimento da resposta oportuna a emergências em saúde e para a articulação interinstitucional no enfrentamento de ameaças epidemiológicas.

DETECÇÃO PASSIVA

Para detecção passiva, entende-se no monitoramento de eventos que possam constituir Emergências em Saúde Pública (ESP). A atividade é desenvolvida diariamente pelos técnicos do CIEVS/RR e para realização deste processo é realizado a captação por e-mails encaminhados ao CIEVS, pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIM, SINASC, SINAN), e-SUS SINAN, Grupo de WhatsApp da Rede CIEVS Estadual, Painéis de Monitoramento do Ministério da Saúde e da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/ CGVS/SESAU, que são inseridas numa Planilha de Monitoramento de Eventos (Tabela 2).

Dos 53 eventos registrados e monitorados pelo CIEVS/RR, 15,1% do total foram eventos que tiveram confirmação da doença. Medidas de resposta foram adotadas pelas respectivas gerências e ou instituições (DSEI Yanomami) e o CIEVS/RR seguiu em monitoramento até encerrar o evento.

RESPOSTA

Em 2024, o monitoramento de rumores resultou na captação de aproximadamente 3.200 notícias. Dessas, 418 foram submetidas à avaliação de relevância, resultando na publicação de 144 eventos no Clipping semanal elaborado pela unidade, e 52 Clippings produzidos durante o ano por semana epidemiológica. Ainda, foram emitidos cinco alertas epidemiológicos (Monkeypox, Coqueluche, Febre Amarela urbana, Febre Amarela Silvestre e Meningite) e uma Nota Informativa sobre Febre Maculosa. Esses produtos de comunicação contribuíram de forma significativa para antecipar ações de resposta, fortalecer o preparo das equipes de saúde e evitar a disseminação de agravos no território estadual.

Tabela 2. Eventos monitorados pelo CIEVS/RR no estado de Roraima/2024

Evento	Município/ país de residência	Classificação final do evento
Raiva	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Guiana Inglesa	Confirmado
Meningite	Boa Vista	Descartado
Encefalite Equina	Mucajaí	Descartado
Sarampo	Boa Vista	Descartado
Dengue (óbito)	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Caracaraí	Descartado
Óbito Suspeito Meningite	Alto Alegre	Descartado
Coqueluche	Pacaraima	Descartado
Gestantes Oropouche	Rorainópolis	Descartado
Febre Amarela	Guiana Inglesa	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Varicela (Yanomami)	Barcelos –AM	Descartado
Mordedura Canina (Yanomami)	Boa Vista	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Confirmado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Doença Meningocócica	Boa Vista	Descartado
Febre Maculosa	Bonfim	Confirmado
PFA	Boa Vista	Descartado
Sarampo	Amajari	Descartado
Meningite	Amajari	Descartado
Surto de Coqueluche	Boa Vista	Confirmado
Síndrome Febril Ictérico Hemorrágica	Guiana Inglesa	Confirmado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
PFA	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Amajari	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
PFA	Boa Vista	Descartado
Microcefalia	Boa Vista	Confirmado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Coqueluche	Boa Vista	Descartado
Síndrome Febril Ictérico Hemorrágica	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
Síndrome Febril Ictérico Hemorrágica	Venezuela	Descartado
Febre Maculosa	Bonfim	Confirmado
PFA	Boa Vista	Descartado
Febre Maculosa	Boa Vista	Descartado
PFA	Rorainópolis	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela e Meningite	Rorainópolis	Descartado
Sarampo	Boa Vista	Descartado
Monkeypox	Cantá	Descartado
Meningite	Boa Vista	Confirmado
Febre Maculosa	Venezuela	Descartado
Monkeypox	Boa Vista	Descartado
Febre Maculosa	Bonfim	Descartado
Febre Tifoide	Manaus – AM	Descartado
Febre Maculosa	Bonfim	Descartado

Fonte: Sistema de Informa de Agravos Notificáveis /SINAN. Sistema de Informação de Mortalidade/ SIM. Gerenciamento de Ambiente Laboratorial/ Gal. E-SUS Notifica

Destaca-se, nesse contexto, o Alerta Epidemiológico referente à confirmação de um caso de Febre amarela silvestre em paciente procedente da Guiana Inglesa. Em março de 2024, o CIEVS-RR foi notificado pela vigilância hospitalar sobre um paciente internado com suspeita de síndrome febril icterico-hemorrágica. O diagnóstico laboratorial por RT-PCR confirmou a infecção por febre amarela silvestre — agravo que vitimou um homem no estado no ano anterior. A situação foi agravada pela ocorrência de óbitos de primatas não humanos (PNH) no município de Alto Alegre em janeiro, além da baixa cobertura vacinal contra febre amarela no estado, que se encontrava em 50,07%. Esses elementos motivaram a elaboração e divulgação do alerta, sendo uma ação estratégica para preparar os serviços de saúde diante da possibilidade de reintrodução da doença em Roraima.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública/PROFESP. Curso Básico da Rede CIEVS (CBCIEVS). Disponível em: < <https://profesp.saude.gov.br/> > Acesso em: 20/10/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 1.126 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf > Acesso em: 11/03/2025.

6.16 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

A vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A Vigilância Epidemiológica (VE), instituída pela Lei nº 6.259/75, é um dos principais componentes da Vigilância em Saúde (VS), sendo uma ferramenta fundamental para a gestão em saúde, utilizada como base para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 1975; DANTAS, 2014). Tem por finalidade coletar dados, monitorar e analisar a distribuição e incidência de doenças, transmissíveis ou não, e agravos na população, para então propor medidas efetivas para o controle e diminuição dos riscos (PICOLLI, 2015).

Como uma forma de fortalecimento e descentralização da VE e considerando que o ambiente hospitalar fornece dados estratégicos essenciais para o conhecimento do perfil de adoecimento da população, foi formulada a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) (ESCOSTEGUY et al., 2017). Sendo geralmente caracterizada pelo registro das Doenças de Notificação Compulsória (DNC), a VEH tem um papel muito mais amplo, tendo em seus objetivos o conhecimento, detecção oportuna e a resposta imediata às doenças e agravos que afligem o território, inclusive, na detecção precoce de potenciais Emergências em Saúde Pública (ESP), de importância nacional ou internacional, proporcionando para os gestores, elementos claros e concisos para tomada de decisão (PICOLLI, 2015; TEIXEIRA et al., 2018).

A VE em âmbito hospitalar surge como um componente importante desse processo uma vez que o objetivo da VE em âmbito hospitalar é detectar e investigar doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas em hospital por meio da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar por meio da Portaria Nº 2.529/SVS/MS. Em Roraima, o Subsistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, foi instituído por meio do Decreto Nº 10.352-E de 11 de agosto de 2009 e suas atribuições e execuções estão vinculadas as ações do Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH), definidas pelo Regimento Interno da Secretaria de Estado da Saúde publicado no Decreto Nº 13.403-

E, de 31 outubro de 2011(ESTADO DE RORAIMA, 2024).

Diante do cenário da saúde, o NVH, é um núcleo de estratégico, que integra o Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS/ SESAU/RR, e que faz interface com todas as gerências do DVE e tem como missão monitorar, assessorar, promover capacitações aos Núcleos Hospitalar de Epidemiologia (NHEs) e Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVEs) que atuam no âmbito hospitalar do Estado de Roraima, os quais são responsáveis pela detecção e notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública (DAE), conhecido também como Doenças de Notificação Compulsória (DNC), em conformidade com a Portaria Nacional Vigente de notificação compulsória imediata e mantém uma estreita articulação com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) estadual, e com a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Ministério da Saúde (Renaveh/MS), do Departamento de Emergências em Saúde Pública (DEMSP).

Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh/MS

O Ministério da Saúde, dentro da sua estrutura, dispõe da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH/MS), que funciona de forma ativa, estimulando, norteando e orientando o trabalho das unidades federadas que trabalham com a VEH, conforme preconizam a Portaria GM/MS n.º 1.693 de 23 de julho de 2021 e Portaria GM/MS n.º 1.694 de 23 de julho de 2021. As ações de VEH a nível ministerial, subsidiam em parte ou em todo, as ações de VEH da Reveh-RR.

No estado de Roraima, de acordo com o perfil das unidades de saúde, foram elencados 04 (quatro) unidades de saúde com NHE para estarem vinculados à Renaveh/MS, quais sejam: Hospital Geral de Roraima (HGR), Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), Pronto Atendimento Cosme e Silva (PACS) e o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). São unidades estratégicas e de referência para todo o estado e estão instituídas pela Portaria nº 2118/SESAU/CGVS/DVE, de 22 de junho de 2022.

Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Reveh – RR

A execução da vigilância dentro da unidade hospitalar é executada pelas Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) e pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), e está fundada pela PORTARIA Nº 2740/SESAU/CGVS/DVE/NVH, DE 10 DE SETEMBRO DE 2024, que tem com a missão de detectar oportunamente doenças de notificação compulsória, agravos e eventos de importância municipal, estadual, nacional ou internacional, bem como alterações nos padrões epidemiológicos (ESTADO DE RORAIMA, 2016).

	Município	Estabelecimentos de Saúde que compõem a Rede Estadual e Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - REVEH/RR	Estabelecimentos de Saúde com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE	Unidade de Vigilância Epidemiológica - UVE (REVEH-RR)	Integrante da RENAVEH/RR	Integrante da REVEH-RR
1	Alto alegre	Hospital Eptácio de Andrade Lucena		X		
2	Amajari	Centro de Saúde Jair da Silva Mota		X		
3	Boa Vista	Hospital Geral de Roraima - HGR	X		X	X
4	Boa Vista	Hospital da Criança Santo Antônio - HCSEA	X		X	X
5	Boa Vista	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN	X		X	X
6	Boa Vista	UPA 24h - Cosme e Silva - PACS	X		X	X
7	Boa Vista	Casa de Saúde do Índio (CASA) - Yanomami		X		
8	Boa Vista	Hospital Universitário (HU/Ebserh)				
9	Boa Vista	Hospital Lotty Iris		X		
10	Boa Vista	Hospital Ville Roy		X		
11	Boa Vista	Clínica Médica Especializada Coronel Mota		X		
12	Boa Vista	Centro de Referência da Saúde da Mulher		X		
13	Bonfim	Hospital Pedro Álvares Rodrigues		X		
14	Caracarái	Unidade Mista Irmã Aquilina		X		
15	Caroebe	Unidade Mista de Caroebe		X		
16	Iracema	Unidade Mista Irmã Camila		X		
17	Mucajá	Hospital Estadual Vereador José Guedes Catão		X		
18	Normandia	Unidade Mista Ruth Quitéria		X		
19	Pacaraima	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá		X		
20	Rorainópolis	Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Pinto		X		
21	São João da Baliza	Unidade Mista de São João da Baliza		X		
22	São Luiz	Hospital Francisco Ricardo de Macedo		X		

Atualmente o estado dispõe de uma rede de vigilância epidemiológica hospitalar (REVEH-RR) constituída por 22 (vinte e dois) estabelecimentos de saúde, 10 (dez) na capital e 12 (doze) municípios, que funciona desde o ano de 2016. A

Reveh-RR abrange também as unidades vinculados à Renaveh/RR, esta por sua vez, dispõem de 04 (quatro) unidades de saúde, com exceção do PACS que foram eleito conforme representativa geográfica e perfil dos pacientes, as outras unidades foram eleitas conforme capacidade estrutural definidos pelo Ministério da Saúde/MS. Segue quadro demonstrativo das unidades da Reveh-RR e Renaveh-RR.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

No período de 2015 a 2024, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), registrou pelo estado de Roraima, um total de 110.038 notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), já as notificações dos estabelecimentos de saúde vinculados à Reveh/RR notificaram 80.051 DNC, representando 41% (80.051/110.038) de DNC pela Reveh-RR, conforme figura 1 e 2.

A Reveh-RR é atuante e expressiva frente as notificações de todos os estabelecimentos de saúde do estado de Roraima, no Sinan net, conforme figura 3.

Figura 3. Distribuição das Notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), pela Reveh-RR em relação as notificações totais do estado de Roraima, nos anos de 2015 a 2024, Sinan net

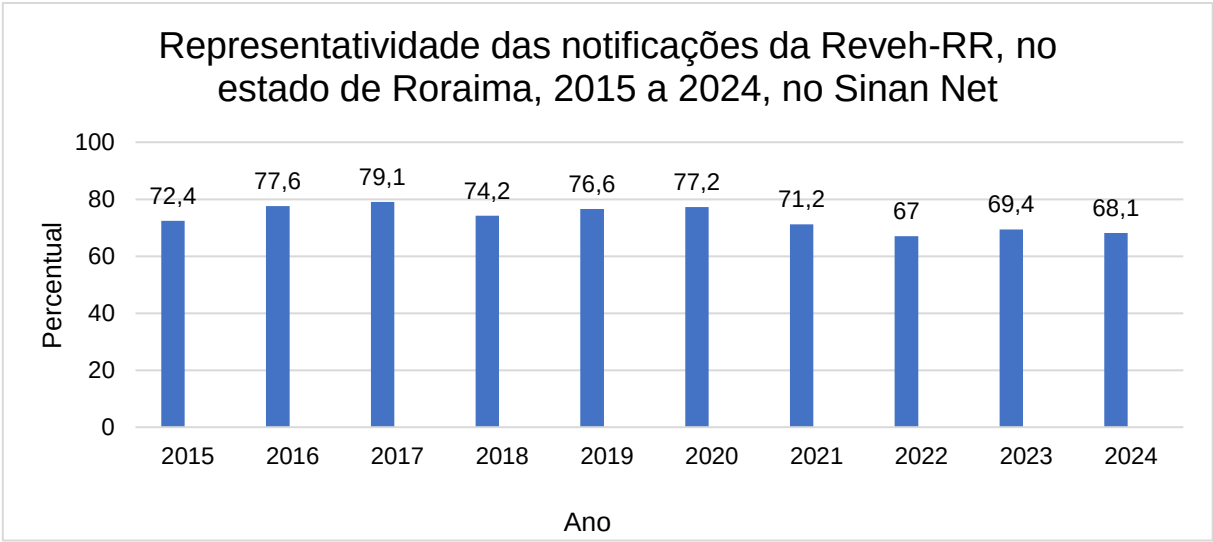


Figura 1. Distribuição das Notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), por agravo notificado em Roraima, 2015 a 2024

Doença de Notificação Compulsória (DNC)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	737	892	1.095	1.313	1.955	1.389	1.730	2.363	2.569	2.552	16.595
Acidente por animais peçonhentos	582	644	933	1.145	1.310	1.001	940	1.140	1.276	1.192	10.163
Intoxicações Exógenas	281	490	500	782	999	694	547	803	848	1.153	7.097
Sífilis Adquirida	107	267	181	673	672	436	544	848	977	823	5.528
Hepatites Virais	1.421	1.190	722	561	379	241	273	189	219	224	5.419
AIDS	438	337	588	653	599	389	516	513	624	549	5.206
Leishmaniose Tegumentar Americana	630	208	320	429	248	253	542	441	400	414	3.885
Tuberculose	181	175	223	278	333	339	388	523	628	604	3.672
Sífilis em Gestante	112	145	105	209	297	343	448	468	571	423	3.121
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino	138	161	251	354	329	133	115	113	151	157	1.902
Sífilis Congênita	34	53	81	78	76	70	206	165	219	171	1.153
Hanseníase	110	106	192	135	121	56	84	64	78	68	1.014
Doenças Exantemáticas	51	7	6	584	58	5	30	45	14	6	806
Gestantes HIV +	44	36	60	66	74	88	91	96	134	109	798
Leishmaniose Visceral	94	141	93	74	66	31	36	43	93	91	762
Criança Exposta ao HIV	95	48	24	37	57	44	72	55	87	59	578
Meningite	65	56	42	18	40	27	31	57	70	71	477
Coqueluche	10	16	29	18	38	15	4	4	0	43	177
Leptospirose	21	13	8	14	19	13	13	25	20	28	174
Doenças de Chagas Aguda	22	6	3	3	19	7	10	7	14	11	102
Febre Maculosa	1	5	5	5	6	3	6	6	5	9	51
Febre Amarela	2	1	4	2	2	0	0	0	1	8	20
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	18
Difteria	0	1	2	2	0	0	0	0	8	0	13
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	0	1	1	0	1	2	0	2	1	5	13
Febre Tifoide	1	3	1	0	0	0	0	0	1	1	7
Hantaviroses	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	6
Raiva Humana	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	6

Esquistossomose	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	5
Febre do Nilo	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	5
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Eventos Adversos Pós-vacina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Síndrome da Rubéola Congênita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Síndrome Respiratória Aguda	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tétano Acidental	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	7.346	8.641	9.692	11.494	12.014	8.888	10.505	12.463	14.289	14.706	110.038

Fonte: Sinan net, NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR, acesso em 10/06/202, sujeitos à alteração.

Figura 2. Distribuição das notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), por estabelecimento de saúde vinculado à Reveh-RR, 2015 a 2024

Doença de Notificação Compulsória (DNC)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Atendimento Antirrábico	1.984	3.389	4.001	3.697	3.770	2.942	3.313	3.325	3.992	4.235	34.648
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	719	853	1.001	1.188	1.801	1.279	1.526	2.117	2.245	2.259	14.988
Acidente por animais peçonhentos	392	466	663	874	1.083	777	741	916	1.075	961	7.948
Intoxicações Exógenas	281	303	490	767	931	688	535	765	833	843	6.436
Hepatites Virais	1.014	714	364	343	216	189	202	93	120	115	3.370
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino	128	140	228	321	298	122	106	109	140	151	1.743
Sífilis em Gestante	43	63	42	99	154	168	227	205	287	216	1.504
Tuberculose	117	106	138	121	169	136	99	103	221	254	1.464
Sífilis Adquirida	15	95	149	204	197	141	118	126	191	223	1.459
AIDS	60	87	111	174	133	106	110	103	153	162	1.199
Sífilis Congênita	33	51	81	78	75	70	205	164	217	171	1.145
Leishmaniose Tegumentar Americana	208	102	86	59	41	21	67	62	50	42	738
Leishmaniose Visceral	94	141	89	74	66	31	31	34	73	68	701
Gestantes HIV +	30	23	46	55	60	63	73	77	108	89	624
Meningite	64	56	41	18	40	26	30	55	68	70	468
Doenças Exantemáticas	40	7	6	329	18	2	13	12	3	2	432
Criança Exposta ao HIV	2	24	22	35	55	42	37	39	87	58	401
Hanseníase	57	40	55	43	50	19	23	8	20	12	327
Leptospirose	21	13	8	14	19	13	13	23	18	28	170
Coqueluche	10	15	28	18	15	15	4	4	0	13	122
Febre Maculosa	1	5	4	5	6	3	6	6	5	5	46
Doenças de Chagas Aguda	2	2	2	3	6	5	3	1	3	2	29
Febre Amarela	2	1	4	2	2	0	0	0	1	8	20
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	18
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	0	1	1	0	1	2	0	2	1	5	13
Difteria	0	1	2	2	0	0	0	0	3	0	8

Febre Tifoide	1	3	1	0	0	0	0	0	1	1	7
Hantaviroses	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	6
Febre do Nilo	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	5
Esquistossomose	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	4
Raiva Humana	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	4
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Síndrome da Rubéola Congênita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Síndrome Respiratória Aguda	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tétano Acidental	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	5.320	6.704	7.664	8.530	9.207	6.862	7.483	8.352	9.916	10.013	80.051

Fonte: Sinan net, NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR, acesso em 10/06/202, sujeitos à alteração.

Conforme demonstrado, a representativa da Reveh-RR é significativa, mostrando o trabalho desenvolvido e sua importância dentro do cenário saúde do estado. O Sinan é o maior sistema de notificação, que registra as DNC, DNC imediatas e semanais, as notificações da Reveh-RR no Sinan é uma média de 73% das notificações registradas no estado.

As unidades de saúde da capital Boa Vista, por serem NHE, possuem outros sistemas oficiais implantados, como Sivep-malária, e-sus Sinan, e-sus notifica, Sivep-gripe. Seguem os registros do ano de 2024.

Unidade de saúde	Sivep-malária	e-Sus Sinan (Monkeypox)	e-Sus notifica (covid-19)	Sivep-gripe (SRAG)
HCSA	3.066	0	2.052	924
HGR	747	0	1.079	26
HMINSN	65	0	253	14
PACS	2.488	9	270	0

Fonte: NCPFIT/DVE/CGVS, Sivep Malária e Sala de Situação de Saúde/DVE/CGVS/SESAU/RR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância epidemiológica hospitalar é de extrema importância para a vigilância em saúde do estado e ao longo dos anos vem se fortalecendo. Nesse processo conta com auxílio do Ministério da Saúde tanto no setor financeiro, para os estabelecimentos de saúde com NHE vinculados à Renaveh/MS, além da estratégia de contratação de um apoiador técnico para trabalhar a VEH no estado.

Em 2024, a Reveh/RR se consolidou oficialmente no estado, um reconhecimento do trabalho desenvolvido desde o ano de 2016. A formalização da Reveh/RR e da Renaveh/RR, fortalece as atividades de vigilância epidemiológica hospitalar desenvolvidas no estado, que tem papel singular para identificação oportuna de doenças, agravos e eventos de saúde pública, a fim de evitar possíveis catástrofes na saúde pública do estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Diário Oficial da União: seção 1, p. 55, 2010.

ESCOTEGUY, C. C., PEREIRA, A. G. L., MEDRONHO, R. A. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 10, p. 3365-3379, 2017.

MARTINS, H. C. P., RODRIGUES, A. A. de A. Análise descritiva do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital das Clínicas de Uberlândia – MG. Revista Saúde (Sta. Maria), v. 42, n. 2, p. 1-4, 2019.

PICOLLI, T. Vigilância em Saúde na Atenção Terciária: um Estudo sobre os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2015.

TEIXEIRA, M. G., COSTA, M. C. N., CARMO, E. H. et al. Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018

ESTADO DE RORAIMA. Diário oficial do estado de Roraima. Regimento Interno da SESA. DECRETO Nº 13.403-E DE 31 DE OUTUBRO DE 2011. p. 15. Disponível em: <https://imprensaoficial.rr.gov.br/app/edicoes/2011/11/doe-20111101.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.693 de 23 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.694 de 23 de julho de 2021.

Estado de Roraima. Portaria nº 2118/SESAU/CGVS/DVE, de 22 de junho de 2022.

7 DOENÇAS SOCIALMENTE DETERMINADAS

As doenças e infecções determinadas socialmente são influenciadas por fatores sociais, econômicos e ambientais, que envolvem questões como pobreza, fome e iniquidades sociais. Essas doenças, para as quais há prevenção e cura, atingem sobretudo as populações vulnerabilizadas. Não se trata de doenças negligenciadas, mas de pessoas negligenciadas, que precisam da atenção de políticas públicas (Organização Pan-Americana de Saúde, 2024).

O Brasil é o primeiro país do mundo a lançar uma política governamental para eliminar ou reduzir, como problemas de saúde pública, 14 doenças e infecções que acometem, de forma mais intensa, as populações em situação de maior vulnerabilidade social. Essa é a proposta do Brasil Saudável, programa do governo federal, lançado em fevereiro de 2024 (Brasil, 2024a).

Com a iniciativa, o país estabelece um marco internacional, alinhado à OMS, às metas globais estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 e à iniciativa da OPAS para a eliminação de doenças nas Américas (Brasil, 2024a).

Quadro 1. Metas de eliminação ou redução das doenças socialmente determinadas, Brasil

Eliminar Doenças	Alcançar Metas da OMS	Eliminar a Transmissão Vertical
Doença de Chagas	Tuberculose	HIV
Malária	HIV	Sífilis
Tracoma	Hanseníase	Hepatite B
Filariose	Hepatites Virais	Doença de Chagas
Esquistossomose		HTLV
Oncocercose		
Geo-helmintíase		

Fonte: Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/brasil-e-o-primeiro-pais-a-lancar-programa-para-eliminacao-e-controle-de-doencas-socialmente-determinadas>

Entre 2017 e 2021, as doenças determinadas socialmente foram responsáveis pela morte de mais de 59 mil pessoas no Brasil. A meta é que a maioria das doenças sejam eliminadas como problema de saúde pública: malária, doença de Chagas, tracoma, filariose linfática, esquistossomose, oncocercose, geo-helmintíase, além de cinco infecções de transmissão vertical (sífilis, hepatite B, doença de Chagas, HIV e HTLV). Também o cumprimento das metas da OMS para diagnóstico, tratamento e

redução da transmissão da tuberculose, hanseníase, hepatites virais e HIV/aids (Brasil, 2024a) (Quadros 1 e 2).

Quadro 2. Metas Operacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Brasil

Tuberculose	Reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e as mortes para menos de 230 por ano
HIV	Ter 95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas, destas 95% em tratamento e das em tratamento 95% com carga viral controlada
Hepatites Virais	Diagnosticar 90% das pessoas, tratar 80% das pessoas diagnosticadas, reduzir em 90% as novas infecções e reduzir em 65% a mortalidade
Hanseníase	Reduzir a prevalência para menos de um caso por 10 mil habitantes

Fonte: Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/brasil-e-o-primeiro-pais-a-lancar-programa-para-eliminacao-e-controle-de-doencas-socialmente-determinadas>

O “Programa Brasil Saudável: Unir para Cuidar” foi instituído pelo Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024, como um desdobramento das ações do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), uma ação inédita que, desde a sua instituição, em abril de 2023, reforçou o compromisso do governo brasileiro com o fim de doenças e infecções determinadas e perpetuadas pelos ciclos da pobreza, da fome e das desigualdades sociais no país (Brasil, 2024a).

O Programa, uma iniciativa do Governo Federal, visa enfrentar por meio do trabalho de diferentes setores da gestão pública e sociedade civil, problemas sociais e ambientais que afetam a saúde de pessoas em maior vulnerabilidade social. É coordenado pelo Ministério da Saúde e reúne outros 13 ministérios, além de parceiros estratégicos como organizações da sociedade civil e organismos internacionais. Os objetivos do Brasil Saudável estão alinhados às metas da Agenda 2030 da ONU e com a estratégia da OPAS para eliminar infecções e doenças nas Américas. Com isso, o Programa visa a eliminação de 11 doenças e cinco infecções de transmissão vertical enquanto problemas de saúde pública (Brasil, 2024a).

O programa apresenta as seguintes diretrizes: (1) Enfrentamento da fome e da pobreza: mitigação das vulnerabilidades sociais que impactam diretamente a saúde; (2) Redução das iniquidades: ampliação dos direitos humanos e da proteção social em populações e territórios prioritários; (3) Qualificação e comunicação: capacitação dos trabalhadores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil sobre os temas abordados pelo programa; (4) Incentivo à ciência, tecnologia e inovação: fomento ao desenvolvimento de novas soluções para os desafios de saúde; e (5)

Infraestrutura e saneamento: expansão das ações de infraestrutura e saneamento básico e ambiental (Brasil, 2024a).

Combater as desigualdades e iniquidades em saúde exige uma abordagem abrangente e colaborativa. Para tal, é necessário investir em sistemas universais de saúde, acessíveis e de qualidade, com foco na população vulnerabilizada. Políticas públicas efetivas devem ser implementadas para abordar as disparidades socioeconômicas, de gênero e étnicas, que afetam a saúde das pessoas.

A obra de Teixeira et al. (2024) é um recurso educativo para pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas, promovendo reflexões coletivas, críticas e profundas sobre o que é e o que deveria ser a atenção primária a saúde no contexto sociopolítico latino-americano e caribenho de hoje e como poderia contribuir para reduzir disparidades e iniquidades em saúde.

7.1 CONTEXTO EM RORAIMA

Em janeiro de 2024, a Sala de Situação de Saúde – SSDS/DVE/CGVS divulgou a publicação “Doenças Negligenciadas no Estado de Roraima, 2018-2023” onde consta o panorama das doenças negligenciadas no estado. Essa publicação traz dados e análise das doenças negligenciadas existentes no estado entre as 20 doenças/condições negligenciadas foco da OMS (Tabela 1) (Roraima, 2024a).

Atualmente o Ministério da Saúde tem trazido novas abordagens no enfrentamento das doenças negligenciadas, com foco em ações integradas e estratégias que visam a redução da carga dessas doenças no país. Isso inclui a articulação com outros ministérios, o desenvolvimento de planos nacionais e a busca por soluções inovadoras e da criação do Programa Brasil Saudável que abrange as doenças e infecções determinadas socialmente.

Nessa seção serão abordados o panorama das doenças determinadas socialmente por grupos: 1. Doenças em eliminação; 2. Doenças que precisam alcançar as metas da OMS; 3. Doenças em eliminação da transmissão vertical. Os dados são provenientes, em sua maioria, de publicações científicas.

Tabela 1. Número de casos de Doenças Negligenciadas notificadas no estado de Roraima, 2018-2023

Doença Negligenciada	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Malária	23.369	22.794	30.222	26.009	25.725	33.743	161.862	89,8
Acidente ofídico (serpente)	614	517	439	485	622	535	3.212	1,8
Dengue	112	1.596	497	119	62	221	2.607	1,4
Tuberculose	279	333	341	392	537	697	2.579	1,4
Sífilis em gestante	209	297	343	448	468	567	2.332	1,3
Leishmaniose Tegumentar Americana	429	248	253	542	441	397	2.310	1,3
Hepatites virais	562	379	241	274	188	214	1.858	1,0
Tracoma	1.718	8	0	1	0	0	1.727	1,0
Sífilis Congênita	78	76	70	206	165	215	810	0,4
Hanseníase	136	121	56	84	64	79	540	0,3
Chikungunya	39	24	8	50	95	27	243	0,1
Leishmaniose visceral	20	14	16	22	18	17	107	0,1
Total	27.565	26.407	32.486	28.632	28.385	36.712	180.187	100,0

Fonte: Roraima, 2024.

7.1.1 Panorama das doenças determinadas socialmente em eliminação

Doença de Chagas

Recentemente foi percebida há ocorrência de casos autóctones no estado com a notificação de quatro casos agudos. Não há registro de óbitos pela forma aguda, mas há cinco óbitos por doença de chagas crônica, esses casos são importados de outras localidades. Esse fato demonstra a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica e a assistência dessa doença no estado.

Benedetti et al. (2016) publicou o relato do primeiro caso autóctone de doença de chagas aguda em Roraima. JPF, 48 anos de idade, pedreiro, residente em área rural do Município de Caracaraí - RR, procurou a Policlínica Cosme e Silva no dia 26/11/2015 referindo febre persistente, cefaleia, edema de face/membros e chagoma de inoculação (sinal de Romaña) com início dos sintomas há 4 dias. O paciente referiu presença de vestígios de triatomíneos intra-domicílio. Negou história de uso de sangue ou hemoderivados nos últimos 120 dias, manipulação/contato com material com *T. cruzi*, possibilidade de transmissão por via oral e viagem anteriormente dentro e fora do estado. Foi realizado o exame a fresco/gota espessa/esfregaço dia 26/11/2015 com resultado positivo, a sorologia para ELISA (IgG) e a IFI para IgG foram não reagentes. O tratamento foi realizado com Benzonidazol por 70 dias. As medidas

de controle tomadas foram o controle do vetor e pesquisa entomológica. Em 2006, o Brasil recebeu a Certificação Internacional pela Interrupção da Transmissão de Doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*, espécie responsável pela maior parte da transmissão vetorial no passado. A alteração do quadro epidemiológico da doença de Chagas no país promoveu a mudança nas estratégias de vigilância, prevenção e controle, por meio da adoção de um novo modelo de vigilância epidemiológica, de acordo com os padrões de transmissão da área geográfica, na Amazônia Legal a vigilância é centrada na detecção de casos agudos e surtos e apoiada na Vigilância Epidemiológica da Malária (Benedetti et al., 2016).

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

Malária

Por sua alta incidência em países pobres e sua quase erradicação em países desenvolvidos, a OMS classificou a malária como uma doença negligenciada*. Em Roraima, é a doença mais prevalente no estado com mais de 20 mil casos ao ano. Em 2023, foram confirmados 33.743 casos da doença (Quadro 3), destes 67,6% (n=22.829 casos) foram notificados em área indígena, sobretudo na Terra Indígena Yanomami (TIY) onde o garimpo estava instalado.

Quadro 3. Número de casos de malária notificados e confirmados em Roraima, 2018-2023

Malária	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	Total
Notificados	139.951	150.506	118.385	103.564	113.569	142.533	768.508
Confirmados	23.369	22.794	30.222	26.009	25.725	33.743	161.862

Fonte: Roraima, 2024.

Entre 2010 e 2023 ocorreram 133 óbitos pela doença, um número muito expressivo, já que é uma doença que possui uma antiga e grande organização de diagnóstico e tratamento no estado. A mortalidade, em geral, está relacionada ao diagnóstico e tratamento tardio. No Brasil está em andamento o Plano de Eliminação da Malária até 2035.

O estudo de Barros et al. (2024) mostra que a malária é um problema de saúde

pública e os casos diagnosticados na capital de Roraima, Brasil, têm potencial para caracterizar a carga da doença em todo o estado. O objetivo deste estudo foi descrever os aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais dos casos de malária diagnosticados em Boa Vista. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo e transversal em duas unidades de saúde do município, com indivíduos diagnosticados com malária e que concordaram em responder ao questionário. De 206 participantes, caracterizados como homens, pardos e jovens, 96% (198) relataram atividade de garimpo ilegal. Entre garimpeiros, 66% (131) vieram de outros estados do Brasil ou de outros países. As minas estavam localizadas principalmente no território Yanomami, em Roraima. A infecção por *Plasmodium vivax* ocorreu em 74% (153) dos participantes. Entre garimpeiros, houve relatos de internações por malária grave, ataques prévios de malária e atrasos no tratamento após o início dos sintomas. Embora 73% (145) dos garimpeiros tenham relatado saber como a malária era transmitida, apenas 54% (107) usavam mosquiteiros ou repelentes. O uso de Artecom e cloroquina pelos garimpeiros não se destina ao tratamento completo, mas apenas ao alívio dos sintomas, permitindo o retorno às minas de ouro. Isso ressalta a importância da vigilância molecular para detectar a resistência antimalárica. Os indígenas são considerados uma população vulnerável à malária, e os garimpeiros promovem o aumento da malária nas Terras Indígenas de Roraima. Portanto, o acesso ao diagnóstico e tratamento em áreas indígenas invadidas por garimpeiros é imperativo para o enfrentamento dessa doença que assola as comunidades indígenas e ameaça a saúde pública em larga escala na meta de erradicar a malária no estado.

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

Tracoma

O tracoma é reconhecido milenarmente como um importante causa de cegueira, continua a ser uma das doenças de maior disseminação no mundo com o tracoma ativo. Compõe o grupo de doenças relacionadas a pobreza que ocorrem com grande carga nas populações mais vulneráveis, em termos de desigualdades sociais e que persistem, apesar de instrumentos e ferramentas disponíveis para o controle. A OMS preconiza a eliminação do tracoma como causa de cegueira no mundo (Brasil, 2014a,b).

O Governo brasileiro se propôs a realizar a tarefa, e entre as estratégias estão: (1) a realização de busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região, (2) realizar tratamento dos casos positivos de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) e de seus contatos, (3) busca ativa dos casos de Triquíase Tracomatosa (TT) na população maior de 14 anos, (4) e encaminhamento dos casos de TT para a realização de cirurgia (Brasil, 2014a,b; Roraima, 2014).

Os indicadores epidemiológicos para obtenção da certificação de eliminação do tracoma como causa de cegueira junto a OMS são: menos de um caso de Triquíase Tracomatosa (TT) por 1.000 habitantes; e menos de 5% de Tracoma Inflamatório (TFe/ou TI) em crianças menores de 10 anos de idade em todos os municípios (Brasil, 2014a,b).

Em Roraima, o Programa de Controle do Tracoma foi implantado no final de 2001, e as primeiras ações de estruturação e pesquisas começaram em 2002 com a realização do inquérito em escolares de Boa Vista. Foram examinados 1.028 escolares e diagnosticados 81 casos de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) com a prevalência de 7,87% (Roraima, 2014).

Tabela 2. Número de pessoas examinadas, número de casos positivos e proporção de casos positivos de tracoma entre os examinados - Roraima, 2002 a 2015

Indicadores	2002	2003	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pessoas examinadas (N)	1.028	6.650	2.252	598	1.367	2.856	3.829	1.037	6.045	4.695	7.122
Casos positivos (N)	81	289	268	212	523	264	1.191	259	661	961	606
Proporção de casos positivos (%)	7,87	4,34	11,90	35,45	38,25	9,24	31,10	24,97	10,9	20,46	8,51

Fonte: SINAN e Relatórios do Núcleo de Controle do Tracoma/DVE/CGVS/SESAURR; Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2015 (https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorioanualdeepidemiologia_2015.pdf).

No período de 2002 a 2015, Roraima teve a maior prevalência de tracoma da região Norte, com 13,87% no período. Observa-se no ano de 2003 uma prevalência abaixo de 5%, para os anos de 2002 e 2015 a prevalência foi

moderada, menor que 10%, e para os demais anos se manteve acima de 10% o que é considerado uma alta taxa de prevalência pela OMS (Tabela 2). A existência do tracoma em uma população se constitui em um indicador de precariedade de condições de vida e saúde, sendo dessa forma um problema de saúde pública. Os pilares para prevenção do tracoma consistem em melhorias no saneamento básico e higiene pessoal, através de ações de educação em saúde. saneamento básico e higiene pessoal, através de ações de educação em saúde (Benedetti; Sakazaki; Silva, 2015; Roraima, 2015).

Entre 2016 e 2021 a prevalência do tracoma caiu drasticamente, de 12,7% em 2016 para 0,4% em 2021 (Tabela 3). Em 2018 o Ministério da Saúde realizou uma padronização com representantes de todo o Brasil, onde profissionais da saúde foram capacitados para o exame ocular e detecção do tracoma, de acordo com as recomendações da OMS. Os registradores foram treinados para abordagem em domicílio e registro das informações em questionário domiciliar e, incluindo os resultados dos exames (Roraima, 2021).

Tabela 3. Número de pessoas examinadas, número de casos positivos e proporção de casos positivos de tracoma entre os examinados - Roraima, 2016 a 2021

Indicadores	2016	2017	2018	2019	2021
Pessoas examinadas (N)	7.277	2.810	10.205	1.945	*228
Casos positivos (N)	925	940	2.316	06	*01
Proporção de casos positivos (%)	12,7	33,4	22,6	0,3	*0,4

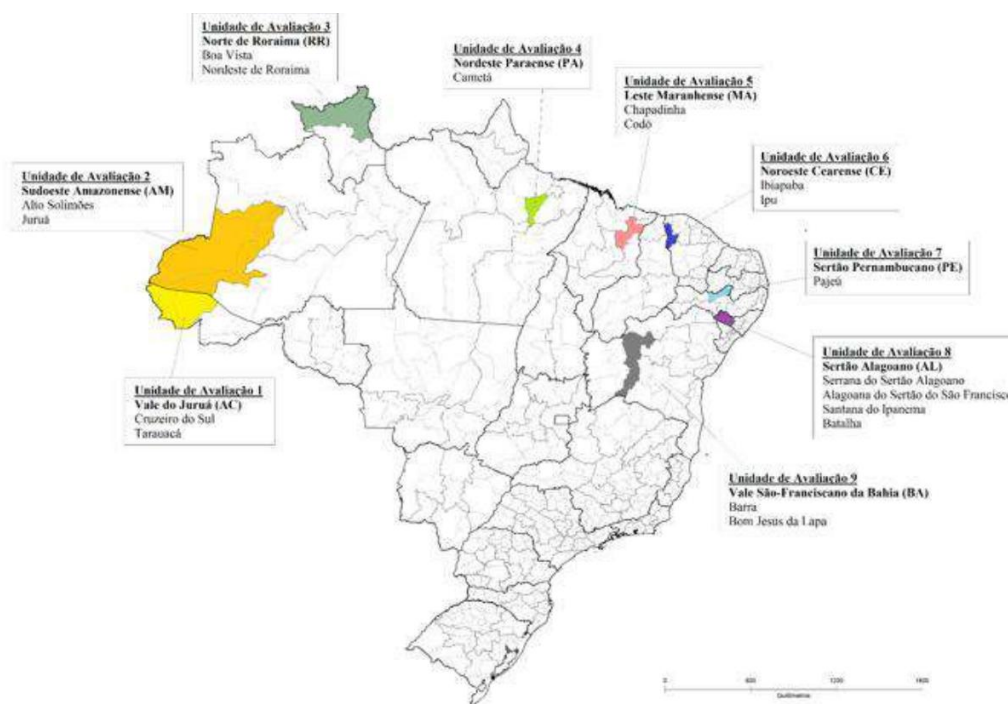
Fonte: SINAN NET- Julho-2022, FormSUS 2018 e Relatórios do Núcleo de Controle do tracoma/DVE/CGVS/SESAU/RR.*Dados sujeitos a alterações.

No ano de 2019 o Núcleo Controle de Tracoma estadual, realizou buscas ativas em Alto Alegre (0/396) onde não foi encontrado nenhum caso positivo e 396 escolares foram examinados, no Amajari (2/232) a prevalência chegou a 0,86% sendo dois casos positivos, Caracaraí (1/255) apresentou prevalência de 0,39 % com apenas um positivo de tracoma folicular, em Caroebe duas crianças (2/872) com tracoma folicular apresentando uma prevalência de 0,73%, e, em Rorainópolis (1/190) a prevalência encontrada foi de 0,52%, com um caso positivo de tracoma folicular. Com o total de 1.945 examinados e seis casos positivos, a prevalência no estado foi de 0,3%

(Roraima, 2021).

Ainda em 2019, equipes do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de estimar a prevalência de TF em crianças menores de 10 anos de idade, e a proporção de TT em indivíduos maiores de 15 anos de idade, estiveram em Roraima para o Inquérito Nacional de Tracoma. Foram selecionadas nove unidades de avaliação no Brasil, incluindo Roraima onde cinco municípios foram contemplados para participar do Inquérito de Prevalência para Validação da Eliminação do Tracoma como Problema de Saúde Pública (Figura 1 e 2). Foi verificada a atual prevalência da doença em áreas anteriormente endêmicas, por meio de pesquisa por amostragem fundamentada em metodologia recomendada pelo OMS.

Figura 1. Mesorregiões e microrregiões selecionadas para compor as Unidades de Avaliação no Brasil, 2019



Fonte: Roraima, 2021.

Para realizar a seleção das unidades de avaliação no país, foram consideradas as regiões homogêneas, que tivessem pelo menos um município de risco epidemiológico ao tracoma. Para a seleção, foram levados em consideração, indicadores de pobreza e de saneamento com: valor do rendimento nominal médio mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade (com e sem rendimento) menor do que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; Proporção de domicílios com abastecimento de água da

rede geral menor do que 30%, de forma a abranger e corresponder a áreas de risco epidemiológico e risco social (Roraima, 2021).

Figura 2. Unidades de Avaliação Roraima e Microrregiões - Boa Vista e Nordeste de Roraima



Fonte: Roraima, 2021.

Está sendo trabalhado um dossiê de documentação quanto aos cumprimentos das metas e avaliação das evidências da eliminação do tracoma como problema de saúde pública. A prevalência de TF e TT servirão como base para o processo de validação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública no Brasil, com isso acredita-se que o conjunto de atividades do projeto tenha um impacto na redução da transmissão e da gravidade da doença na população. Além do tratamento medicamentoso, são fundamentais as medidas de promoção da higiene pessoal e familiar, tais como: a limpeza do rosto, o destino adequado do lixo a disponibilidade de água e saneamento. Os indicadores epidemiológicos demonstram que as ações de busca ativa estão contribuindo com a diminuição da prevalência de tracoma no estado e, que Roraima deve continuar as ações, monitoramento, tratamento e avaliação dos pacientes diagnosticados com tracoma (Roraima, 2021).

Oncocercose

Doença parasitária crônica vetorial causada pela filária *Onchocerca volvulus*, é considerada a segunda causa mundial de cegueira infecciosa irreversível. A grande importância dessa enfermidade é que a Terra Indígena Yanomami é o único espaço no territorial brasileiro endêmico para a doença, constituindo – em conjunto com o território Yanomami venezuelano – o último foco da doença nas Américas. O tratamento coletivo como estratégia de saúde pública para a eliminação da oncocercose tem sido realizado desde o ano de 1995 no DSEI Yanomami, consistindo na oferta de ivermectina 3 mg a indivíduos residentes em área de risco para a doença. O último registro de inquérito de positivos na TIY data de 2016, com a detecção de 33 casos (2,5%) para oncocercose (Roraima, 2022).

Com a recente garimpagem na Terra Indígena Yanomami há a preocupação da vigilância epidemiológica estadual quanto a possibilidade de ocorrência de casos entre os garimpeiros que invadiram essa área endêmica, e, portanto, há necessidade de fortalecimento da assistência na identificação de casos, no diagnóstico e no tratamento precoce (Roraima, 2022).

Os dados abaixo foram extraídos do relatório anual de epidemiologia de 2022. A seção de oncocercose foi escrita pela técnica do DVE/CGVS Joana Claudete das Mercês Schuertz.

Trata-se de uma doença negligenciada, conforme a Resolução 9 do 55º Conselho Diretor do Comitê Regional da OMS para as Américas [CD55.R9]. A grande importância dessa enfermidade para o DSEI Yanomami consiste no fato de que a Terra Indígena Yanomami é o único espaço territorial brasileiro endêmico para oncocercose, constituindo – em conjunto com o território yanomami venezuelano – o último foco da doença nas Américas (Roraima, 2022).

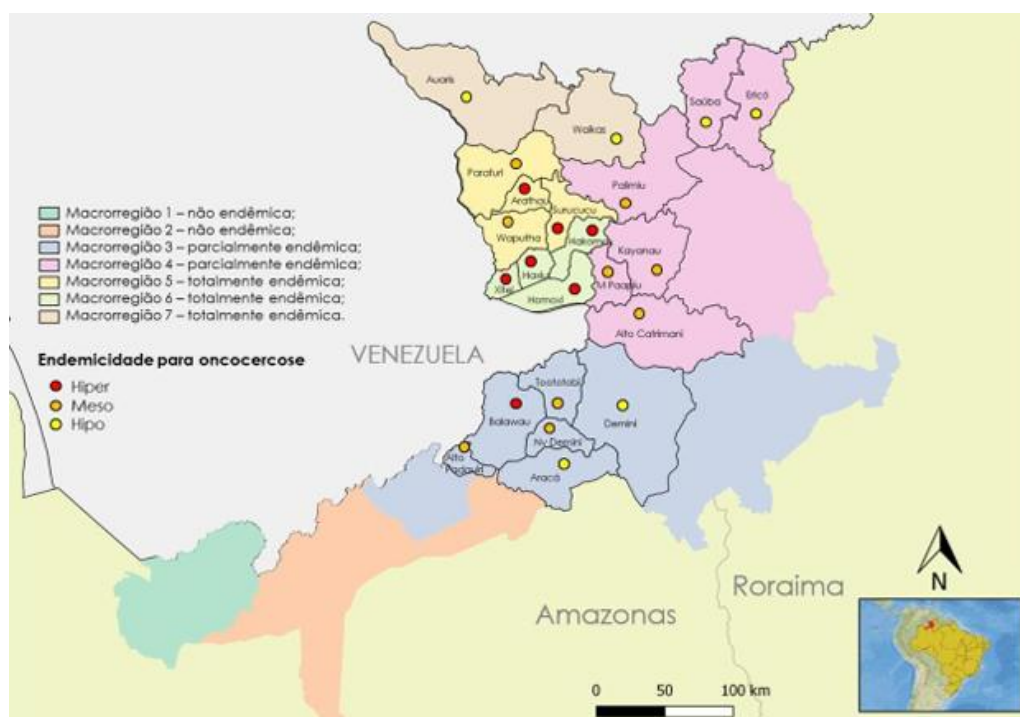
O Brasil é signatário da Resolução CD55.R9 do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, que estabelece o Plano de Ação para a Eliminação de Doenças Infecciosas Negligenciadas e Ações Pós-Eliminação 2016-2022. Assim, o Brasil assumiu o compromisso internacional de eliminar a oncocercose de seu território até o ano de 2022, por entender que tal eliminação consiste em importante prioridade de saúde pública. Considerando que o prazo da resolução se expirou em 2022, a normativa vigente atualmente é o road map das doenças tropicais negligenciadas 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde,

enquanto uma nova resolução não é publicada (Roraima, 2022).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) são as principais responsáveis pelo bom cumprimento das ações decorrentes desse acordo. No entanto, as ações que visam à eliminação da oncocercose dependem fundamentalmente da atenção à saúde indígena yanomami. Portanto, a performance almejada e necessária para realizar as intervenções planejadas e alcançar a meta de eliminação da doença em território nacional está umbilicalmente ligada à performance do DSEI Yanomami (Roraima, 2022).

Dentro da Terra Indígena Yanomami, a região endêmica está adstrita a uma área do DSEI Yanomami, abrangendo os estados de Roraima e Amazonas, sendo que os locais de maior endemidade se concentram nas áreas mais altas da serra do Parima (principalmente próximo à fronteira com a Venezuela), conforme Figura 3 (Roraima, 2022).

Figura 3. Mapa de endemidade para oncocercose na Terra Indígena Yanomami
Nota: 272 comunidades



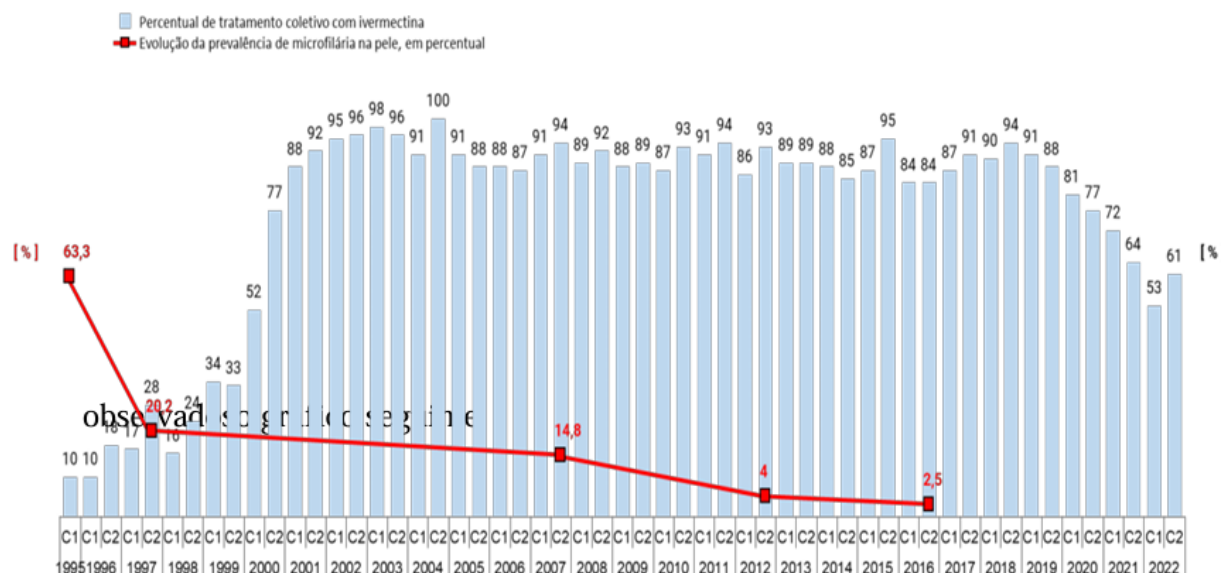
Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

O tratamento coletivo como estratégia de saúde pública para a eliminação da oncocercose tem sido realizado desde o ano de 1995 no DSEI Yanomami, consistindo na oferta de ivermectina 3mg a indivíduos residentes em área de risco para a doença.

Em regra, todos os indivíduos que se encontram em área endêmica devem fazer uso da medicação semestralmente. Certamente, há alguns critérios de exclusão para o tratamento que devem ser observados, mais por uma postura de preservar o quadro geral de saúde do indivíduo do que pela falta de necessidade do uso do medicamento, visto que todos estarão expostos ao vetor transmissor da doença. Desta forma, gestantes, indivíduos gravemente enfermos e crianças que não atinjam um dos três critérios de inclusão no tratamento (Herzog, 1999), não fazem uso da medicação. A quantidade de medicamento ingerido segue uma posologia que considera a altura ou peso corporal como critério eleitor para o número de comprimidos em cada ciclo de tratamento (Roraima, 2022).

As atividades de oferta de tratamento coletivo com ivermectina em área têm refletido em qualidade de serviço prestado no sentido de controle das cargas parasitárias em indivíduos positivos para oncocercose, bem como oferta de medicação preventiva a toda a população em risco.

Figura 4. Série histórica de tratamento coletivo e prevalência de positivos para oncocercose*



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

* Evolução do tratamento coletivo com ivermectina em comparação com a prevalência de microfilária na pele, em percentual, DSEI Yanomami, 1995 a 2022.

Os inquéritos parasitológicos realizados para a detecção de microfilárias na pele ocorrem sob uma avaliação epidemiológica em profundidade. Devido à pandemia de Covid-19, a avaliação epidemiológica em profundidade prevista para 2020 não

ocorreu o último registro de inquérito de positivos data de 2016, com a detecção de 33 casos (2,5%) para oncocercose no foco endêmico (Figura 4).

Tabela 4. Prevalência de positivos para oncocercose*

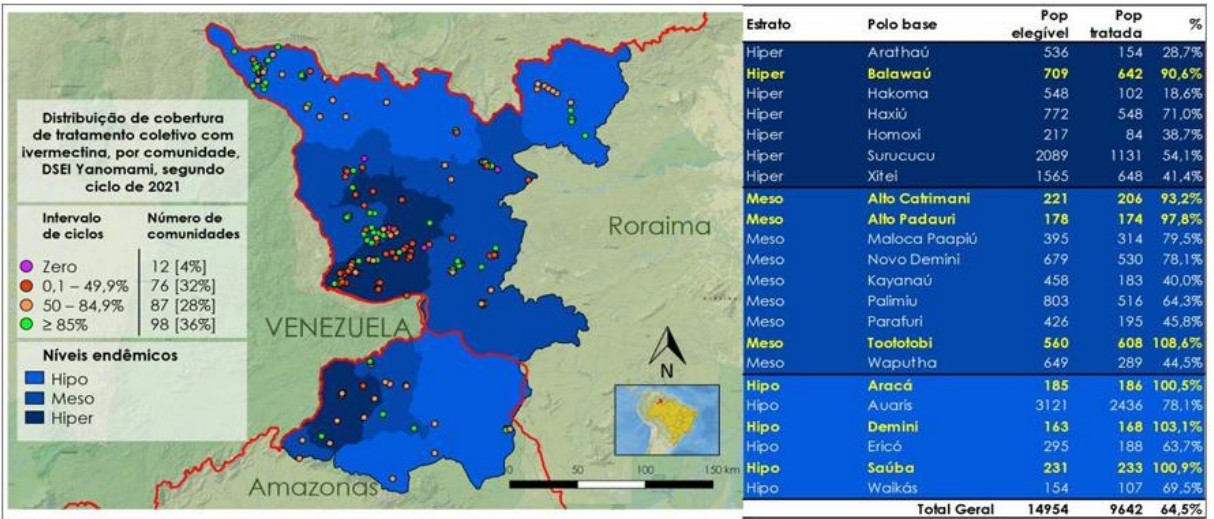
Região [Comunidade]	População	População examinada	Positivos	Prevalência de microfilárias
Xitei [25]	1.663	774	27	3,5%
Toototobi [11]	794	456	6	1,3%
Balawaú [6]	433	66	0	0,0%
Foco [49]	2.890	1.296	33	2,5%

Fonte: Siasi, 2023. Roraima, 2022.

*Prevalências de microfilária em exame parasitológico de pele, agosto de 2016, áreas-sentinelas, DSEI Yanomami, Brasil.

Um fator motivador além da baixa prevalência consiste no fato de que a carga parasitária dos indígenas positivos se encontra muito baixa, o que dificulta a possibilidade de torná-los reservatórios da doença. Atribui-se a estes resultados uma efetiva ação de medicalização em massa na população em risco por meio da ivermectina (Tabela 4).

Figura 5. Tratamentos coletivos em 2022*



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

*Nota: 273 comunidades endêmicas

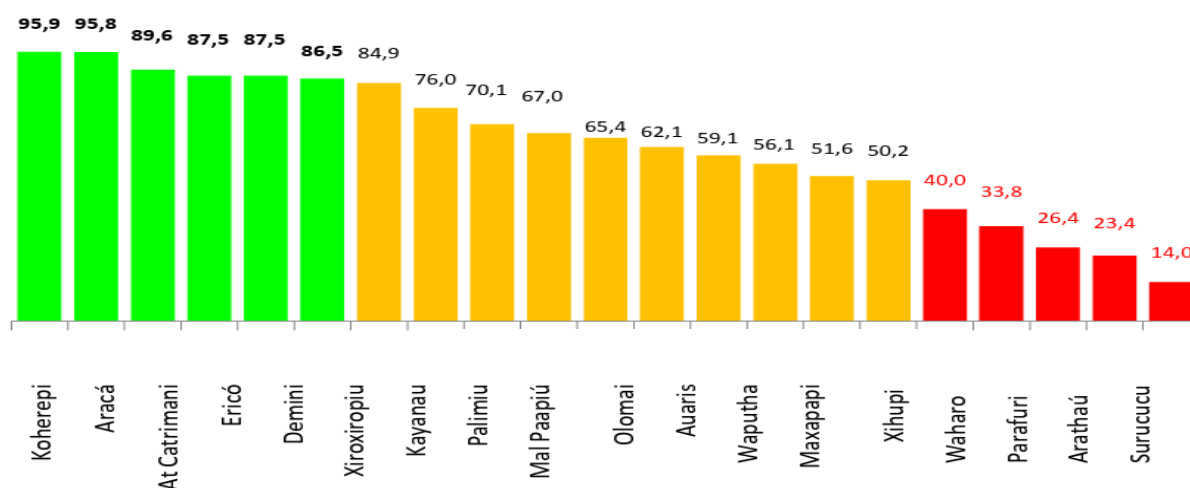
Considerando o estágio atual das ações de eliminação da oncocercose no Brasil, o que se busca é ofertar a medicação (ivermectina) a um maior número de indivíduos elegíveis para o tratamento e que se encontrem em área endêmica. A oferta do medicamento é parte da rotina e os esquemas de tratamento ocorrem em oferta

de dose única de ivermectina (de 1 a 4 comprimidos de 3mg) uma vez por semestre.

Assim, mostra-se relevante uma análise do período de 2020 a 2022 para monitorar a assistência prestada em campo, uma vez que se observa que o rendimento, em geral, dos polos bases, no que se refere ao tratamento coletivo com ivermectina tem sofrido impactos negativos que resultam em baixas coberturas. Talvez a pandemia de Covid-19 tenha contribuído para tal desempenho. No entanto, o baixo rendimento parece permanecer mesmo com o controle no número de casos de Covid-19 entre indígenas.

No ano de 2022, considerando que a atuação das equipes em campo tem se mostrado frágil em decorrência [1] do fechamento de alguns estabelecimentos de saúde, [2] do reduzido número de profissionais de saúde compondo algumas equipes; [3] da falta de planejamento operativo das equipes acerca das atividades que serão desenvolvidas durante a permanência em área; e [4] da baixa frequência de visitas domiciliares realizadas pelas equipes em área, a cobertura de tratamento coletivo com ivermectina continuou aquém do planejado.

Figura 6. Cobertura de tratamento coletivo com ivermectina, por polo base, no DSEI Yanomami, no primeiro semestre de 2022



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

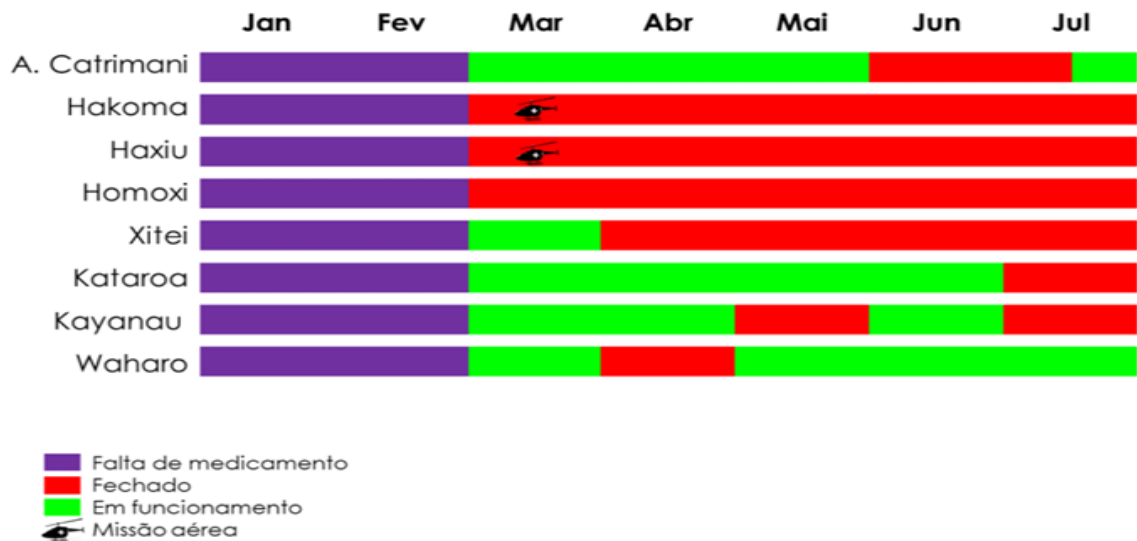
É importante referir, neste momento, que o número de polos bases endêmicos monitorados passa de 22 para 21, sendo que não houve a confirmação de supressão de transmissão em nenhum deles. A mudança consiste apenas no ajuste da região à nova cartografia do Dsi Yanomami (SEI n. 0024744748) (Organização Pan-Americana de Saúde, 2008).

No primeiro semestre de 2022, a análise de desempenho de cobertura nos polos endêmicos mostra que 06 [28,6%] polos atingiram a cobertura preconizada; 10 [47,6%] tiveram um desempenho mediano, mas não atingindo a meta esperada; e 5 [23,8%] ofertaram a medicação para menos que a metade dos indígenas elegíveis para o tratamento. O foco endêmico obteve uma cobertura de tratamento de 53,3% sobre elegíveis (Figura 5 e 6).

Esse desempenho é pouco estimulante e reflete uma fragilidade da assistência prestada em área. Por se tratar de uma ação que se faz necessária somente uma única vez durante um semestre, o tratamento coletivo com ivermectina serve como um sinalizador da assistência nas regiões endêmicas para oncocercose. Logo, tendo esse indicador como avaliador de desempenho das equipes, pode-se construir um panorama pouco promissor da atenção à saúde desenvolvida. Por certo, é necessário compreender que alguns estabelecimentos de saúde permaneceram fechados por alguns períodos (ou no período integral) do ciclo. O fechamento desses estabelecimentos impede a oferta da medicação e/ou impossibilita o envio dos formulários para consolidar os tratamentos que foram realizados. Ambas as situações comprometem a execução das ações em campo e a avaliação da meta.

A situação mais preocupante é visualizada no Hakoma e Haxiu, onde somente houve assistência muito pontual realizada por meio de missões de helicóptero a partir de Surucucu no mês de março. O Xitei aparece também com uma situação de fechamento do estabelecimento de saúde por um período longo durante o semestre. É pertinente esclarecer que embora tenha havido falta de medicamento nos dois meses iniciais do ciclo, a área técnica estruturou um planejamento que redesenhou os ciclos de 2022, estabelecendo cinco meses para cada um deles, e assim reduzindo os impactos da falta de medicação no início do ano e garantindo um período de tempo equiparado tanto para o primeiro quanto para o segundo ciclo de tratamento. Desta forma, não se vislumbra um comprometimento das coberturas pela momentânea falta de medicação (Figura 7).

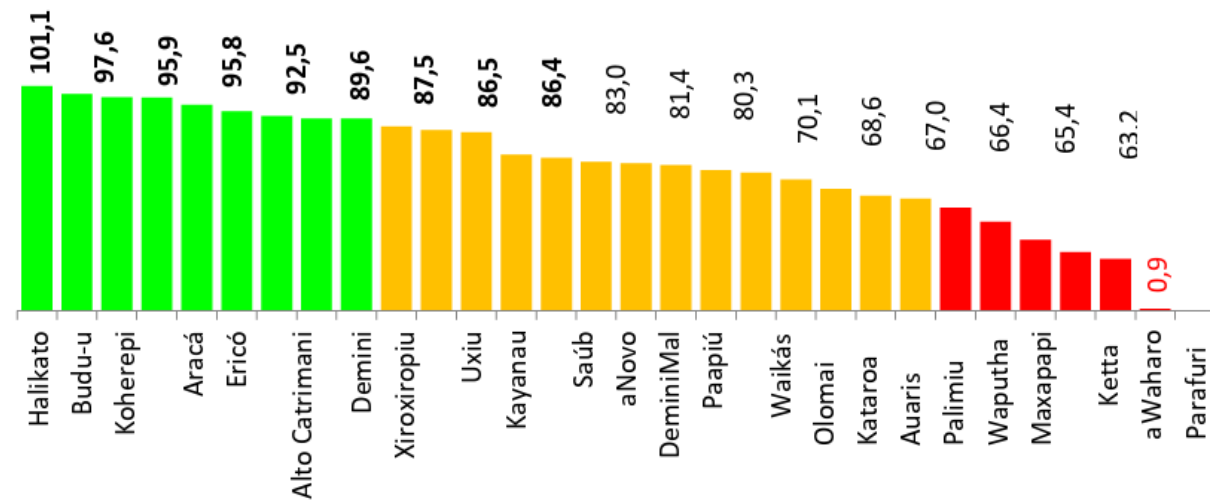
Figura 7. Situação do polos bases do DSEI Yanomami, 2022



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

Tal medicação, a propósito, é fruto de uma doação feita pelo laboratório Merck, Sharp & Dohme. O referido laboratório realiza a doação da medicação para todos os países endêmicos para oncocercose no mundo. Diversos fatores contribuíram para o atraso no recebimento dos comprimidos, dentre eles, atraso no envio da medicação, mudança no fluxo de importação e isenção tributária do lote de ivermectina e logística interna de envio desde o almoxarifado do Ministério da Saúde até a sede do DSEI.

Figura 8. Cobertura de tratamento coletivo com ivermectina, por região, no DSEI Yanomami, no primeiro semestre de 2022



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

Retomando a análise, quando se considera os estabelecimentos de saúde

como unidade de avaliação, tem-se um panorama onde das 30 regiões endêmicas, obteve-se cobertura satisfatória em 9 [30%] delas; outras 14 [46,7%] apresentaram um desempenho mediano, com coberturas abaixo da meta estabelecida, mas superior a 50% dos indivíduos elegíveis; e 7 [23,3%] regiões concluíram o período analisado com coberturas abaixo de 50% da população elegível para o tratamento (Figura 8).

Analisando o período tendo as comunidades como unidade de medida é possível observar que somente 27% de todas as comunidades endêmicas obtiveram coberturas satisfatórias. No outro extremo, tem-se que 18% das comunidades não tiveram nenhum tratamento realizado durante todo o período analisado (Figura 9).

Figura 9. Cumprimento da meta por comunidade, Dsei Yanomami, primeiro semestre de 2022

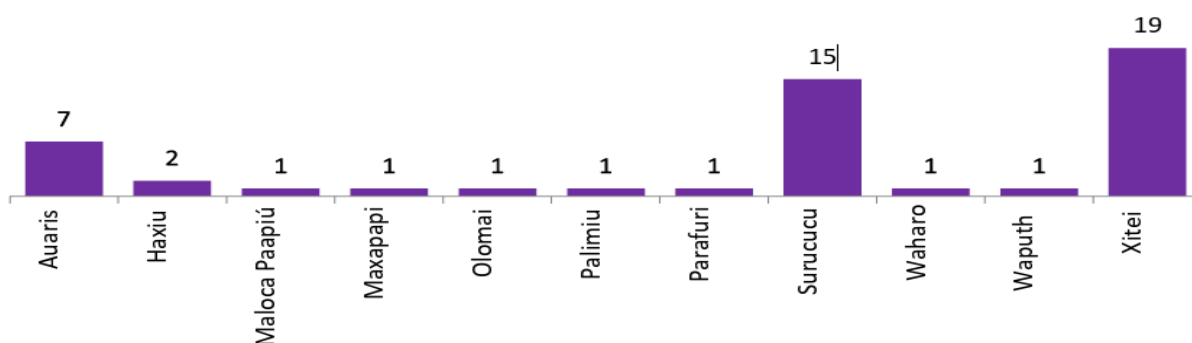


Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

É compreensível que, eventualmente, haja comunidades nos polos que permaneceram fechados (ou que estiveram fechados por um período) no primeiro semestre. Contudo, há pontualmente a presença de comunidades sem nenhum tratamento realizado em polos que mantiveram equipes durante todo o período.

O polo Surucucu, que aparece no gráfico com 15 comunidades sem atendimento, tem contido, nesse quantitativo, as 5 comunidades atendidas pela unidade básica de saúde indígena do Homoxi, que se encontra fechado há tempos e foi alvo de um incêndio (divulgado na mídia nacional) causado pelos invasores garimpeiros (Figura 10).

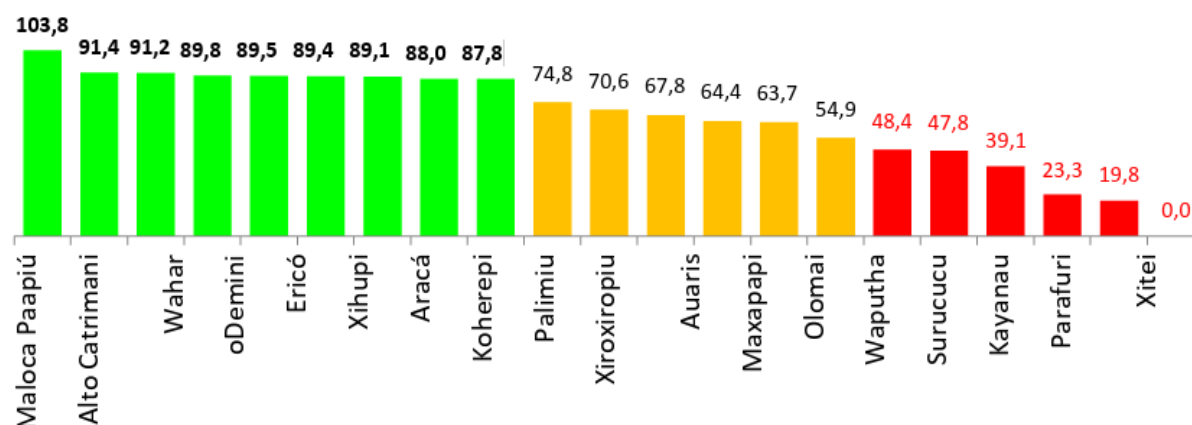
Figura 10. Distribuição, por polo base, das comunidades com nenhum tratamento no primeiro semestre de 2022, DSEI Yanomami



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

O desempenho no segundo semestre de 2022, embora tenha sido melhor que o do primeiro semestre, não atingiu o preconizado em termos de cobertura de tratamento, resultando em 61,2% de tratados. A análise de desempenho de cobertura nos polos endêmicos mostra que 09 [42,8%] polos atingiram a cobertura preconizada; 06 [28,6%] tiveram um desempenho mediano, mas não atingindo a meta esperada; e 06 [28,6%] ofertaram a medicação para menos que a metade dos indígenas elegíveis para o tratamento.

Figura 11. Cobertura de tratamento coletivo com ivermectina, por polo base, no DSEI Yanomami, no segundo semestre de 2022



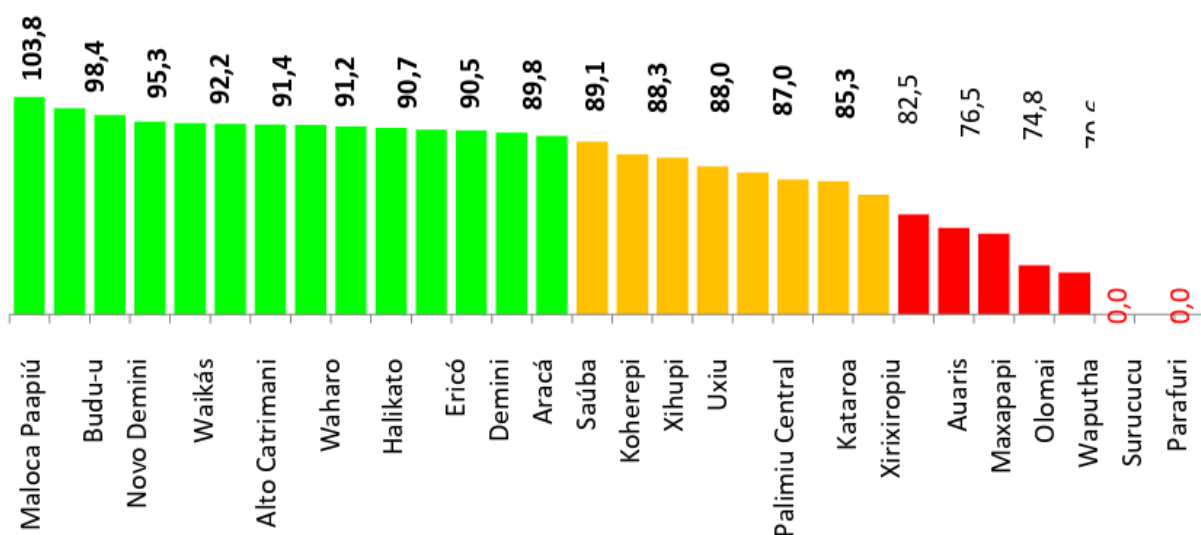
Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

Houve um incremento de 50% no número de polos bases que atingiram a cobertura, subindo de 6, no primeiro semestre, para 9, no segundo semestre de 2022. No entanto, polos muito populosos, como Auari, Surucucu e Xitei, que juntos concentram 43% da população elegível, não atingiram a cobertura, gerando um

impacto no percentual global dos tratamentos ofertados durante o ciclo (Figura 11).

Quando se considera os estabelecimentos de saúde como unidade de avaliação, tem-se um panorama onde das 30 regiões endêmicas, obteve-se cobertura satisfatória em 14 [46,6%] delas; outras 8 [26,7%] apresentaram um desempenho mediano, com coberturas abaixo da meta estabelecida, mas superior a 50% dos indivíduos elegíveis; e 8 [26,7%] regiões concluíram o período analisado com coberturas abaixo de 50% da população elegível para o tratamento.

Figura 12. Cobertura de tratamento coletivo com ivermectina, por região, no Dsei Yanomami, no primeiro semestre de 2022



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

A falta de tratados nas regiões de Kayanau, Homoxi e Hakoma se justifica pelo fato desses estabelecimentos de saúde estarem fechados por todo o período analisado. Situação semelhante à do Haxiu. No entanto, devido a uma missão de saúde planejada para o atendimento da população por meio de uma equipe de profissionais que sairão do Surucucu, houve o tratamento de 160 indígenas, o que possibilitou a cobertura de 19,8% no ciclo em análise (Figura 12).

Quando se analisa as comunidades como unidade de medida é possível observar um leve aumento, indo de 27%, no primeiro semestre, para 30% de todas as comunidades endêmicas, no segundo semestre, com coberturas satisfatórias (Figura 13).

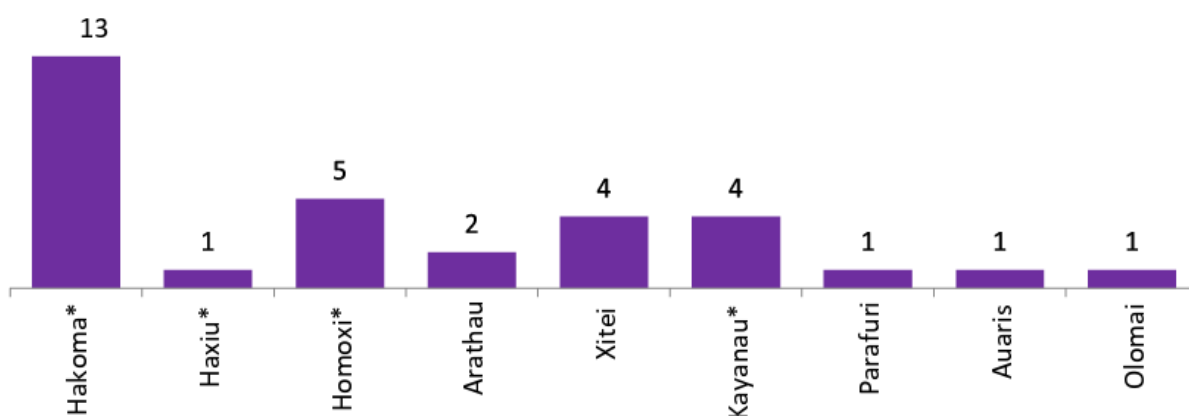
Figura 13. Cumprimento da meta por comunidade, Dsei Yanomami, segundo semestre de 2022



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

As comunidades sem nenhum tratamento realizado durante o segundo semestre distribuídas por polos base podem ser observadas na Figura 14.

Figura 14. Distribuição, por polo base, das comunidades com nenhum tratamento no segundo semestre de 2022, Dsei Yanomami



Fonte: GT Doenças em Eliminação/CGZV/SVS, 2023. Roraima, 2022.

É necessário se questionar o motivo desse desempenho aquém do esperado em alguns polos base. Tal questionamento ajuda a pensar estratégias para o modelo de saúde executado no Dsei. Principalmente se for considerado que o tratamento coletivo com ivermectina consiste em dose única do fármaco semestralmente. Logo, um tratamento factível de ser realizado quando da visita à comunidade. Por isso, um alerta deve ser ligado quando se observa que em algumas comunidades a oferta do referido medicamento não ocorreu para nenhum indivíduo de determinadas comunidades, o que leva a se pensar que tais comunidades não têm recebido visitas das Emsi.

Em relação às visitas, uma das grandes dificuldades enfrentadas na assistência prestada pelas Emsi do Dsei Yanomami está no acesso às comunidades indígenas. Algumas dessas comunidades estão distantes dos estabelecimentos de saúde de forma a serem acessadas por longas caminhadas (algumas com duração de 4 horas ou mais) ou com auxílio de helicóptero ou embarcação. De posse dessa informação, foi realizado um cruzamento de dados entre o meio de acesso desde o estabelecimento de saúde até a comunidade e o atingimento ou não da cobertura preconizada.

O que se pode observar nos atendimentos realizados em 2022 é que quando se utiliza o modal helicóptero, seja exclusivamente ou combinado com caminhadas, as coberturas de tratamento, em regra, não são atingidas. Referente aos demais modais, é relevante informar que apenas uma comunidade tem acesso fluvial seguido de caminhada e está perto do estabelecimento de saúde, e por isso se tem 100% de bom rendimento nessa categoria. Preocupante é a situação das comunidades que ficam próximas ao local de atendimento e têm acesso por caminhada. Nessas, 37 (48,7%) não cumpriram a meta preconizada tanto no primeiro quanto no segundo ciclo. O destaque, negativo, é para o polo Auaris, onde estão 10 dessas 37 comunidades próximas que não cumpriram a meta no primeiro ciclo; e 13 das 37, no segundo ciclo.

Trabalhando o pilar promoção de saúde, foram realizadas atividades de educação em saúde no formato roda de conversa e palestras, com auxílio de materiais de apoio como cartilhas, flanelógrafos e álbuns seriados.

Há, ainda, um instrumento de educação permanente utilizado para sensibilizar os profissionais de saúde, principalmente os novatos ou os que foram redistribuídos de área não endêmica para algum polo com endemia, acerca dos critérios a serem observados quando do tratamento dos usuários indígenas. Trata-se do mapa mental, confeccionado como produto de uma análise dos principais erros observados nos formulários do programa referentes à exclusão de indígenas do tratamento coletivo.

As ações do programa no período envolveram ainda a coleta de sangue capilar em crianças menores de 10 anos para exame sorológico destinado à detecção de anticorpos OV16 para oncocercose. Após coletado, o material, devidamente acondicionado, é enviado ao Laboratório de Simulídeos e Oncocercose do Instituto Oswaldo Cruz para o processamento das amostras.

Durante o período, ações e estratégias têm sido incorporadas no intuito de

melhorar a assistência prestada, assim, tem-se buscado periodicamente: [a] realizar reuniões com os profissionais das regiões antes das entradas em campo para criar estratégias e sinalizar comunidades prioritárias para o atingimento de boas coberturas; [b] usar os croquis como ferramenta para divulgar as coberturas e planejar as ações; [c] acompanhar as equipes em campo, por meio das supervisões específicas do Programa de Oncocercose, possibilitando apoio técnico aos profissionais; [d] planejar ações de saúde com outras áreas temáticas, em especial com a malária e as geo-helminthíases, buscando a integralidade da assistência; e [e] planejar as ações prioritárias baseadas nas comunidades, considerando o intervalo de ciclos satisfatórios como critério eleitor. Diante de todas as ações desenvolvidas em área, há desafios persistentes que merecem serem enfrentados: [a] ofertar ivermectina nas comunidades, buscando coberturas satisfatórias; [b] monitorar e manter as equipes multidisciplinares motivadas para a assistência às comunidades; [c] melhorar o monitoramento de indígenas venezuelanos, ofertando a ivermectina oportunamente; [d] intensificar as visitas de supervisão nas comunidades prioritárias, a saber, as com histórico de ciclos satisfatórios menores que 10; [e] elevar o número de visitas às comunidades para ofertar o medicamento oportunamente; [f] sensibilizar profissionais para inserir os agentes indígenas de saúde nas ações do programa; e [g] buscar estratégias para dar continuidade nas ações em regiões conflituosas onde haja eventual interrupção da assistência.

Geo-helminthíase

Não são doenças de notificação compulsória, não há dados no Sinan e, portanto, não há dados concretos de sua ocorrência. Há o registro de nove óbitos por “helminthíase” entre 2018 e 2023. Porém, quando se avalia a mortalidade por “Doenças infecciosas intestinais” observa-se o registro de 201 óbitos, sendo 183 por “Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível”.

É importante destacar que o estado e os municípios prioritários (selecionados pelo Ministério da Saúde) participaram por anos da “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma” destinada aos alunos de 5 a 14 anos de idade, matriculados no ensino fundamental de escolas públicas. Nessas campanhas eram realizadas ações de busca ativa para diagnóstico e tratamento de casos de hanseníase, de tracoma e o tratamento contra verminoses. Em 2018, foram mais de

21 mil alunos em 13 municípios do estado (Brasil, 2018).

Filariose

Não são doenças de notificação compulsória, e, portanto, não há dados concretos de sua ocorrência no estado. No período de 2001 a 2024, há no Sinan a notificação de dois casos, um em 2013 e outro em 2018.

Esquistossomose

Apesar de ser uma doença de notificação compulsória, não é endêmica no estado e, portanto, não há dados concretos de sua ocorrência. No período de 2001 a 2024, há no Sinan a notificação de cinco casos, um em 2017 e em 2024 e três em 2018.

7.1.2 Doenças que precisam alcançar as metas da OMS

Tuberculose

A tuberculose é principalmente um problema social, está relacionada com a extrema pobreza. No Brasil, as quatro populações mais vulneráveis são: os moradores de rua, a população carcerária, os infectados pelo HIV e a população indígena.

Dados da Análise de Situação de Saúde realizada pela Sala de Situação do DVE estadual mostram que em 2023, com o coeficiente de incidência de tuberculose (todas as formas) de 97,3 casos por 100 mil habitantes Roraima ocupou a primeira posição na incidência de casos novos no país. A taxa estadual aumento 200% entre 2023 a 2023. Entre as capitais, Boa Vista, ocupou a quinta posição com o coeficiente de 83,4 casos por 100 mil hab. (Roraima, 2024c). No Brasil, em 2022, a doença foi a segunda principal causa de morte por um único agente infeccioso no Brasil, superada apenas pela Covid-19 (Brasil, 2024b,c).

Em 2023, foram registrados 28 óbitos por tuberculose em Roraima, esse número foi 300% maior que o número de óbitos em 2013 (n=7). Destaca-se que 39,3% (11/28) desses óbitos ocorreram em imigrantes venezuelanos. O coeficiente de

incidência de mortalidade por tuberculose aumentou 214,3% entre 2013 (1,4 óbitos por 100 mil hab.) e 2023 (4,4 óbitos por 100 mil hab.) e 2022 (2,8 óbitos por 100 mil hab.) e 2023 o aumento foi de 57% (Roraima, 2024c).

Em 2023, o coeficiente de mortalidade de Roraima foi 62% maior que o do país em 2022 (2,72 óbitos por 100 mil hab.). No país o coeficiente se manteve praticamente estável, acima de 2 óbitos por 100 mil hab. em todo o período, bem acima da meta do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública que é de reduzir no país para menos de 1 óbito por 100 mil hab. até 2035. No cenário nacional o coeficiente de mortalidade por tuberculose de Roraima, em 2023, ficou na 7ª posição e Boa Vista, ficou em 16ª posição entre as capitais (Brasil, 2024b).

O percentual de contatos examinados de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial, indicador pactuado do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS, em Roraima em 2023 foi de apenas 73,3%. Apenas três municípios tiveram percentual superior à média do estado: Rorainópolis (100%), Boa Vista (83,1%) e Bonfim (73,7%). Em São Luiz foi 0%. Em Roraima, o percentual de abandono entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial passou de 4,4% em 2013 para 5,5% em 2022. O maior percentual foi em 2017 de 13,6%, bem acima do índice considerado aceitável pela OMS de 5%. O percentual de abandono do país se manteve estável no período, com discreto aumento entre 2013 (12%) e 2023 (13,6%) (Roraima, 2024b).

Recomenda-se ofertar a toda pessoa com diagnóstico de tuberculose, de forma oportuna, a testagem do HIV (preferencialmente por meio do teste rápido). Em 2023, o percentual de casos novos de tuberculose testados para HIV em Roraima foi de 94,7% e no Brasil de 82,3%. O percentual de coinfeção tuberculose-HIV (TB-HIV) entre os casos novos testados para HIV no estado reduziu o percentual em 67,8% entre 2013 (19,3%) e 2023 (6,4%) e de 18,2% entre 2022 (7,9%) e 2023. Claramente, há um aumento na testagem para HIV e uma redução na coinfeção TB-HIV no período de 2013 a 2023 em Roraima (Roraima, 2024b). No cenário nacional, Roraima ocupa a segunda posição entre as unidades da federação com maior percentual de testagem para HIV, mas apenas cerca de 60% dos coinfectados TB- HIV fazem uso da TARV, no país o percentual é ainda menor, de 49,8% (Brasil, 2024c).

Pessoas em situação de vulnerabilidade possuem maior risco de adoecimento. A participação das populações vulneráveis foi crescente no período de 2013 a 2023

em Roraima. Em 2013, havia apenas a população indígena com 22,6% dos casos de tuberculose. Em 2023, as populações vulneráveis responderam por 68,1% dos casos da doença (Imigrantes 25,3%, PPL 24,3% e indígenas 18,5%). O coeficiente de incidência de tuberculose na PPL foi de 2.564 casos por 100 mil hab., e na população indígena foi de 91,5 casos por 100 mil hab. ambas foram as maiores do país nesse ano. Considerando a população com infecção pelo HIV (coinfecção TB-HIV) com 6,4% dos casos de tuberculose, esse percentual de populações vulneráveis, aumenta para 74,5% do total de casos de tuberculose no estado em 2023 (Roraima, 2024c). No Brasil, o risco de adoecimento por tuberculose em relação a população geral: população em situação de rua (54 vezes), PPL (29 vezes), pessoa vivendo com HIV/aids (19 vezes), imigrantes (5,8 vezes) e indígena (1,2 vezes) (Brasil, 2024e). O enfrentamento dos determinantes sociais da tuberculose e a articulação intersetorial são ações necessárias (Brasil, 2024d).

O número de pessoas que adquirem a infecção, que desenvolvem a doença e que vêm a óbito em decorrência da tuberculose também pode ser reduzido por meio do desenvolvimento de ações multissetoriais que considerem os determinantes sociais da doença, como a pobreza e a exclusão social (Brasil, 2024d; Roraima, 2024c). As ações urgentes são necessárias para alcançar a meta adotada pelo governo brasileiro de eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030, em consonância com as recomendações da ONU e antecipando a meta da OMS para 2035 (Organização Mundial da Saúde, 2022, 2023a). Em 2023, o Ministério da Saúde reafirmou esse compromisso e criou o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds). Mais recentemente, o Ciedds se tornou responsável por coordenar e monitorar o Programa Brasil Saudável. Esse programa possui eixos que estão voltados para o enfrentamento à fome e à pobreza, a promoção da proteção social e dos direitos humanos, o fortalecimento da capacitação de agentes sociais, o estímulo à ciência, tecnologia e inovação e a expansão de iniciativas em infraestrutura, saneamento e meio ambiente (Brasil, 2024d; Roraima, 2024b).

O estudo de Benedetti et al. (2024) descreveu a participação das populações vulneráveis no cenário da TB em Roraima, Brasil. Foram notificados 2.690 casos de TB no período de 2013 a 2022 e 60,6% (n=1.631) foram em populações vulneráveis. Destes, 19,9% (n=535) ocorreram na PPL, 17,9% (n=481) na população indígena, 15,2% (410) na população imigrante, sobretudo a venezuelana, e 7,6% (n=205) em

infectados pelo HIV. A participação dessas populações no número de casos aumentou com o tempo de forma gradual. Em 2013 era de 35,8% (Indígena 22,6% e infectados pelo HIV 13,2%) e em 2022 de 67,4% (PPL 30,1%, Imigrantes 17,5%, indígena 13,4% e infectados pelo HIV 6,4%). A população indígena teve participação em todo o período, com aumento de 91,7% no número de casos, e passou de 22,6% em 2013 para 13,4% em 2022. No período, o número de infectados pelo HIV aumentou 57,1%, porém reduziu o percentual de 13,2% para 6,4%, a PPL e os imigrantes tiveram aumento de 100% no número de casos e passaram de 0% para 30,1% e de 0% para 15,2%, respectivamente.

As populações vulneráveis respondem por 2/3 dos casos de TB com maior participação da PPL, seguido dos indígenas, imigrantes e infectados pelo HIV, demonstrando a existência de relação entre TB e vulnerabilidade social, em que grupos desfavorecidos possuem riscos elevados para adoecimento. Um fato preocupante sobre a coinfeção HIV/TB é que ela traz impactos para a mortalidade de ambas as doenças. Os serviços de saúde se configuram como espaços para implementar ações com base nas reais necessidades dessas populações vulnerabilizadas, com o objetivo de ampliar o acesso e combater a estigmatização (Benedetti et al., 2024).

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

HIV/AIDS

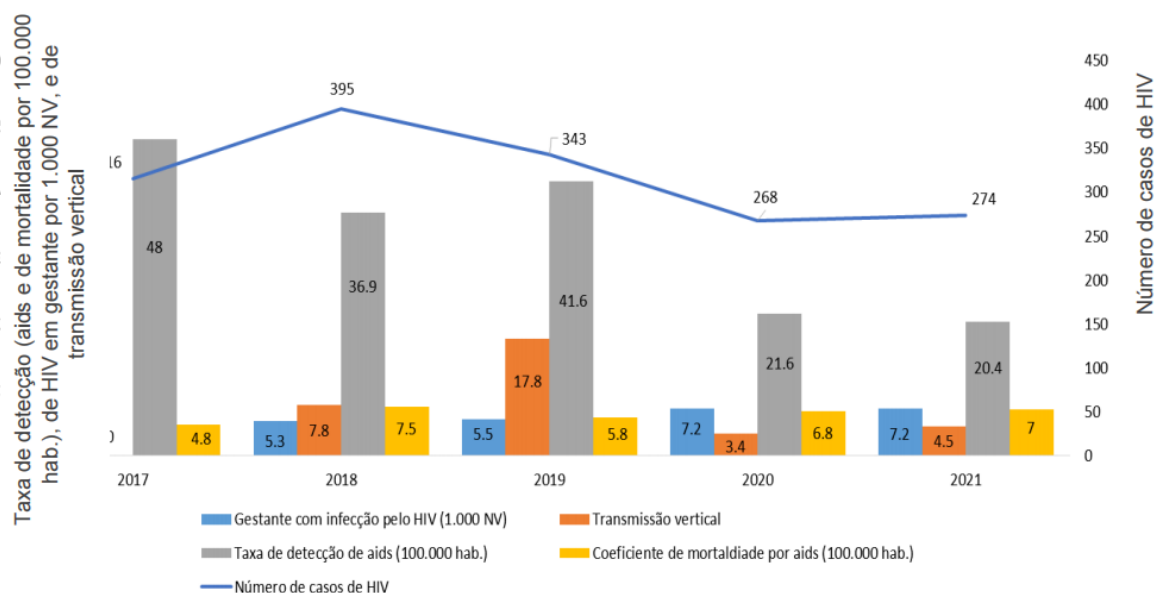
Conhecer o atual perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/Aids em Roraima é de extrema relevância para a aplicação de políticas públicas. Embora muitos avanços já foram alcançados no estado, a luta contra o HIV/aids, tem um longo caminho a ser trilhado.

A Figura 15 apresenta um panorama do número de casos e taxa de infecção pelo HIV (gestantes e transmissão vertical) e taxa de detecção e mortalidade por aids em Roraima no período de 2017 a 22/10/2021.

Segundo o estudo de Benedetti et al. (2022) no período de 2017 a 2021 foram notificados no Sinan um total de 1.596 casos de HIV (63,3%) e 926 casos de aids (36,7%). Houve uma redução de 13,3% no número de casos de HIV entre 2017 (n=316) e 2021 (n=274) e de 57,5% na taxa de detecção de aids entre 2017 (48

casos/100.000 hab.) e 2021 (20,4/100.000 hab.). Houve aumento de 33,3% na taxa de gestante com infecção pelo HIV entre 2017 (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) e 2021 (7,2/1.000 NV), 4,5% na taxa de transmissão vertical (TV) entre 2017 (0,0%) e 2021 (4,5%), e de 45,8% no coeficiente de mortalidade por aids entre 2017 (4,8 óbitos por 100.000 hab.) e 2021 (7,0/100.000 hab.).

Figura 15. Taxa de infecção pelo HIV em gestantes e de transmissão vertical, taxas de detecção de aids, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV. Roraima, 2017 a 22/10/2021



Fonte: Elaboração própria a partir do Sinan e SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados sujeitos à alteração.

Houve importante avanço na epidemiologia da doença em Roraima, como a redução de casos de HIV/aids. A redução dos casos de aids é percebida como um efeito da introdução precoce da TARV, e de HIV, possivelmente, um efeito da pandemia de Covid-19. A dispensação dos ARVs e os atendimentos, em menor escala, foram mantidos no SAE Roraima, e, portanto, não interferiram na adesão ao tratamento. Por outro lado, ocorreu aumento na detecção de HIV em gestantes e de TV durante a pandemia. Provavelmente foram influenciados pela implementação da testagem no pré-parto na maternidade de referência do estado. O aumento da TV é um fato alarmante e demonstra falhas nos seus mecanismos de prevenção. A letalidade da aids chegou a 10,2% em 2021, e a média acumulada foi de 7,3%. Esse

aumento se deu, em parte, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos ARV, pelos pacientes que residem nos países vizinhos, devido ao fechamento das fronteiras durante a pandemia (Benedetti et al., 2022).

As políticas públicas de isolamento social e de *lockdown*, medidas utilizadas na pandemia de Covid-19, tiveram importante impacto na diminuição pela busca pela assistência pela população, associado ao medo de exposição e infecção pelo vírus. Nesse momento, em que a população vem retomando as atividades de rotina são importantes o fortalecimento da detecção precoce de casos e da adesão ao tratamento. Esses são dois fatores de contribuem para a redução da mortalidade. Somado a isso, são necessárias estratégias com abordagem capaz de atingir todas as camadas da sociedade (Benedetti et al., 2022).

No período de 2015 a 2024, a taxa de detecção de HIV/Aids apresentou uma tendência temporal decrescente entre 2015 (80,8 casos por 100 mil habitantes) e 2024 (71,6 casos por 100 mil habitantes) com redução de 11,4%, entretanto houve aumento de 23,6% no número de casos entre 2015 (415 casos) e 2024 (513 casos) Benedetti et al (2025a).

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução crônica que, embora curável, ainda permanece endêmica em várias regiões do mundo. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são dificultados pelo estigma e discriminação associados ao medo e a falta de conhecimento sobre a doença, além da qualificação inadequada de grande parte dos profissionais de saúde (Azevedo et al., 2024).

Azevedo et al. (2024) avaliou a magnitude da hanseníase e a relação da cobertura da atenção primária com a qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase no estado de Roraima no período de 2012 a 2022. Os dados de hanseníase foram levantados do painel de Indicadores da hanseníase e os de cobertura da atenção primária foram levantados dos Relatórios Públicos, disponíveis no site do Ministério da Saúde. Foram utilizados como indicadores a taxa de incidência/100 mil habitantes, a taxa de cura de casos novos nos anos das coortes e a cobertura da atenção primária à saúde em dezembro do ano avaliado.

No período de 2012 a 2022 foram notificados 993 casos novos de hanseníase em Roraima. A taxa de detecção em 2012 foi de 31,1/100 mil habitantes, enquanto que em 2022, foi de 8,33/100 mil habitantes, representando uma redução de 73%. A taxa de cura de casos novos nos anos das coortes variou de 87,1% em 2012, para 56,4% em 2022. A cobertura da atenção primária à saúde apresentou um crescimento de 5% em 10 anos (Azevedo et al., 2024) (Quadro 1).

Quadro 1. Comparativo do número de casos novos de hanseníase, taxas de detecção, taxa de cura de casos novos e cobertura da atenção básica por ano, Roraima, 2012 a 2022

Ano do diagnóstico	Nº de casos		Taxa de detecção/ 100 mil hab		Taxa de cura de caso novo na coorte (%)		Cobertura da Atenção Básica (%) - competência dezembro de todos os anos	
	Roraima	Brasil	Roraima	Brasil	Roraima	Brasil	Roraima	Brasil
2012	146	33.303	31,1	17,17	87,1	85,9	77,32	68,34
2013	127	31.044	26,02	15,44	81,3	84,0	77,75	70,58
2014	83	31.064	16,7	15,32	70,7	82,7	78,52	73,11
2015	78	28.761	15,43	14,07	77,8	83,5	84,38	73,66
2016	84	25.218	16,34	12,23	75,0	81,8	80,16	74,14
2017	133	26.875	25,45	12,94	80,8	81,2	75,37	74,62
2018	107	28.660	20,16	13,70	71,3	80,6	83,13	74,58
2019	87	27.864	16,14	13,23	70,5	79,4	71,74	74,76
2020	39	17.979	6,18	8,49	80,2	81,1	84,56	76,08
2021	56	18.318	8,43	8,58	66,7	77,2	80,45	69,5
2022	53	19.635	8,33	9,67	56,4	76,2	81,59	75,12

Fonte: <https://indicadoreshanseniose.aids.gov.br/front.php>, e-Gestor AB (saude.gov.br). Dados sujeitos à alteração, dados de 28/11/2023. Brasil, 2023.

Roraima em todo o período avaliado apresentou altas taxas de detecção, apesar da redução no número de casos novos. A taxa de cura vem diminuindo drasticamente nestes 10 anos avaliados, mesmo com o aumento da cobertura da atenção primária à saúde. O Brasil em 2022 estabeleceu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da hanseníase, com a finalidade de padronizar o diagnóstico da doença, que é eminentemente clínico e a maioria dos casos deve ser realizado na atenção primária à saúde, e que deve ser implementado em Roraima para melhor adesão ao tratamento (Azevedo et al., 2024).

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

7.1.3 Eliminação da Transmissão Vertical

A eliminação da transmissão vertical (de gestante para criança) de doença infecciosa com possibilidade de diagnóstico e tratamento no pré-natal, parto, puerpério ou período neonatal é um importante desafio para a integralidade do cuidado e expressa indicador de qualidade dos serviços ofertados na Rede de Atenção à Saúde. Historicamente, a eliminação da transmissão vertical de doenças infecciosas compõe o rol de estratégias internacionais e compromissos dos Estados-membros da OMS (Brasil, 2022).

Para tanto, o Ministério da Saúde sistematizou diretrizes, compromissos e metas do Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas, compreendendo esta última como doença negligenciada passível de eliminação por meio do fortalecimento da qualificação da atenção no pré-natal e no período neonatal e do diagnóstico e tratamento de mulheres em idade fértil infectadas por *Trypanosoma cruzi* (Brasil, 2022).

Alcançar as metas de eliminação dessas condições é prioridade da Secretaria de Vigilância em Saúde, que está comprometida com a implementação da Agenda 2030 para o alcance dos ODS propostos pela ONU visando a eliminação de doenças e agravos de importância para a saúde pública no Brasil até 2030 (Brasil, 2022).

Em 2024, por meio do Programa Brasil Saudável foi pactuado a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, Hepatite B, doença de chagas e do HTLV.

HIV/AIDS

No período de 2017 a 2021 houve aumento de 33,3% na taxa de gestante com infecção pelo HIV entre 2017 (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) e 2021 (7,2/1.000 NV) e de 4,5% na taxa de transmissão vertical (TV) entre 2017 (0,0%) e 2021 (4,5%). Ocorreu aumento na detecção de HIV em gestantes e de transmissão vertical durante a pandemia. Provavelmente foram influenciados pela implementação da testagem no pré-parto na maternidade de referência do estado. O aumento da transmissão vertical é um fato alarmante e demonstra falhas nos seus mecanismos de prevenção (Benedetti et al., 2022).

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

SÍFILIS

Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção de sífilis gestacional apresentou uma tendência temporal crescente com aumento de 294,7% entre o ano de 2015 (9,5 casos por 1.000 nascidos vivos) e de 2024 (37,5/1.000 NV) e a taxa de incidência da sífilis congênita teve aumento de 1.309,1% entre o ano de 2015 (1,1 casos por 1.000 NV) e de 2024 (15,5/1.000 NV) ($\beta = 1,9$; $p = 0,0001$) (Benedetti et al., 2025b).

Esse crescimento significativo na taxa de incidência de sífilis congênita revela a fragilidade da assistência pré-natal prestadas às gestantes quanto ao diagnóstico e tratamento, sendo estes, pontos fundamentais para evitar a transmissão vertical. Isto torna necessário uma educação permanente para os profissionais, a fim de qualificar o manejo clínico e a vigilância epidemiológica da sífilis gestacional e congênita, com o intuito de identificação precoce, tratamento oportuno e acompanhamento efetivo da gestante (Benedetti et al., 2025b).

Em 2024, foram confirmados 408 casos de gestantes com sífilis em Roraima, uma prevalência de 3,7% do total de gestantes nesse ano. Destas, 57,4% ($n=234$) ocorreram me gestantes na faixa etária d 20 a 29 anos, 83,8% ($n=342$) da raça/cor parda e 54,9% ($n=224$) com ensino médio. Além disso, 90,4% ($n=369$) realizaram o pré-natal, 29,2% ($n=119$) foram diagnosticadas na forma latente e 14% ($n=57$) na primária, e foram tratadas 75,7% ($n=309$) das gestantes e 24,5% ($n=100$) dos parceiros (Benedetti et al., 2025c).

Os casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade contabilizaram um total de 168 casos, o que equivale a 41,2% dos casos de sífilis em gestantes. Desses, 87,5% ($n=147$) são de gestantes que fizeram o acompanhamento no pré-natal, sendo em 56,5% ($n=95$) o diagnóstico ocorreu no pré-natal e 35,7% ($n=60$) no momento do parto, e 82,7% ($n=139$) dos casos de sífilis congênita foram tratados (Benedetti et al., 2025c).

A alta ocorrência de sífilis congênita tem como principal fator agravante o fato de que pouco mais da metade das gestantes tiveram o diagnóstico no pré-natal e o baixo percentual de tratamento das gestantes infectadas e dos parceiros. Além disso, 14% dos casos foram de sífilis primária, com pior prognóstico para o conceito. Portanto, diante da situação é necessário a implementação de programas educacionais sobre a prevenção da doença, e é necessário fortalecer o diagnóstico e o tratamento da sífilis durante a gestação, com envolvimento dos parceiros (Benedetti

et al., 2025c).

Para mais informações sobre a malária no estado recomenda-se buscar a seção de morbidade desse relatório.

Vírus Linfotrópico de células T humanas (HTLV)

O HTLV é um problema de saúde pública negligenciado mundialmente eo Brasil apresenta o maior número absoluto de pessoas convivendo com o vírus no mundo. Estima-se que cerca de 800 mil pessoas estejam infectadas pelo HTLV-1 no Brasil. Essa infecção foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória do Ministério da Saúde em 2024 (Benedetti et al., 2025d).

Em Roraima, apesar da alta taxa de prevalência da infecção pelo HTLV- e 2 em doadores de sangue, de 3,2 por 1.000 doações em 2015, ainda não existem dados disponíveis sobre a prevalência na população geral e em gestantes.

Benedetti et al., (2025) realizaram um estudo transversal com dados do Sistema de Informação de Produção Hemoterápica (Hemorpod) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA onde obteve-se os resultados dos exames sorológicos para detecção de IgG realizados em amostras de sangue de doações no Hemocentro do estado de Roraima no ano de 2024. Nesse ano, ocorreram 11.505 doações de sangue no Hemocentro e 19 exames sorológicos anti-HTLV-1 e 2 (IgG) foram reagentes com a prevalência de 0,24% entre os doadores. Ao extrapolar a prevalência dos doadores de 0,24% para a população total do estado de 716.793 habitantes, estimou-se um total de 1.720 pessoas infectadas pelo HTLV no estado em 2024.

Diante da estimativa de pessoas infectadas acredita-se que a intensificação de exames para população pode expressar uma prevalência ainda maior no estado, e, portanto, é que o exame do HTLV passe a ser realizado na rotina do pré-natal, nos bancos de leite, e o exame possa ser ofertado na rede pública para casos sintomáticos visando retirar o HTLV da invisibilidade no estado. É importante a promoção de campanhas de conscientização para informar a população sobre o HTLV, como ocorre a transmissão, como prevenir e quais são as doenças associadas, pois a infecção pode levar a doenças hematológicas graves, como leucemia e linfoma, e também a doenças neurológicas, além de afetar a qualidade de vida do indivíduo. A falta de cura para o HTLV reforça a importância da prevenção, que se baseia principalmente na

prevenção da transmissão sexual (com o uso de preservativos) e na prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho durante a gravidez, parto ou amamentação) (Benedetti et al., 2025d).

REFERÊNCIAS

AZEVEDO RNC et al. **Magnitude da hanseníase e a relação da cobertura da atenção primária com a qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase no estado de Roraima, 2012-2022.** II Congresso Nacional de Saúde da Família Online – CONASF, 2024.

BARROS JA et al. Um retrato de um estado brasileiro representativo do garimpo ilegal em áreas indígenas durante a campanha de erradicação da malária. **Cad. Saúde Pública**, 40 (6), 2024. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN224023>

[BENEDETTI MSG, SAKAZAKI VM, SILVA MS.](#) Prevalência do tracoma em Roraima no período de 2002 a 2015, [Atas Saúde Ambient.](#) 3(3): 12-25, dez. 2015.

BENEDETTI MSG et al. Relato do primeiro caso autóctone de doença de chagas aguda em Roraima. Congresso Brasileiro de medicina Tropical, 2016. Disponível em: <http://efaidnbmnnnibpcajpcgclcfindmkaj/https://www.sbmt.org.br/medtrop2016/wp-content/uploads/2016/10/7698-Relato-do-primeiro-caso-auto%CC%81ctone-de-doenc%CC%A7a-de-chagas-aguda-em-Roraima.pdf>

BENEDETTI MSG et al. **Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/Aids em um estado do extremo norte do Brasil.** AIDS /N BAHIA. Salvador, 2022.

BENEDETTI MSG et al. **Populações vulneráveis no cenário da tuberculose em Roraima, Brasil.** 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, realizado no Centro de Convenções Rebouças, de 22 a 25 de setembro de 2024

BENEDETTI MSG et al. **Tendência temporal da taxa de detecção de HIV/Aids no estado de Roraima, 2015-2024.** XV Congresso da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS. Rio de Janeiro, 3 a 6 de junho de 2025a.

BENEDETTI MSG et al. **Tendência temporal da taxa da sífilis gestacional e congênita no estado de Roraima, 2015-2024.** XV Congresso da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS. Rio de Janeiro, 3 a 6 de junho de 2025b.

BENEDETTI MSG et al. **Sífilis gestacional e congênita em Roraima perfil epidemiológico do ano de 2024.** XV Congresso da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS. Rio de Janeiro, 3 a 6 de junho de 2025c.

BENEDETTI MSG et al. **Prevalência da infecção por HTLV 1 e 2 no estado de Roraima.** XV Congresso da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS. Rio de Janeiro, 3 a 6 de junho de 2025d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, 2014a. 384 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância do tracoma e sua eliminação como causa de cegueira**, 2ª Ed. – Brasília, 2014b. 52 p.

BRASIL. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/marco/em-roraima-mais-de21-mil-escolares-serao-beneficiados-com-a-campanha-nacional-de-hanseniose-e-outras-doencas>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 29 p.

BRASIL. **Programa Brasil Saudável Unir para Cuidar**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>. Acesso em: dez 2024a.

BRASIL. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores demográficos**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa07.htm>. Acesso em: mar 2024b.

BRASIL. RIPS. **Indicadores de Mortalidade**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc07.htm>. Acesso em mar 2024c

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2024c**. Número Especial, mar 2024c.

BRASIL. **Indicadores epidemiológicos**. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/privado/tuberculose.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados apresentados no Seminário tuberculose um desafio constante**. Boa Vista, 11 e 12 abr 2024e.

HERZOG MM. **A oncocercose humana no Brasil e sua dispersão** [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Resolução DC48.R12.: rumo à eliminação da oncocercose (cegueira dos rios) nas Américas** [Internet]. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Implementing the end TB strategy: the essentials, 2022 update**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065093>. Acesso em: 22 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Tuberculosis Report 2023**. Genebra: OMS, 2023a. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Em evento com diretores da OPAS e da OMS, Brasil lança programa para eliminação de doenças determinadas socialmente**. Fev 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2024-em-evento-com-diretores-da-opas-e-da-oms-brasil-lanca-programa-para-eliminacao>

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2014**. Boa Vista: Departamento de Vigilância Epidemiologia. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, 2014.194 p. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorioanualdeepidemiologia_2014.pdf).

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2015**. Boa Vista: Departamento de Vigilância Epidemiologia. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, 2015.138 p. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorioanualdeepidemiologia_2015.pdf

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2021**. Boa Vista: Departamento de Vigilância Epidemiologia, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, 2021. 429 p. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorioanualdeepidemiologia_2021.pdf

RORAIMA. **Relatório anual de Vigilância Epidemiológica de Roraima, 2022**. Boa Vista: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorioanualdeepidemiologia_2022.pdf

RORAIMA. **Doenças Negligenciadas no Estado de Roraima, 2018-2023**. Boa Vista: Sala de Situação de Saúde/DVE/CGVS/SESAU/RR, jan 2024a. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>

RORAIMA. **Análise de Situação de Saúde: dados e Indicadores de Mortalidade, Roraima, 2006 a 2023**, n. 01, mar 2024b. Boa Vista: Sala de Situação de Saúde/DVE/CGVS/SESAU/RR. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>

RORAIMA. **Análise de Situação de Saúde:panorama da Tuberculose em Roraima, 2013 a 2023**, n. 03. Boa Vista: Sala de Situação de Saúde/DVE/CGVS/SESAU/RR, abril, 2024c. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>

TEIXEIRA CP el al (Org.). **Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**— 1. ed. -- Porto

Alegre, RS: **Editora Rede Unida**, 2024. 333 p. Disponível em:
<https://editora.redeunida.org.br/project/experiencias-no-acesso-e-cuidado-de-populacoes-vulnerabilizadas-na-atencao-primaria-brasil-chile-colombia-e-peru/>

8 MORTALIDADE

Mortalidade refere-se ao número de óbitos em uma população durante um período específico. É um indicador importante para avaliar a saúde e o bem-estar de uma população, sendo frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos e estatísticas vitais.

As estatísticas de mortalidade são usadas em epidemiologia e em saúde pública como indicador de nível de saúde, com objetivos diversos, tais como avaliar programas de saúde e realizar estudos populacionais visando comparar tendências temporais, desigualdade no risco de morrer, de gênero, raça/cor e geográficas (Laurenti; Jorge; Gorlib, 2008; Brasil, 2024a).

Para analisarmos os dados de mortalidade em Roraima é necessário considerar algumas questões que certamente interferem nesta análise, tais como: invasão de óbitos na capital devido os serviços de referência e as facilidades médico-hospitalares; preenchimento incompleto/inadequado da declaração de óbito; a possibilidade da falta de precisão na causa básica; possibilidade de subnotificação de óbitos; e a inexistência do Serviço de Verificação de óbito.

Tabela 1. Número e percentual de óbito fetal e não fetal, de residentes em Roraima, 2015 a 2024

Ano	Fetal		Não Fetal		Total
	Nº	%	Nº	%	
2015	100	4,5	2.119	95,5	2.219
2016	118	5,1	2.175	94,9	2.293
2017	131	5,0	2.464	95,0	2.595
2018	130	4,4	2.800	95,6	2.930
2019	152	5,1	2.835	94,9	2.987
2020	145	3,8	3.625	96,2	3.770
2021	144	3,2	4.319	96,8	4.463
2022	123	3,6	3.268	96,4	3.391
2023	155	4,5	3.320	95,5	3.475
2024	150	4,7	3.044	95,3	3.194
Total	1.348	4,3	29.969	95,7	31.317

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

O preenchimento da declaração de óbito pode apresentar incorreções e, em algumas situações, como em campos ignorados ou em branco, e esses problemas afetam a qualidade dos dados e, conseqüentemente, podem influenciar na análise de

situação de saúde da população.

O SIM é o sistema nacional de mortalidade, e desde 1979 tem como objetivo captar todas as mortes ocorridas no País, suas principais características e causas (Brasil, 2024a). Em Roraima, o SIM captou, 31.317 óbitos em residentes no período de 2015 a 2024 e o número de óbitos aumentou 43,9% (Tabela 1). Em 2024, captou um total de 3.194 óbitos, uma média mensal de 266 óbitos e de 8,7 óbitos por dia, e 4,7% (n=150) foram óbitos fetais.

8.1 TAXA DE MORTALIDADE GERAL

Taxa ou Coeficiente de Mortalidade Geral ou Taxa Bruta de Mortalidade é o número de óbitos, expresso por mil habitantes, ocorridos na população geral, em determinado período. É influenciada pela estrutura da população, por sexo e idade, por sua vez, condicionada por fatores socioeconômicos, além de fatores climáticos, subnutrição, doenças entre outros (Roraima, 2024a).

Tabela 2. Número de óbitos e taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes), de residentes em Roraima, 2000, 2005, 2010, 2015 a 2024

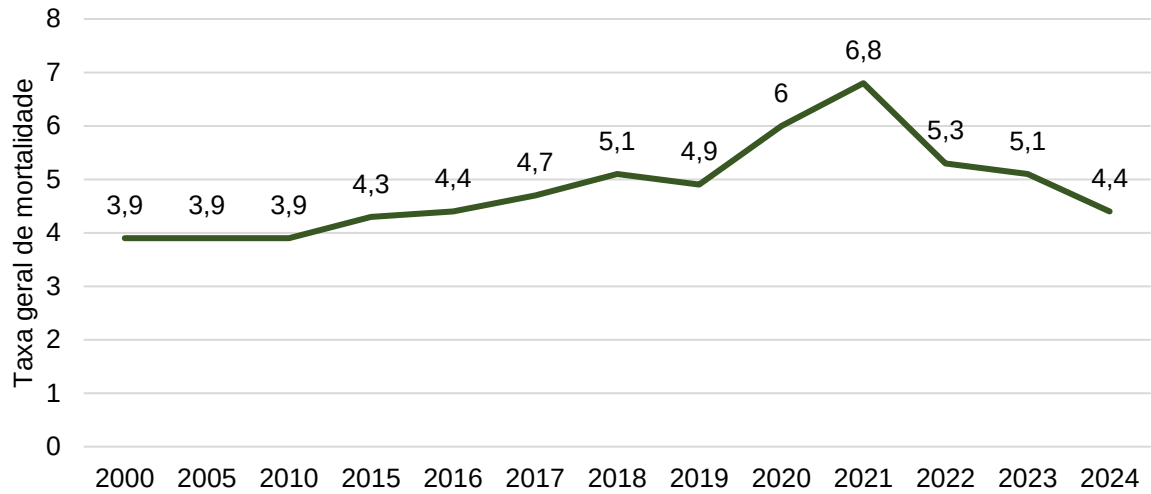
Ano	População	Nº de Óbitos	Taxa Geral de Mortalidade
2000	324.397	1.265	3,9
2005	391.318	1.517	3,9
2010	450.479	1.740	3,9
2015	513.328	2.219	4,3
2016	525.967	2.293	4,4
2017	546.885	2.595	4,7
2018	576.568	2.930	5,1
2019	605.761	2.987	4,9
2020	631.181	3.770	6,0
2021	652.713	4.463	6,8
2022	636.707*	3.391	5,3
2023	683.769	3.475	5,1
2024	716.793	3.194	4,5

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).
*Censo demográfico de 2022.

Em geral, uma taxa de mortalidade geral menor que 5 óbitos por 1.000 habitantes sugere subnotificação de óbitos ao sistema de informação sobre óbitos, no caso do Brasil o SIM. Exceções são pouco frequentes e podem ocorrer no caso de populações com altas taxas anuais de crescimento devido ao excesso de

nascimentos, à migração ou a ambos (2,5% ou maior), combinadas com baixas taxas de mortalidade por idade, inclusive a taxa de mortalidade infantil, levando a uma esperança de vida ao nascer comparativamente alta (70 anos ou mais) (Brasil, 2015). Segundo o Ministério da Saúde taxa inferior a óbitos por 1.000 habitantes indica precariedade na cobertura das informações de mortalidade (Brasil, 2014).

Figura 1. Taxa geral de mortalidade (por 1.000 habitantes), de residentes em Roraima, 2000, 2005, 2010, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A taxa de mortalidade geral apresentou aumento de 15,4% entre 2000 e 2024. As maiores taxas de mortalidade ocorreram nos anos de 2020 e 2021 devido a pandemia de Covid-19, com a desaceleração da pandemia, a taxa vem diminuindo, entre 2021 e 2024 a redução foi de 35,3%. Em 2024, a taxa de mortalidade está acima de 4 óbitos por mil habitantes (Tabela 2 e Figura 1). A redução na taxa de mortalidade reflete uma tendência positiva na saúde pública do estado, possivelmente devido a melhorias em diversos setores como saneamento, acesso à saúde e campanhas de vacinação. Além disso, o Ministério da Saúde tem trabalhado para aprimorar as políticas públicas de saúde e reduzir as desigualdades, um exemplo é o Programa Brasil Saudável, o que pode contribuir mais mais para a queda da mortalidade em Roraima.

No Brasil, a taxa de mortalidade aumentou de 6,4 óbitos por 1.000 habitantes, em 2019, para 7,3, em 2020 (variação anual: 14%), e 8,6 em 2021 (variação anual: 34%). Em 2020, as cinco UFs com maior variação foram: Amazonas (33%), Amapá (29%), Mato Grosso (26%), Pará (26%) e Distrito Federal (25%). Em 2021, as maiores

variações ocorreram em: Rondônia (65%), Amazonas (54%), Mato Grosso (52%), Roraima (49%) e Mato Grosso do Sul (46%) (Brasil, 2024a).

8.2 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

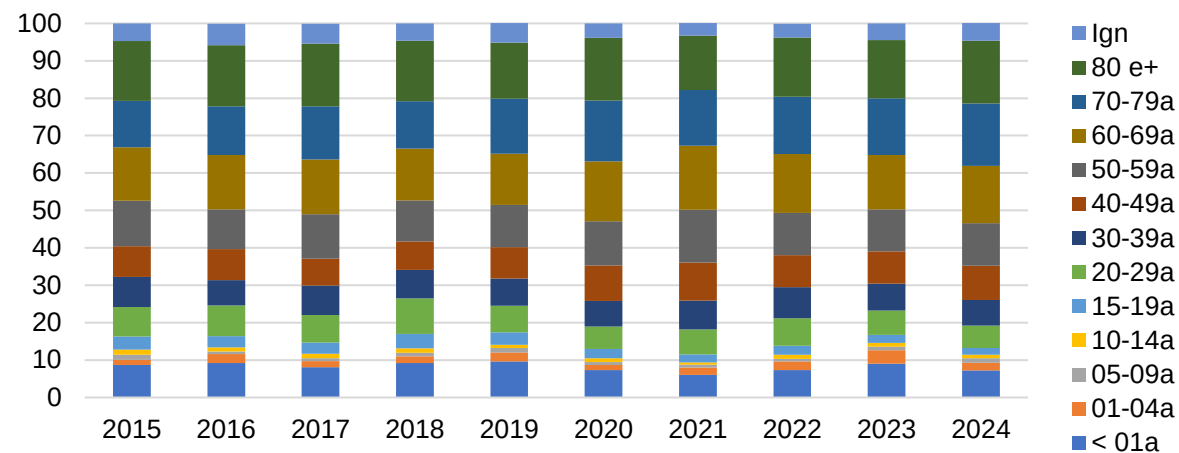
A mortalidade proporcional por idade é um indicador estatístico que mostra a distribuição percentual dos óbitos em diferentes faixas etárias dentro de uma população específica, em um determinado período de tempo. Ele revela qual o peso de cada faixa etária no total de óbitos, permitindo análises sobre padrões de mortalidade e suas variações ao longo do tempo e entre diferentes regiões. Entre as limitações, destaca-se que mudanças na distribuição etária da população podem afetar a mortalidade proporcional, mesmo que não haja alterações nas taxas de mortalidade específicas por idade.

Além disso, a taxa permite analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade e sexo; contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população; identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por idade; e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para grupos etários específicos (Brasil, 2024b).

As causas de morte e o risco de morrer variaram segundo a faixa etária e o sexo. Na Tabela 3 está detalhado o número e percentual de óbitos por faixa etária no período de 2015 a 2024. Na Figura 2, a evolução temporal dessas mortes por faixa etária nos últimos 10 anos.

No período de 2010 a 2023 o percentual de óbito entre os menores de 1 ano de idade aumentou 20%. Nesse ano, o percentual do estado foi superior à média da Região Norte para 2013 (7%), e superior à média das Regiões Sul (2%) e Sudeste (3%) (Brasil, 2013). A mortalidade precoce é um parâmetro importante na medida das condições de saúde de uma população, representando um instrumento útil para o planejamento e para a definição de prioridades na área da saúde. O monitoramento da sua tendência é fundamental para avaliar programas de intervenção e identificar os grupos populacionais que se encontram sob o maior risco.

Figura 2. Percentual de óbitos por faixa etária, de residentes em Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

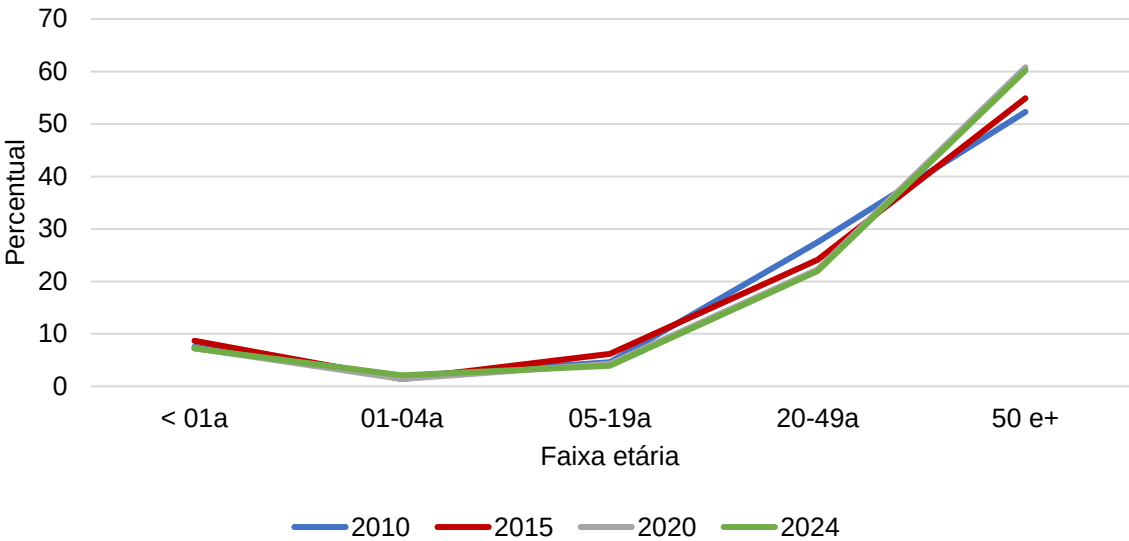
O percentual de mortalidade variou nos últimos 10 anos, o percentual de óbitos em menores de 1 ano diminuiu 17,2% entre 2015 (8,7%) e 2024 (7,2%) do total de óbitos, na faixa etária de 1 a 4 anos houve aumento de 50%, na faixa etária de 5 a 9 anos teve redução de 7,7%, na faixa etária de 10 a 14 anos teve redução de 35,7%, na faixa etária de 15 a 19 anos teve aumento de 48,6%, na faixa etária de 20 a 29 anos teve aumento de 24,1%, na faixa etária de 30 a 39 anos teve redução de 13,8%, na faixa etária de 40 a 49 anos teve aumento de 11%, na faixa etária de 50 a 59 anos teve redução de 6,6% e nas faixas etárias teve aumento de 7,0%, 34,7% e 5%, respectivamente (Tabela 3).

Na comparação entre os anos de 2023 e 2024 houve redução de 20% no percentual de óbitos em menores de 1 ano de idade, 41,7% de 1 a 4 anos, 10% de 10 a 14 anos, 14,3% de 15 a 19 anos, 7,7% de 20 a 29 anos, 4,2% de 30 a 39 anos, e aumento de 20% nas faixas etárias de 5 a 9 anos, 4,6% de 40 a 49 anos, 1,8% de 50 a 59 anos, 5,5% de 60 a 69 anos, 9,9% 70 a 79 anos e 8,4% de 80 e mais anos. O percentual de óbitos com faixa etária ignorada aumentou 4,4%, isso indica um problema na coleta e registro de dados, com implicações para a análise e interpretação das taxas de mortalidade e pode dificultar a identificação de padrões de mortalidade por faixa etária e a implementação de políticas públicas direcionadas (Tabela 3).

No período de 2015 a 2024, entre os menores de 50 anos houve dois picos importantes de mortalidade: em menores de 1 ano e em jovens de 20 a 29 anos. Esse fenômeno mostra a necessidade de políticas públicas urgentes e direcionadas para a redução dessa mortalidade nessas populações. Já o aumento proporcional a partir dos

50 anos se deve principalmente ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardíacas, câncer, diabetes e doenças respiratórias, que se tornam mais comuns com o avanço da idade. Além disso, o envelhecimento natural do corpo leva a uma diminuição da capacidade funcional e da resposta imunológica, tornando os indivíduos mais suscetíveis a infecções e complicações.

Figura 3. Curva de mortalidade proporcional (Nélson de Moraes), de residentes em Roraima, 2010, 2015, 2020 e 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

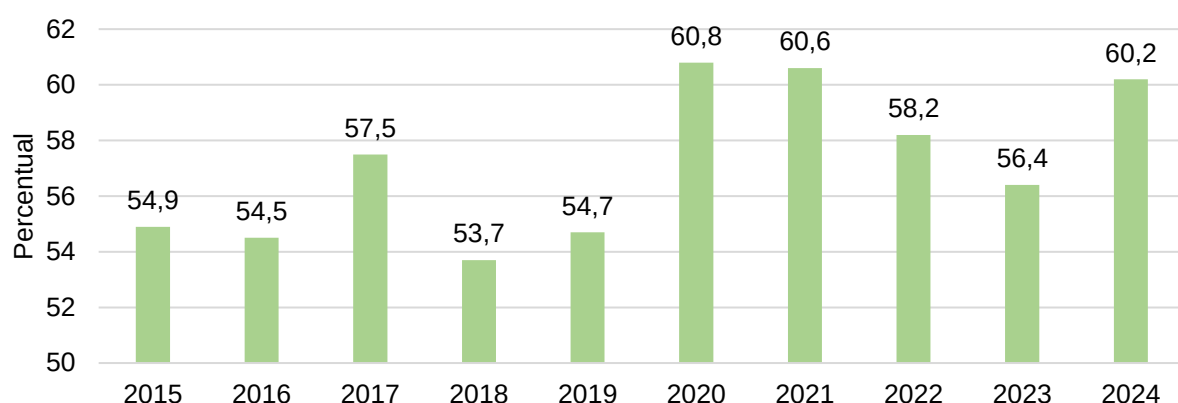
A curva de Nélson de Moraes apresentou o mesmo padrão de curva intermediária entre o “Tipo III” e o “Tipo IV” (Figura 3). Embora haja um elevado percentual de mortalidade infantil, esse padrão reflete as melhoras na condição de vida e saúde da população em relação aos outros padrões de curva (Tipo I e Tipo II).

Tabela 3. Número e percentual de óbitos por faixa etária, de residentes em Roraima, 2015 a 2024

Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 01a	194	8,7	212	9,2	210	8,1	270	9,2	287	9,6	275	7,3	269	6	249	7,3	313	9	231	7,2
01-04a	31	1,4	55	2,4	41	1,6	54	1,8	71	2,4	51	1,4	90	2	79	2,3	125	3,6	67	2,1
05-09a	28	1,3	17	0,7	22	0,8	26	0,9	35	1,2	31	0,8	34	0,8	24	0,7	36	1	37	1,2
10-14a	31	1,4	26	1,1	32	1,2	35	1,2	27	0,9	39	1	26	0,6	38	1,1	35	1	28	0,9
15-19a	77	3,5	68	3	78	3	114	3,9	98	3,3	96	2,5	93	2,1	82	2,4	73	2,1	57	1,8
20-29a	175	7,9	188	8,2	190	7,3	278	9,5	212	7,1	225	6	298	6,7	252	7,4	225	6,5	191	6,0
30-39a	178	8	157	6,8	204	7,9	223	7,6	219	7,3	257	6,8	345	7,7	283	8,3	250	7,2	219	6,9
40-49a	181	8,2	191	8,3	187	7,2	222	7,6	250	8,4	359	9,5	455	10,2	287	8,5	301	8,7	290	9,1
50-59a	271	12,2	242	10,6	308	11,9	323	11	339	11,3	446	11,8	631	14,1	382	11,3	390	11,2	364	11,4
60-69a	317	14,3	332	14,5	380	14,6	404	13,8	409	13,7	603	16	763	17,1	536	15,8	505	14,5	490	15,3
70-79a	276	12,4	298	13	368	14,2	373	12,7	438	14,7	613	16,3	663	14,9	518	15,3	528	15,2	534	16,7
80 e+	356	16	376	16,4	437	16,8	474	16,2	448	15	628	16,7	645	14,5	536	15,8	538	15,5	536	16,8
Ignorado	104	4,7	131	5,7	138	5,3	134	4,6	154	5,2	147	3,9	151	3,4	125	3,7	156	4,5	150	4,7
Total	2.219	100	2.293	100	2.595	100	2.930	100	2.987	100	3.770	100	4.463	100	3.391	100	3.475	100	3.194	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

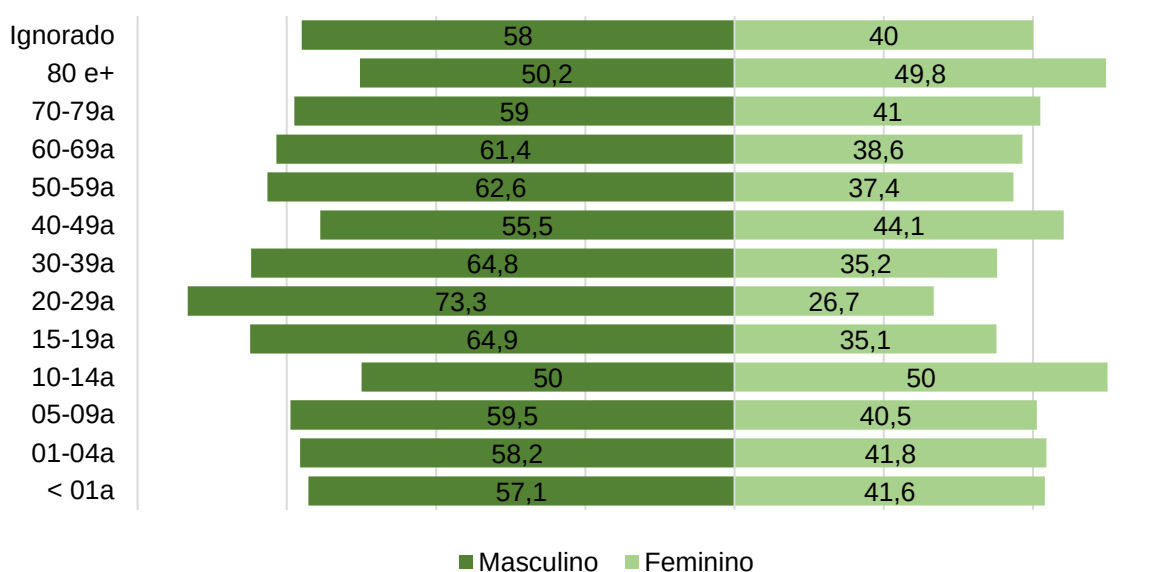
Figura 4. Indicador *Swaroop-Uemura* (50 anos e mais), de residentes em Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

O indicador *Swaroop-Uemura* mede a mortalidade proporcional entre os maiores de 50 anos de idade. Nos últimos 10 anos esse indicador teve um aumento de cerca de 10%. O pico registrado em 2020, primeiro ano da pandemia de Covid-19, expressa a contribuição da doença para o aumento da mortalidade nessa população. O percentual encontrado em Roraima está abaixo do percentual de 70% que equivale a um nível de saúde elevado, característico de países desenvolvidos (Figura 4). No Brasil a participação dos óbitos da população acima de 50 anos de idade está em elevação há cerca de duas décadas (Brasil, 2013).

Figura 5. Percentual de óbitos por faixa etária e sexo, de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, houve predomínio de mortalidade no sexo masculino em praticamente todas as faixas etárias, o maior percentual ocorreu entre jovens de 20 a 29 anos com 73,3% dos óbitos. O número de óbitos com sexo ignorado demonstrando falha no preenchimento da declaração de óbito (Figura 5).

8.2.1 Causas de mortalidade em menores de 1 ano

Entre os menores de 1 ano ocorreram 231 óbitos em 2024. Houve predomínio dos óbitos por afecções originárias no período perinatal com 39% dos óbitos (n=90), seguido das malformações congêntas com 19% (n=44), das causas externas com 12,1% (n=28), das doenças do aparelho respiratório com 11,3% (n=26) e das doenças infecciosas e parasitárias com 10,8% (n=25) (Tabela 4).

Tabela 4. Número e percentual de óbitos em menores de 1 ano segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID 10)	Nº	%
Algumas afec originadas no período perinatal	90	39,0
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	44	19,0
Causas externas de morbidade e mortalidade	28	12,1
Doenças do aparelho respiratório	26	11,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25	10,8
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	3,0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	2,6
Neoplasias (tumores)	1	0,4
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	0,4
Doenças do sistema nervoso	1	0,4
Doenças do aparelho digestivo	1	0,4
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,4
Total	230	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Entre as 10 principais causas básicas de morte, excluindo as condições originárias do período perinatal, a pneumonia é a terceira causa de morte, seguida pelo homicídio, doenças infecciosas intestinais, sepse, desnutrição, malária e influenza. A pneumonia é uma infecção respiratória aguda que pode ser fatal, especialmente em crianças menores de 1 ano, e é uma das principais causas de morte nessa faixa etária. Diarreia e outras infecções intestinais podem levar à desidratação e complicações graves em crianças pequenas. Os quatro óbitos por malária ocorrem em indígenas, e

esse fato reforça a tese de que em áreas endêmicas, a malária é uma causa importante de mortalidade infantil (Tabela 5).

Tabela 5. Número e percentual de óbitos em menores de 1 ano segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Nº	%
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	40	17,3
Malf congênitas do aparelho circulatório	28	12,1
Pneumonia	20	8,7
Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	17	7,4
Agressões/homicídios	16	7
Doenças Infecciosas intestinais	8	3,5
Septicemia	5	2,2
Desnutrição	5	2,2
Malária	4	1,7
Influenza (Gripe)	2	0,9
Sub-total	145	63,0
Demais causas	86	37,0
Total	231	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.2.2 Causas de mortalidade na faixa etária de 1 a 9 anos

Na faixa etária de 1 a 9 anos ocorreram 104 óbitos em 2024. Houve predomínio dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias com 26% (n=27) do total de óbitos, seguido das causas externas com 18,3% (n=19) e das doenças do aparelho respiratório com 14,64 (n=15) (Tabela 6).

Tabela 6. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 1 a 9 anos segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27	26
Causas externas de morbidade e mortalidade	19	18,3
Doenças do aparelho respiratório	15	14,4
Neoplasias (tumores)	10	9,6
Doenças do sistema nervoso	9	8,7
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	6,7
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	3,8
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	3,8
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	2,9
Doenças do aparelho circulatório	2	1,9
Doenças do aparelho digestivo	2	1,9
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1
Doenças do aparelho geniturinário	1	1
Total	104	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Entre as 10 principais causas básicas de morte, a malária ocupou a primeira colocação com 11,7% (n=12) do total de óbitos, seguido de pneumonia, afogamento, doenças diarreicas. Chama a atenção que 2,9% dos óbitos foram por epilepsia. A epilepsia pode ser uma condição fatal, embora a maioria das pessoas com epilepsia não morra devido à condição. A principal preocupação é a Morte Súbita Inesperada na Epilepsia (SUDEP), que é a morte repentina e inesperada de uma pessoa com epilepsia. Embora seja raro, a SUDEP ocorre em cerca de 1 em cada 1.000 pessoas com epilepsia, e o risco pode ser maior em pessoas com crises não controladas, crises tônico-clônicas e crises noturnas (Tabela 7).

Tabela 7. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 1 a 9 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Malária	12	11,5
Pneumonia	9	8,7
Afogamento e submersões acidentais	8	7,7
Diarr e Gastroenter orig infec presumível	7	6,7
Tuberculose	3	2,9
Leucemia	3	2,9
Desnutrição	3	2,9
Malformações congênitas do Sistema Nervoso	3	2,9
Acidentes de transporte terrestre	3	2,9
Epilepsia	3	2,9
Sub-total	54	52
Demais causas	50	48
Total	104	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.2.3 Causas de mortalidade na faixa etária de 10 a 19 anos

Na faixa etária de 10 a 19 anos ocorreram 85 óbitos em 2024. A maioria dos óbitos foram por causas externas com 54,1% (n=46), seguido das neoplasias com 8,2% (n=7) e das doenças do aparelho respiratório com 7,1% (n=6) (Tabela 8).

Tabela 8. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	46	54,1
Neoplasias (tumores)	7	8,2
Doenças do aparelho respiratório	6	7,1
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	4,7
Doenças do sistema nervoso	4	4,7
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	4,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	3,5
Doenças do aparelho circulatório	3	3,5
Doenças do aparelho digestivo	3	3,5
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	2,4
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1,2
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	1,2
Gravidez parto e puerpério	1	1,2
Total	85	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Em jovens de 10 a 19 anos, as causas externas de morte, incluindo suicídio, afogamento e homicídios, são as principais causas básicas, com o suicídio liderando com 20% dos óbitos. Entre as doenças infecciosas, a pneumonia e as doenças relacionadas ao HIV representam uma parcela menor dos óbitos (Tabela 9). A alta incidência de mortes por causas externas, especialmente suicídio, destaca a importância de políticas públicas e ações de prevenção voltadas para essa faixa etária. A conscientização sobre os fatores de risco para o suicídio, como transtornos mentais, histórico familiar e eventos estressores, é crucial para a prevenção. Além disso, a redução da violência, incluindo a violência intrafamiliar, e a promoção de ambientes seguros e saudáveis são essenciais.

Tabela 9. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídio	17	20,0
Afogamento e submersões acidentais	8	9,4
Agressões/homicídios	8	9,4
Mortes violentas com causa indeterminada	6	7,1
Pneumonia	4	4,7
Acidentes de transporte terrestre	3	3,5
Desnutrição	3	3,5
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	3	3,5
Leucemia	3	3,5
Doen p/Vírus da Imunodefíc Humana (HIV)	2	2,4
Sub-total	40	47,1
Demais causas	45	52,9
Total	85	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.2.4 Causas de mortalidade na faixa etária de 20 a 29 anos

Na faixa etária de 20 a 29 anos ocorreram 190 óbitos em 2024. A maioria dos óbitos foram por causas externas com 62,6% (n=119), seguido das neoplasias com 6,8% (n=13) e de problemas relacionados com a gravidez, parto e puerpério s neoplasias com 6,8% (n=13) (Tabela 10).

Na faixa etária de 20 a 29 anos, as causas externas são as principais responsáveis pelos óbitos, com os homicídios liderando a lista com 27,7% (n=53), seguidos pelos acidentes de transporte (14,7%) e suicídios (8,4%). Além disso, 1,6%

dos óbitos são relacionados ao HIV e a complicações da gravidez que levam ao aborto, incluindo óbito materno e na adolescência (Tabela 11).

Tabela 10. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	120	62,8
Neoplasias (tumores)	13	6,8
Gravidez, parto e puerpério	13	6,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10	5,2
Doenças do aparelho circulatório	7	3,7
Doenças do sistema nervoso	5	2,6
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	2,6
Doenças do aparelho respiratório	4	2,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	2,1
Doenças do aparelho digestivo	3	1,6
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	1
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	1
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,5
Total	191	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Diante desse cenário, é recomendado reforçar e implementar políticas públicas eficazes para reduzir a violência, acidentes e suicídios, com foco especial na população jovem, promover campanhas de conscientização sobre segurança no trânsito, saúde mental, e prevenção de gravidez na adolescência, e aprimorar o acesso a serviços de saúde para tratamento de doenças relacionadas ao HIV e para a saúde materna e adolescente.

Tabela 11. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID10)	Nº	%
Agressões/homicídios	53	27,7
Acidentes de transporte terrestre	28	14,7
Lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídio	16	8,4
Afogamento e submersões acidentais	9	4,7
Mortes violentas com causa indeterminada	7	3,7
Doen p/Vírus da Imunodefíc Humana (HIV)	6	3,2
Doenças cerebrovasculares	5	2,6
Gravidez que termina em aborto	3	1,6
Leucemia	3	1,6
Intervenções legais e operações de guerra	3	1,6
Sub-total	133	69,8
Demais causas	58	30,2
Total	191	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.2.5 Causas de mortalidade na faixa etária de 30 a 59 anos

Na faixa etária de 30 a 59 anos ocorreram 869 óbitos em 2024. Os óbitos por causas externas com 29% (n=252) ocuparam a primeira posição, seguido das neoplasias com 23,9% (n=208) e das doenças do aparelho circulatório com 17,5% (n=152) (Tabela 12). Os dados de Roraima são singulares, o espero para essa faixa etária é o predomínio de doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores) e causas externas (acidentes e violências), pois a mortalidade por doenças do aparelho circulatório e neoplasias aumenta com a idade, tornando-se mais relevantes em faixas etárias mais avançadas.

Tabela 12. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	253	29
Neoplasias (tumores)	208	23,8
Doenças do aparelho circulatório	153	17,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	58	6,6
Doenças do aparelho digestivo	46	5,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	34	3,9
Doenças do aparelho respiratório	33	3,8
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	28	3,2
Doenças do aparelho geniturinário	23	2,6
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9	1
Transtornos mentais e comportamentais	8	0,9
Doenças do sistema nervoso	7	0,8
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	0,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0,6
Gravidez parto e puerpério	2	0,2
Total	873	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Entre as 10 principais causas básicas de morte, os acidentes de transportes com 9,9% ocuparam a primeira posição, seguido de homicídios com 8,1% e infarto agudo do miocárdio com 6,2% (Tabela 13).

Tabela 13. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID10)	Nº	%
Acidentes de transporte terrestre	86	9,9
Agressões/homicídios	70	8
Infarto agudo do miocárdio	55	6,3
Doenças cerebrovasculares	52	6
Lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídio	35	4
Neoplasia maligna da mama	34	3,9
Neoplasia maligna do colo do útero	30	3,4
Diabetes mellitus	29	3,3
Pneumonia	23	2,6
Doen p/Virus da Imunodeficiência Humana (HIV)	18	2,1
Sub-total	432	49,5
Outras causas	441	50,5
Total	873	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.2.6 Causas de mortalidade na faixa etária de 60 e mais anos

Na faixa etária de 60 e mais anos ocorreram 1.560 óbitos em 2024. Os óbitos por doenças do aparelho circulatório com 33,5% (n=523) ocuparam a primeira posição, seguido das neoplasias com 18,4% (n=287) e das doenças do aparelho respiratório com 13% (n=203) (Tabela 14).

Tabela 14. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 60 e mais anos segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	523	33,5
Neoplasias (tumores)	287	18,4
Doenças do aparelho respiratório	203	13
Doenças do aparelho digestivo	102	6,5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	100	6,4
Causas externas de morbidade e mortalidade	87	5,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	69	4,4
Doenças do aparelho geniturinário	66	4,2
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	56	3,6
Doenças do sistema nervoso	35	2,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	0,9
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	0,4
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	0,3
Transtornos mentais e comportamentais	4	0,3
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,1
Códigos para propósitos especiais	1	0,1
Total	1.560	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Entre as 10 principais causas básicas de morte, as doenças cerebrovasculares ocupam a primeira posição com 10,4% dos óbitos, seguido do infarto agudo do miocárdio com 8,2% e da pneumonia com 7,8% (Tabela 15). Esse panorama do estado condiz com estudos em que as doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e pneumonia são frequentemente apontadas como causas significativas de morte em idosos (Oliveira et al., 2024). Nesse sentido, é fundamental que idosos e seus familiares estejam atentos aos sinais e sintomas dessas doenças, além de manter hábitos saudáveis e buscar acompanhamento médico regular para prevenção e tratamento adequado.

Tabela 15. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 60 e mais anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID10)	Nº	%
Doenças cerebrovasculares	162	10,4
Infarto agudo do miocárdio	128	8,2
Pneumonia	121	7,8
Doenças hipertensivas	99	6,4
Diabetes Mellitus	71	4,6
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	55	3,5
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	32	2,1
Neoplasia maligna da próstata	26	1,7
Septicemia	25	1,6
Insuficiência renal	23	1,5
Sub-total	742	47,6
Demais causas	818	52,4
Total	1.560	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.3 MORTALIDADE POR SEXO

Houve predomínio de mortalidade no sexo masculino nos últimos 10 anos. Em 2024, os óbitos masculinos corresponderam a 59,1% de todos os óbitos ocorridos na população residente do estado e a razão de mortalidade masculino/feminina foi de 1,5 óbito masculino praça cada óbito feminino, significa que para cada óbito feminino, ocorreram 1,5 óbitos masculinos, ou seja, a mortalidade masculina é 1,5 vezes maior do que a feminina. Essa razão é um indicador importante na área da saúde, pois revela disparidades na mortalidade entre os sexos (Tabela 16 e Figura 6).

Tabela 16. Número e percentual de óbitos por sexo e razão de mortalidade masculino/feminino, de residentes em Roraima, 2015 a 2024

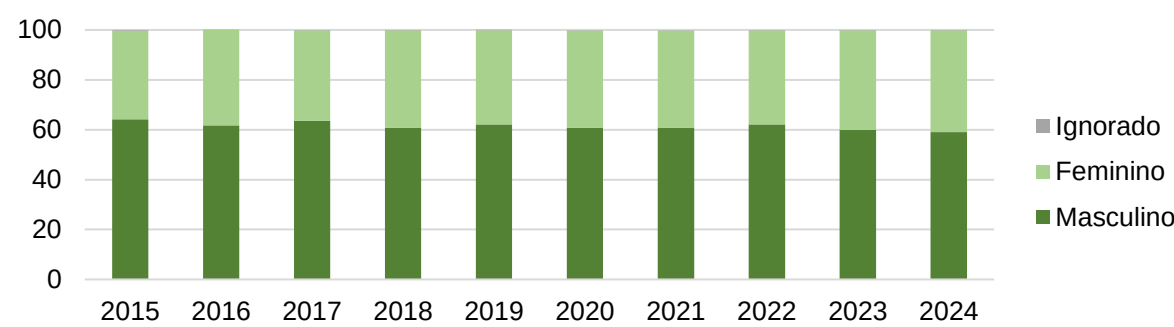
Ano	Masculino		Feminino		Ignorado		Razão de mortalidade	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
2015	1.425	64,2	788	35,5	6	0,3	1,8	2.219
2016	1.416	61,8	875	38,2	2	0,1	1,6	2.293
2017	1.650	63,6	943	36,3	2	0,1	1,7	2.595
2018	1.782	60,8	1.142	39	6	0,2	1,6	2.930
2019	1.854	62,1	1.128	37,8	5	0,2	1,6	2.987
2020	2.289	60,7	1.472	39	9	0,2	1,6	3.770
2021	2.720	60,9	1.733	38,8	10	0,2	1,6	4.463
2022	2.105	62,1	1.283	37,8	3	0,1	1,6	3.391
2023	2.082	59,9	1.390	40	3	0,1	1,5	3.475
2024	1.887	59,1	1.300	40,7	7	0,2	1,5	3.194

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

É importante analisar as causas dessa diferença, que podem incluir fatores como o estilo de vida, onde homens tendem a ter estilos de vida mais arriscados, como maior consumo de álcool e tabaco, e maior exposição a situações de violência; Homens são mais propensos a morrer por algumas doenças, como doenças cardiovasculares, acidentes de trânsito e câncer de pulmão, que podem ser causadas por esses fatores de risco; Homens podem ter menor acesso a serviços de saúde e procurar ajuda médica mais tarde, o que pode contribuir para a mortalidade; e fatores biológicos, embora menos estudados, fatores biológicos também podem desempenhar um papel nas diferenças de mortalidade entre os sexos. É fundamental que políticas de saúde e programas de prevenção considerem essa disparidade e busquem estratégias para reduzir a mortalidade masculina, promovendo um estilo de vida mais saudável e o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Chama a atenção a existência de sexo “ignorado” na declaração de óbito e indica falha no preenchimento do documento que é preenchido, na maioria das vezes, pelo médico que constatou o óbito.

Figura 6. Percentual de óbitos por sexo e ano, de residentes em Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Conhecer as causas de morte por sexo é fundamental para implementar políticas de saúde mais eficazes, reduzir desigualdades e direcionar ações preventivas. A análise da mortalidade por gênero revela padrões distintos, como a maior incidência de certas doenças e causas externas em homens, permitindo a criação de estratégias de saúde mais direcionadas e eficazes para cada grupo (Tabela 17).

Tabela 17. Percentual de óbitos por sexo e capítulos da CID 10, de residentes em Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Masculino		Feminino		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	119	61,7	74	38,3	0	0,0	193
Neoplasias (tumores)	262	49,8	264	50,2	0	0,0	526
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	40,0	9	60,0	0	0,0	15
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	75	50,0	75	50,0	0	0,0	150
Transtornos mentais e comportamentais	10	83,3	2	16,7	0	0,0	12
Doenças do sistema nervoso	25	41,0	36	59,0	0	0,0	61
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3
Doenças do aparelho circulatório	409	59,4	279	40,6	0	0,0	688
Doenças do aparelho respiratório	154	53,7	133	46,3	0	0,0	287
Doenças do aparelho digestivo	96	61,1	60	38,2	1	0,6	157
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	37,5	15	62,5	0	0,0	24
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	38,9	11	61,1	0	0,0	18
Doenças do aparelho geniturinário	42	45,7	50	54,3	0	0,0	92
Gravidez parto e puerpério	0	0,0	16	100,0	0	0,0	16
Algumas afec originadas no período perinatal	138	59,0	93	39,7	3	1,3	234
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	35	58,3	22	36,7	3	5,0	60
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	68	65,4	36	34,6	0	0,0	104
Causas externas de morbidade e mortalidade	430	77,8	123	22,2	0	0,0	553
Códigos para propósitos especiais	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	1.887	59,1	1.300	40,7	7	0,2	3.194

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Nas Tabelas 18 e 19, apresenta-se a mortalidade proporcional dos 10 agrupamentos mais frequentes de causas básicas de óbito da CID-10 em 2024 entre os sexos. Para os homens, o infarto agudo do miocárdio representou a maior proporção de óbitos, seguidas dos homicídios e das doenças cerebrovasculares. Esses dados são similares aos dados nacionais no período de 2015-2019. Para as mulheres, as doenças cerebrovasculares foram mais frequentes, seguida da pneumonia e neoplasia de mama, enquanto no país as doenças cerebrovasculares foram seguidas das doenças isquêmicas do coração e influenza e pneumonia (Brasil, 2024a).

Tabela 18. Número e percentual de óbitos do sexo masculino segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID10)	Nº	%
Infarto agudo do miocárdio	130	6,9
Agressões	129	6,8
Doenças cerebrovasculares	121	6,4
Acidentes de transporte terrestre	114	6,0
Pneumonia	93	4,9
Doenças hipertensivas	66	3,5
Lesões autoprovocadas voluntariamente/Suicídio	57	3,0
Diabetes Mellitus	51	2,7
Feto e recém-nascido afetado por malformação e complicação grave	51	2,7
Neoplasia maligna da próstata	28	1,5
Sub-total	840	44,5
Demais causas	1.046	55,5
Total	1.886	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Tabela 19. Número e percentual de óbitos do sexo feminino segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID10)	Nº	%
Doenças cerebrovasculares	100	7,7
Pneumonia	86	6,6
Neoplasia maligna da mama	55	4,2
Infarto agudo do miocárdio	54	4,2
Diabetes Mellitus	49	3,8
Doenças hipertensivas	44	3,4
Agressões	40	3,1
Feto e recém-nascido afetado por malformação congênita grave	31	2,4
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	30	2,3
Acidentes de transporte terrestre	26	2,0
Sub-total	515	39,6
Demais causas	785	60,4
Total	1.300	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

8.4 MORTALIDADE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

A informação sobre o município de residência é fundamental para a produção de estatísticas de mortalidade, que são usadas para avaliar a situação de saúde da população e direcionar ações de prevenção e controle de doenças. Auxiliam na identificação de áreas com maior incidência de determinadas doenças ou causas de morte, permitindo que as autoridades de saúde planejem e implementem ações específicas para essas regiões. Permite a investigação de causas de morte e é importante para garantir que os serviços de saúde adequados sejam disponibilizados para a população, como a investigação de óbitos domiciliares sem assistência médica.

Em 2024, o município de Boa Vista, que tem a maior, concentrou o maior número de óbitos de residentes (66,2%), seguido de Alto Alegre (5,2%) e Rorainópolis (3,9%) (Tabela 20 e Figura 7). O município de Alto Alegre ocupa a segunda posição, esse município possui extensa área indígena do DSEI Yanomami, e no início de 2023, o Ministério da Saúde declarou a ESPIN e instalou o COE - Yanomami, devido a grave situação sanitária nessa população com registro de óbitos, sobretudo infantil.

Tabela 20. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes) por município de residência, Roraima, 2024

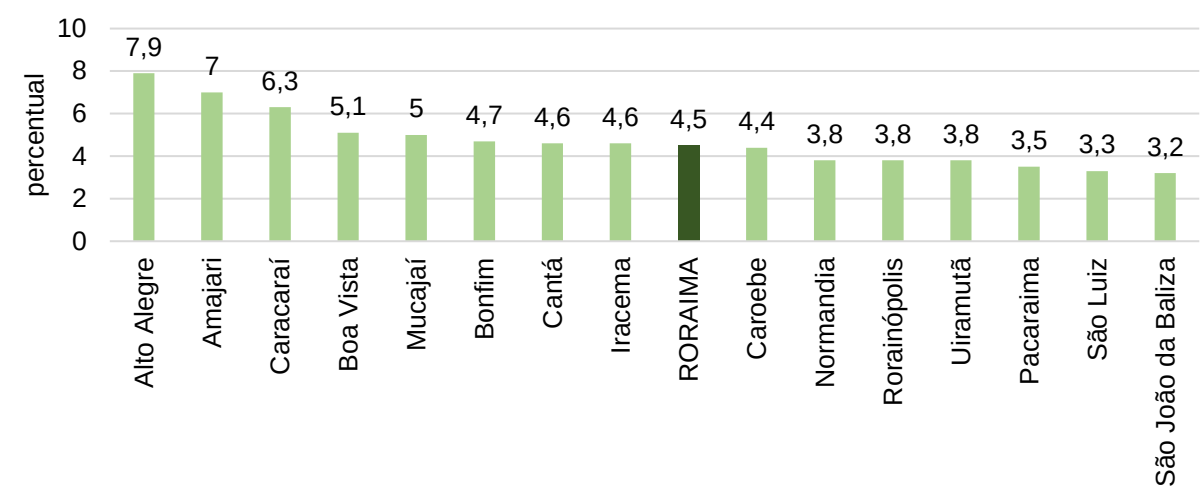
Município	Nº	%	População 2022*	Taxa de Mortalidade Geral
Alto Alegre	166	5,2	21.096	7,9
Amajari	98	3,1	13.927	7,0
Boa Vista	2.113	66,2	413.486	5,1
Bonfim	65	2,0	13.923	4,7
Cantá	86	2,7	18.682	4,6
Caracaraí	132	4,1	20.957	6,3
Caroebe	47	1,5	10.656	4,4
Iracema	46	1,4	10.023	4,6
Mucajá	91	2,8	18.095	5,0
Normandia	53	1,7	13.986	3,8
Pacaraima	68	2,1	19.305	3,5
Rorainópolis	124	3,9	32.647	3,8
São João da Baliza	28	0,9	8.858	3,2
São Luiz	24	0,8	7.315	3,3
Uiramutã	52	1,6	13.751	3,8
Total**	3.194	100,0	636.707	-

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

*Censo demográfico de 2022. **Incluído um óbito com município ignorado.

Apesar de Boa Vista concentrar o maior número e percentual de óbitos, a maior taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes) ocorreu em Alto Alegre (7,9/1.000 habitantes) e 53,3% dos municípios tiveram a taxa de mortalidade geral superior à média do estado (4,5/1.000 habitantes), destes, os quatro primeiros possuem um importante número de população indígena.

Tabela 7. Taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes) por município de residência, Roraima*, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).
*Nota: para os municípios foi utilizada a população do Censo Demográfico de 2022 e para a taxa do estado foi utilizado a estimativa populacional do IBGE para 2024.

8.5 MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS

Conhecer a mortalidade por grupo de causas (Capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10ª Revisão) é importante para entender os perfis epidemiológicos de uma população, direcionar ações de saúde pública e avaliar o impacto de políticas de saúde. A análise da mortalidade por grupo de causas permite identificar as principais causas de morte, avaliar tendências, comparar perfis entre diferentes grupos populacionais e regiões, e planejar intervenções mais eficazes. Além disso, permite subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde tendentes a reduzir o número de óbitos por determinados grupos de causas determinadas (Brasil, 2024c).

Tabela 21. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causa (Capítulo CID 10) de residentes de Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Nº	%	Taxa de mortalidade
Doenças do aparelho circulatório	688	21,5	96,0
Causas externas de morbidade e mortalidade	553	17,3	77,1
Neoplasias (tumores)	526	16,5	73,4
Doenças do aparelho respiratório	287	9,0	40,0
Algumas afec originadas no período perinatal	234	7,3	32,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	193	6,0	26,9
Doenças do aparelho digestivo	157	4,9	21,9
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	150	4,7	20,9
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	104	3,3	14,5
Doenças do aparelho geniturinário	92	2,9	12,8
Doenças do sistema nervoso	61	1,9	8,5
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	60	1,9	8,4
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	24	0,8	3,3
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	18	0,6	2,5
Gravidez parto e puerpério	16	0,5	2,2
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	0,5	2,1
Transtornos mentais e comportamentais	12	0,4	1,7
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	0,1	0,4
Códigos para propósitos especiais	1	0,0	0,1
Total	3.194	100,0	-

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Um perfil de mortalidade com predomínio de doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias indica um quadro de saúde pública com desafios importantes (Tabela 21 e Figura 8).

A alta incidência de doenças cardíacas sugere a necessidade de ações para prevenção de fatores de risco como má alimentação, sedentarismo e tabagismo, enquanto o alto índice de mortes por causas externas aponta para a importância de políticas de segurança no trânsito, prevenção de acidentes e violência, além de medidas para reduzir o consumo de álcool e outras drogas. Já o aumento das neoplasias pode estar relacionado ao envelhecimento da população, hábitos de vida e exposição a fatores de risco ambientais e genéticos.

A alta prevalência de doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral, é um problema global e está associada a fatores de risco modificáveis. A prevenção primária, como promoção de hábitos saudáveis, é fundamental.

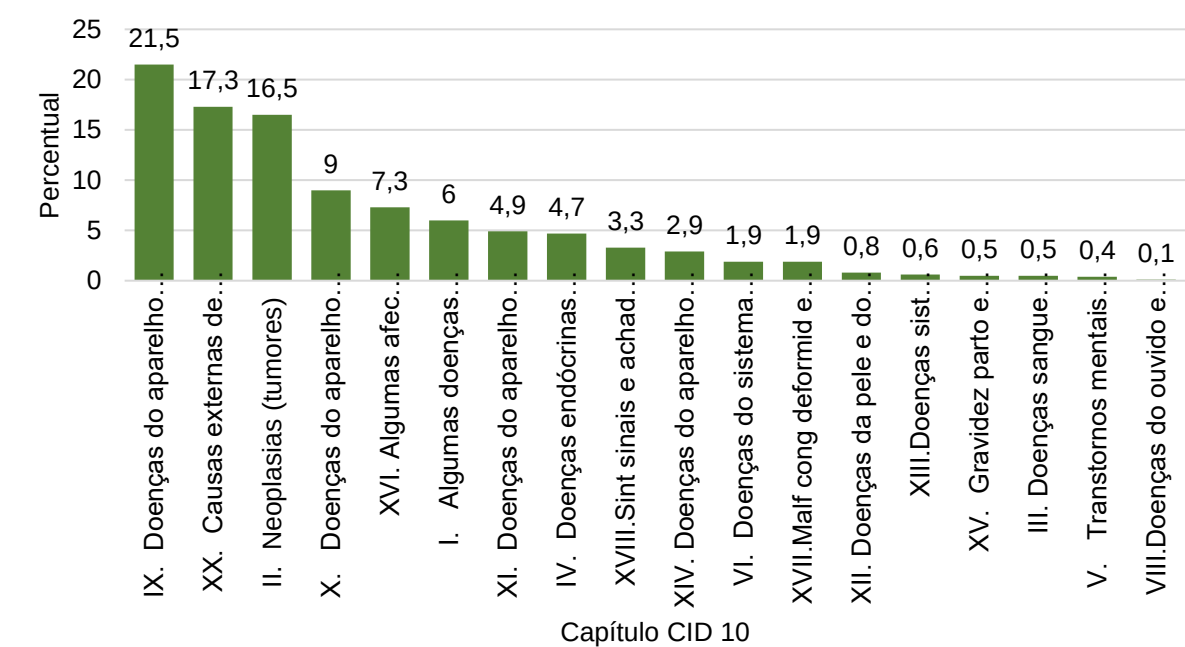
O termo "causas externas" engloba acidentes de trânsito, violência, suicídios,

afofamentos, entre outros. A redução desses eventos requer intervenções em segurança pública, educação para o trânsito, combate à violência e promoção de ambientes seguros, além de políticas para reduzir o consumo de álcool e outras drogas.

As neoplasias são um grupo diversificado de doenças, e sua incidência pode aumentar com o envelhecimento da população e fatores de risco como tabagismo, exposição a agentes químicos e radiação, além de predisposição genética. O rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado são essenciais para melhorar a sobrevida dos pacientes.

Em 2024, consta no SIM um óbito codificado como "Códigos para Propósitos Especiais" do Capítulo XXII. Esse fato chama a atenção porque os "Códigos para Propósitos Especiais" na CID-10 são utilizados para classificar doenças novas ou emergentes, resistência a antibióticos e outras situações que requerem categorias provisórias. Esses códigos, que vão de U00 a U99, são alocados pela OMS para situações específicas que não se encaixam em categorias já existentes na CID-10.

Figura 8. Percentual de óbitos por causa (Capítulo CID 10) de residentes de Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

A transição epidemiológica é marcada pela transformação dos padrões de saúde

e de doenças, a composição da morbimortalidade passa de uma situação de níveis elevados e incidência de doenças infectocontagiosas para uma outra, caracterizada pelo aumento da duração da vida, com predomínio crescente de causas crônicas e neurodegenerativas (Castiglioni, 2024). Este processo está ligado à transição demográfica, com o envelhecimento populacional e mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade.

Em Roraima, as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam a terceira posição no *ranking* de causas de morte na década de 1990, ocuparam a quarta posição na década de 2000, e a quinta posição na década de 2010. Em 2020, devido a pandemia de Covid-19 as doenças infecciosas e parasitárias voltaram a ocupar a primeira posição, mas em 2024 ocuparam a sexta posição (Quadro 1). O estado acompanha uma tendência mundial de aumento de mortes por doenças crônicas e neoplasias, e redução por doença infecciosa e parasitária, em grande medida, devido as melhorias socioeconômicas da população. Entretanto, mantém alta mortalidade por causas externas, característico de países em desenvolvimento ou com altos níveis de violência e acidentes. Esses países frequentemente enfrentam desafios socioeconômicos que contribuem para essas taxas elevadas. A alta taxa de mortalidade por causas externas não apenas afeta a população, mas também causa impactos econômicos significativos, com custos para o sistema de saúde e perda de produtividade.

Quadro 1. Transição epidemiológica do estado de Roraima, 1996, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2024

1996	2000	2005	2010	2015	2020	2023	2024
1º lugar	1º lugar	1º lugar	1º lugar	1º lugar	1º lugar	1º lugar	1º lugar
2º lugar	2º lugar	2º lugar	2º lugar	2º lugar	2º lugar	2º lugar	2º lugar
3º lugar	3º lugar	3º lugar	3º lugar	3º lugar	3º lugar	3º lugar	3º lugar
4º lugar	4º lugar	4º lugar	4º lugar	4º lugar	4º lugar	4º lugar	4º lugar
5º lugar	5º lugar	5º lugar	5º lugar	5º lugar	5º lugar	5º lugar	5º lugar
6º lugar	6º lugar	6º lugar	6º lugar	6º lugar	6º lugar	6º lugar	6º lugar

LEGENDA:

Causas Externas

Doenças do aparelho circulatório

Doenças infecciosas e parasitárias

Afecções orig. no período perinatal

Neoplasias

Doenças do aparelho respiratório

Outra causa

Fonte: Benedetti et al., 2019. SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

Tabela 22. Número e percentual de óbitos por causa (Capítulo CID 10) e raça/cor de residentes de Roraima, 2024

Causa (Cap CID10)	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
I	29	15,0	7	3,6	0	0,0	89	46,1	63	32,6	5	2,6	193
II	123	23,4	29	5,5	3	0,6	317	60,3	45	8,6	9	1,7	526
III	6	40,0	0	0,0	0	0,0	5	33,3	4	26,7	0	0,0	15
IV	27	18,0	6	4,0	1	0,7	76	50,7	34	22,7	6	4,0	150
V	2	16,7	0	0,0	0	0,0	8	66,7	2	16,7	0	0,0	12
VI	22	36,1	0	0,0	0	0,0	28	45,9	10	16,4	1	1,6	61
VIII	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	3
IX	156	22,7	54	7,8	5	0,7	419	60,9	44	6,4	10	1,5	688
X	75	26,1	15	5,2	1	0,3	134	46,7	57	19,9	5	1,7	287
XI	33	21,0	9	5,7	1	0,6	88	56,1	23	14,6	3	1,9	157
XII	4	16,7	0	0,0	0	0,0	14	58,3	6	25,0	0	0,0	24
XIII	4	22,2	1	5,6	0	0,0	11	61,1	2	11,1	0	0,0	18
XIV	19	20,7	8	8,7	1	1,1	49	53,3	14	15,2	1	1,1	92
XV	3	18,8	0	0,0	0	0,0	6	37,5	7	43,8	0	0,0	16
XVI	13	5,6	1	0,4	0	0,0	30	12,8	23	9,8	167	71,4	234
XVII	14	23,3	0	0,0	0	0,0	29	48,3	10	16,7	7	11,7	60
XVIII	15	14,4	7	6,7	0	0,0	56	53,8	24	23,1	2	1,9	104
XX	70	12,7	17	3,1	0	0,0	324	58,6	133	24,1	9	1,6	553
XXII	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	615	19,3	155	4,9	12	0,4	1.685	52,8	501	15,7	226	7,1	3.194

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
 II. Neoplasias (tumores)
 III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
 IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
 V. Transtornos mentais e comportamentais
 VI. Doenças do sistema nervoso
 VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide
 IX. Doenças do aparelho circulatório
 X. Doenças do aparelho respiratório

XI. Doenças do aparelho digestivo
 XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
 XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
 XIV. Doenças do aparelho geniturinário
 XV. Gravidez, parto e puerpério
 XVI. Algumas afec originadas no período perinatal
 XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
 XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat
 XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
 XXII. Códigos para propósitos especiais

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

A predominância de óbitos na raça/cor parda, seguida da branca e depois da indígena, sugere uma possível associação entre a distribuição da população no estado e a ocorrência de óbitos por diferentes causas. É importante destacar que esse tipo de análise pode revelar desigualdades e padrões de saúde específicos nos diferentes grupos populacionais e é fundamental investigar as razões por trás dessa distribuição e entender se fatores como acesso a serviços de saúde, condições socioeconômicas, ou predisposições genéticas podem influenciar os resultados. A análise em cada

capítulo da CID-10 permite identificar quais doenças e condições estão mais associadas a cada grupo étnico/racial. A declaração de óbito não possibilita o levantamento de óbitos por etnia, o que dificulta uma análise mais acurada da mortalidade indígena no estado (Tabela 22).

Tabela 23. Número de óbitos por causa (Capítulo CID 10) e município de residência, Roraima, 2024

Município	I	II	III	IV	V	VI	VII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XX	XXII	Total
Alto Alegre	18	14	2	15	1	5	0	25	16	6	1	0	1	5	15	1	5	36	0	166
Amajari	15	7	0	4	0	3	0	6	10	1	0	0	2	2	20	3	6	19	0	98
Boa Vista	114	395	11	96	7	39	2	496	191	117	14	17	73	7	133	41	47	312	1	2.113
Bonfim	2	6	0	3	0	0	0	10	6	3	2	0	2	0	8	2	7	14	0	65
Cantá	4	15	0	5	2	3	0	18	6	4	0	0	1	0	4	2	2	20	0	86
Caracaraí	6	10	0	9	1	1	0	19	8	5	0	0	3	0	9	2	6	53	0	132
Caroebe	4	5	0	2	0	1	1	16	6	4	0	0	0	1	3	0	0	4	0	47
Iracema	4	8	0	3	0	3	0	7	5	0	0	0	1	0	2	0	2	11	0	46
Mucajaí	6	22	0	4	0	1	0	20	6	2	2	0	1	0	4	1	3	19	0	91
Normandia	1	7	1	1	0	0	0	9	3	2	1	1	1	0	8	1	7	10	0	53
Pacaraima	6	5	1	1	0	2	0	15	7	2	2	0	4	0	10	1	4	8	0	68
Rorainópolis	4	18	0	4	1	2	0	25	9	8	2	0	2	0	10	4	9	26	0	124
São João da Baliza	2	3	0	2	0	0	0	9	2	0	0	0	0	1	1	0	2	6	0	28
São Luiz	1	6	0	0	0	0	0	6	3	1	0	0	0	0	0	0	1	6	0	24
Uiramutã	5	5	0	1	0	1	0	7	9	2	0	0	1	0	7	2	3	9	0	52
Ignorado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	193	526	15	150	12	61	3	688	287	157	24	18	92	16	234	60	104	553	1	3.194
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias										XI. Doenças do aparelho digestivo										
II. Neoplasias (tumores)										XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo										
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár										XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo										
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas										XIV. Doenças do aparelho geniturinário										
V. Transtornos mentais e comportamentais										XV. Gravidez, parto e puerpério										
VI. Doenças do sistema nervoso										XVI. Algumas afec originadas no período perinatal										
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide										XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas										
IX. Doenças do aparelho circulatório										XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat										
X. Doenças do aparelho respiratório										XX. Causas externas de morbidade e mortalidade										
										XXII. Códigos para propósitos especiais										

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração). *01 óbito no Capítulo XII.

O percentual de raça/cor “não informada” da declação de óbito de 7,1% é alta, e representa importante falha no preenchimento da declaração de óbito.

Em 2024, em 40% dos municípios, as mortes por doenças do aparelho circulatório superaram as mortes por causas externas. Os municípios específicos com este padrão são: Caroebe (34%), São João da Baliza (32,1%), São Luiz (25%), Boa

Vista (23,5%) e Pacaraima (20,9%). Nos estantes 60% dos municípios, o predomínio no percentual de mortes foi das causas externas. O detalhamento do número de óbitos por capítulos da CID-10 e o município de residência encontra-se na Tabela 23

Em 2024, em Roraima, as doenças cerebrovasculares lideram as 10 principais causas de óbitos, seguidas pelo infarto agudo do miocárdio e pela pneumonia. As causas externas, incluindo acidentes de transporte, homicídios e suicídios, também estão entre as principais causas de morte no estado (Tabela 24 e Figura 9).

Tabela 24. Número e percentual de óbitos por causa básica (CID 10) de residentes de Roraima, 2024

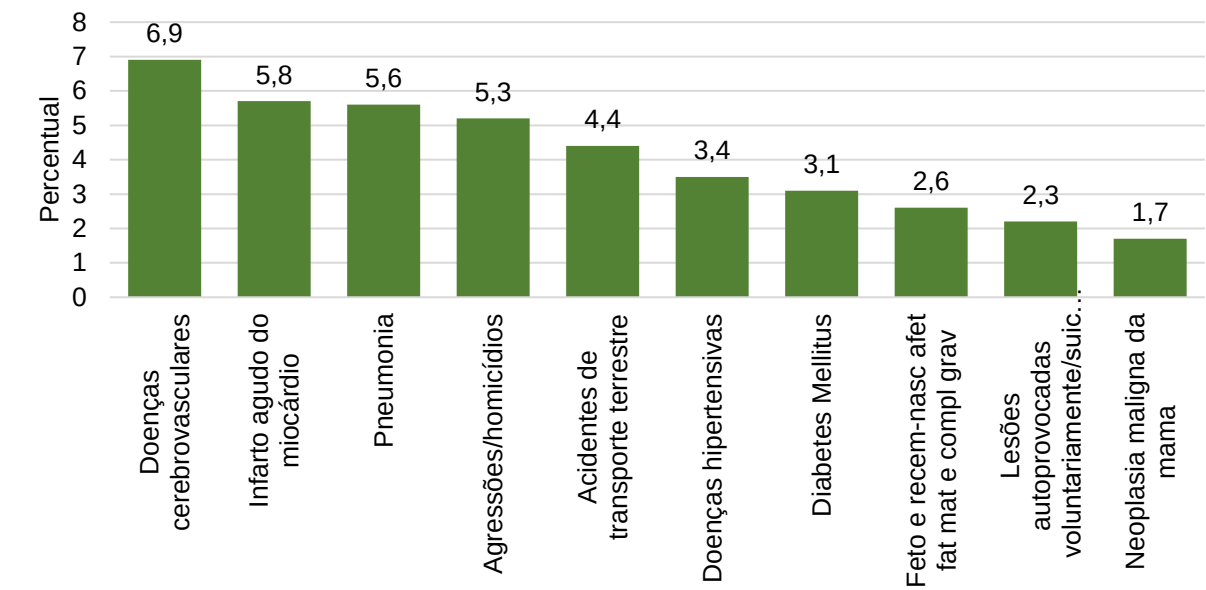
Causa básica (CID10)	Nº	%
Doenças cerebrovasculares	221	6,9
Infarto agudo do miocárdio	184	5,8
Pneumonia	179	5,6
Agressões/homicídios	169	5,3
Acidentes de transporte terrestre	140	4,4
Doenças hipertensivas	110	3,4
Diabetes Mellitus	100	3,1
Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	83	2,6
Lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídio	72	2,3
Neoplasia maligna da mama	55	1,7
Sub total	1.313	41,1
Demais causas	1.881	58,9
Total	3.194	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

O Brasil, em 2024, teve mais de 932 mil vítimas fatais por saúde e causas externas. As principais causas de morte foram as doenças cardíacas e circulatórias, câncer e enfermidades respiratórias. Violência e acidentes são quarta maior causa de morte. Praticamente uma em dez mortes confirmadas neste ano são decorrentes de acidentes, lesões corporais, homicídios e agressões (Caniato, 2024).

No Mundo, segundo um levantamento da OMS, problemas no coração, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes e câncer de pulmão estão entre as 10 doenças que mais matam. Liderando a lista está a isquemia do miocárdio que provoca 9 milhões de mortes todos os anos.

Figura 9. Percentual de óbitos por causa (Capítulo CID 10) e município de residência, Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07//2025 (sujeitos à alteração).

8.5.1 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Nesse grupo inclui as doenças hipertensivas, a doença isquêmica do coração, as doenças em decorrências da febre reumática e as cerebrovasculares.

Tabela 25. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024

Ano	Nº de óbitos total	População residente	Aparelho circulatório		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	450.479	353	20,3	78,4
2015	2.219	513.328	416	18,7	81,0
2016	2.293	525.967	416	18,1	79,1
2017	2.595	546.885	527	20,3	96,4
2018	2.930	576.568	587	20,0	101,8
2019	2.987	605.761	616	20,6	101,7
2020	3.770	631.181	602	16,0	95,4
2021	4.463	652.713	637	14,3	97,6
2022	3.391	636.707	677	20,0	106,3
2023	3.475	683.769	696	20,0	101,8
2024	3.194	716.793	688	21,5	96,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 23/07//2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2013.

As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar na mortalidade no estado desde 2019, com exceção dos anos pandêmicos de 2020 e 2021. Fato similar ao nacional, no país as doenças do coração estão em primeiro lugar no *ranking* de mortalidade (Caniato, 2024).

Tabela 26. Número, percentual e taxa (por 100 mil habitantes) de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e causa básica, de residentes em Roraima, 2024

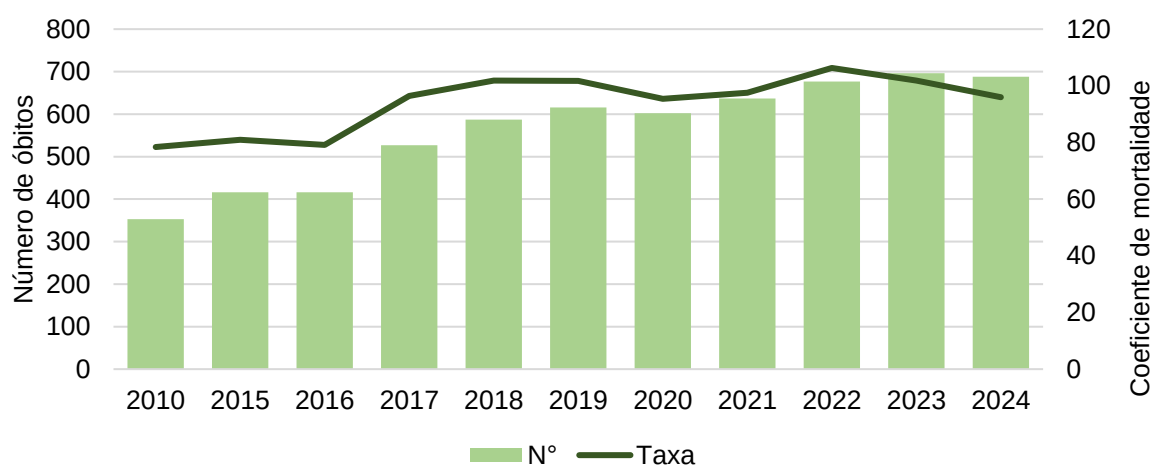
Doenças do Aparelho Circulatório	Nº	%	Taxa
Febre reumat aguda e doen reum cron coração	5	0,7	0,7
Doenças hipertensivas	110	16	15,3
Doenças isquêmicas do coração	208	30,2	28,9
Infarto agudo do miocárdio	184	26,7	25,5
Outras doenças cardíacas	115	16,7	16
Doenças cerebrovasculares	221	32,1	30,8
Aterosclerose	2	0,3	0,3
Rest doenças do aparelho circulatório	27	3,9	3,9
Total	688	100	96

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 23/07/2025 (sujeitos à alteração).

No período de 2010 a 2024 a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes aumentou 22,4% e 18,5% entre 2015 e 2024 é um indicativo de tendência de crescimento da mortalidade em determinados períodos. É importante analisar os dados com mais detalhes para identificar os fatores que contribuíram para esse aumento e as possíveis causas subjacentes (Tabela 25 e Figura 10).

Entre os possíveis fatores e causas destamos o envelhecimento da população, pois o aumento da expectativa de vida pode levar a um aumento da taxa de mortalidade, especialmente por doenças crônicas relacionadas à idade, a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardíacas e câncer pois são causas comuns de morte e podem estar contribuindo para o aumento da mortalidade, as condições de saúde pública, um acesso limitado a serviços de saúde, falta de saneamento básico e má qualidade do ar podem afetar a saúde da população e aumentar a taxa de mortalidade, e fatores socioeconômicos como a desigualdade social, pobreza e falta de acesso à educação podem ter um impacto negativo na saúde e aumentar a mortalidade

Figura 10. Número de óbitos e a taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) de mortes por doenças do aparelho circulatório, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 20234



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 23/07//2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2013.

Em 2024, houve predomínio das causas básicas de mortes por doenças cerebrovasculares, seguido de doenças isquêmicas do coração e das doenças hipertensivas. Juntas, essas causas representaram quase 80% de todas as mortes por doenças do aparelho circulatório. Dentro das doenças isquêmicas do coração, as mortes por infarto agudo do miocárdio representaram 88,4% (183/207) (Tabela 26 e Figura 11).

Nos últimos 10 anos, as mortes por doenças cerebrovasculares no estado aumentaram mais de 100%, as doenças isquêmicas do coração aumentaram cerca de 90% e as doenças hipertensivas aumentaram 17%. Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares incluem hipertensão, colesterol alto, diabetes, tabagismo, obesidade, sedentarismo e histórico familiar.

Entre 2015 e 2024, ocorreram 1.606 óbitos por infarto agudo do miocárdio no estado, esses óbitos representaram 27,4% (1.606/5.862) dos óbitos por doenças do aparelho cardiovascular e 5,1% (1.606/31.309) do total de óbitos. O número desses óbitos aumentou 1,9 vezes no período e a distribuição do número de óbitos foi de 96 em 2015, 111 em 2016, 123 em 2017, 167 em 2018, 150 em 2019, 167 em 2020, 230 em 2021, 203 em 2022, 176 em 2023 e 183 em 2024. A distribuição dos óbitos ao longo dos anos mostra uma variação, com picos em 2021 e 2022, indicando possíveis flutuações na incidência ou fatores de risco sazonais.

A taxa de mortalidade por 100 mil habitantes aumentou 44,4% no período e a sua distribuição foi de 1,8/100 mil habitantes em 2015, 2,0/100 mil habitantes em 2016, 2,2/100 mil habitantes em 2017, 2,8/100 mil habitantes em 2018, 2,4/100 mil habitantes

em 2019, 2,6/100 mil habitantes em 2020, 3,5/100 mil habitantes em 2021, 3,2/100 mil habitantes em 2022, 2,5/100 mil habitantes em 2023 e 2,6/100 mil habitantes em 2024. O aumento na taxa sugere um agravamento da situação de saúde pública em relação ao infarto agudo do miocárdio necessitando de medidas de prevenção e tratamento mais eficazes e requer ações urgentes para reverter essa tendência e para tanto é necessário atenção especial das autoridades de saúde, investimentos em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado para reduzir o impacto da doença na população.

Em média 44,8% dos óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorreram em ambiente hospitalar, passou de 55,2% em 2015 para 43,2%, em 2024, uma redução de 21,7%. A redução na proporção de óbitos em hospitais não indica necessariamente melhorias no atendimento pré-hospitalar, na prevenção ou em ambos, pode estar refletindo que o óbito está ocorrendo em ambiente pré-hospitalar: 42,3% ocorreram em domicílio e 3,7% em via pública.

O perfil sociodemográfico desses óbitos mostra que 65,4% (n=472) ocorreram em pessoas do sexo masculino. Essa tendência é observada em outros estudos e essa diferença pode ser atribuída a fatores como proteção cardiovascular oferecida pelos hormônios femininos e diferenças em fatores de risco e estilo de vida entre os sexos. Conforme aumenta a falta etária aumenta a mortalidade, 73,3% (n=527) dos óbitos ocorreram em pessoas com 60 anos e mais. O risco de infarto agudo do miocárdio aumenta com a idade devido ao acúmulo de fatores de risco ao longo do tempo e ao envelhecimento natural do sistema cardiovascular, mas é importante ressaltar que a doença pode afetar pessoas mais jovens, especialmente se houver fatores de risco presentes ou predisposição genética, e que a prevenção é crucial em todas as faixas etárias.

Pessoas pardas concentraram 64,1% (n=464) desses óbitos, seguido das brancas com 24,4% (n=176), pretas com 5,6% (n=40) e indígenas com 3,3% (n=24). Embora não haja uma explicação única, a maior proporção de pardos pode estar relacionada a desigualdades no acesso a serviços de saúde, condições de vida precárias e fatores de risco específicos, além de diferenças genéticas. Mais de 50% dos óbitos tinham nenhum (19,4%) ou até sete anos de estudo (35,9%) e apenas 6,5% tinham 12 e mais. Essa informação indica uma forte correlação entre nível de escolaridade e mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Roraima. Pessoas com menor escolaridade parece ser mais vulneráveis a óbitos decorrentes de infarto agudo

do miocárdio, possivelmente devido a fatores como menos acesso a informações e serviços de saúde, baixas condições socioeconômicas, e podem apresentar maior prevalência de comportamentos de risco para infarto agudo do miocárdio, como tabagismo, sedentarismo e má alimentação. Baixa escolaridade é um indicativo importante da necessidade de políticas públicas que promovam a educação e a inclusão social, além de ações específicas de saúde direcionadas a essa população vulnerável.

A redução na proporção de óbitos por infarto agudo do miocárdio em hospitais em Roraima, embora seja um dado positivo, não deve ser interpretada isoladamente como um sinal de melhoria nos cuidados pré-hospitalares ou na prevenção da doença. É fundamental que a população, independentemente da idade, esteja atenta aos sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio, aos fatores de risco e adote hábitos saudáveis para prevenir o infarto agudo do miocárdio.

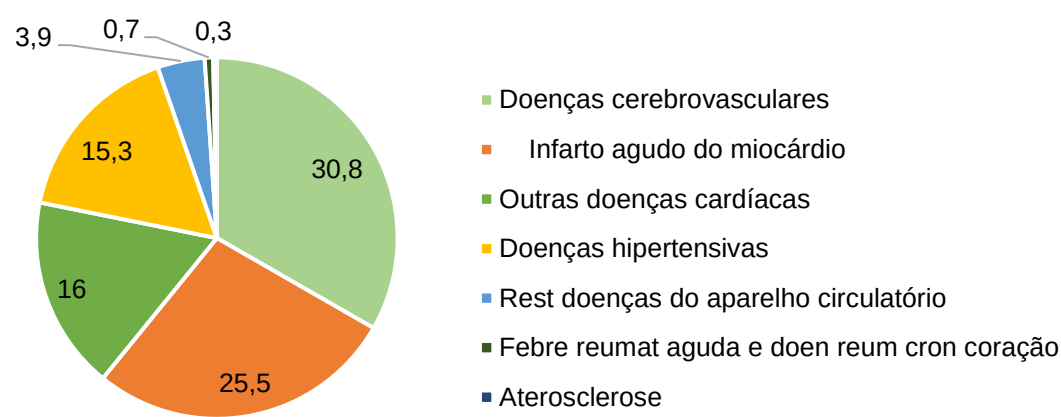
A hipertensão arterial está associada a 45% das mortes por doenças cardíacas e a 51% dos óbitos por problemas cerebrovasculares. A prevalência de hipertensão arterial aumenta com a idade, e cerca de 65% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam essa condição. Com o envelhecimento da população, espera-se um aumento significativo tanto da prevalência da hipertensão quanto de suas complicações (Drager, 2021).

Estima-se que a hipertensão arterial acometa mais de 1 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos no mundo. No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que, em 2021, 26,3% da população, ou seja, mais de 30 milhões de pessoas, e registram tendência de aumento dos diagnósticos. Uma em cada cinco pessoas é acometida pela doença no país. Entre as mais de 30 milhões de pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, apenas 10% fazem o controle adequado da doença. E, apesar de a hipertensão arterial atingir tanto homens como mulheres, os dados revelam que a incidência de casos é maior entre as mulheres. Outro dado relevante aponta que cada vez mais jovens têm apresentado alteração na pressão arterial. Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de hipertensos entre crianças e adolescentes varia de 3 a 15% (Filomeno, 2023).

O Programa de Saúde da Família, lançado em 1994, é uma importante iniciativa da estratégia nacional para reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares com base na atenção primária à saúde. Entretanto, segundo Oliveira e Ribeiro (2020) a despeito dos sucessos, a análise dos cenários futuros sugere a necessidade urgente de abordar desigualdades geográficas persistentes, financiamento insuficiente, além de

questões relacionadas ao acesso ao cuidado e à sua qualidade. A hipertensão arterial está incluída na categoria saúde e bem-estar dos ODS da ONU, que pretende, “até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” (Filomeno, 2023).

Figura 11. Percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo a causa básica (CID-10), de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em Roraima, as mortes por doenças do aparelho circulatório predominaram no sexo masculino em 59,4% dos óbitos, e houve predomínio do sexo masculino em quase todas as causas básicas. Representaram 70,7% dos óbitos por infarto agudo do miocárdio e 60% dos óbitos por doenças hipertensivas (Tabela 27).

Tabela 27. Número e percentual de mortes por doenças do aparelho circulatório segundo a causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%	
Febre reumat aguda e doen reum cron coracao	3	60,0	2	40,0	5
Doenças hipertensivas	66	60,0	44	40,0	110
Doenças isquemicas do coracao	143	68,8	65	31,3	208
Infarto agudo do miocárdio	130	70,7	54	29,3	184
Outras doenças cardíacas	59	51,3	56	48,7	115
Doenças cerebrovasculares	121	54,8	100	45,2	221
Aterosclerose	1	50,0	1	50,0	2
Rest doenças do aparelho circulatório	16	59,3	11	40,7	27
Total	409	59,4	279	40,6	688

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A incidência de óbitos por doenças do aparelho circulatório tende a aumentar com a idade, e que a faixa etária acima de 60 anos representa uma proporção significativa dessas mortes (76%). Estudos e dados epidemiológicos frequentemente mostram que mais de 70% das mortes relacionadas a doenças cardiovasculares ocorrem em indivíduos com 60 anos ou mais (Cabrera; Andrade; Wajngarten, 2007; Moreira et al., 2025) (Tabela 28).

Tabela 28. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo a causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID10)	01-04a		05-09a		10 a 19a		20-29a		30 a 59a		60 e +		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Febre reumat aguda e doença reum cron coracao	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	4	80	5
Doenças hipertensivas	0	0	0	0	0	0	0	0	11	10	99	90	110
Doenças isquemicas do coracao	0	0	0	0	0	0	1	0,5	58	27,9	149	71,6	208
Infarto agudo do miocárdio	0	0	0	0	0	0	1	0,5	55	29,9	128	69,6	184
Outras doenças cardíacas	1	0,9	1	0,9	1	0,9	1	0,9	24	20,9	87	75,7	115
Doenças cerebrovasculares	0	0	0	0	2	0,9	5	2,3	52	23,5	162	73,3	221
Aterosclerose	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	2
Rest doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	0	6	22,2	21	77,8	27
Total	1	0,1	1	0,1	3	0,4	7	1	153	22,2	523	76	688

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

8.5.2 Mortalidade por causas externas

As causas externas de morbidade e mortalidade referem-se a lesões e condições de saúde resultantes de fatores externos, como acidentes, violências e outros eventos não naturais. Essas causas são classificadas na CID-10 no grupo V01-Y98 e incluem acidentes de transporte, quedas, afogamentos, queimaduras, intoxicações, agressões, suicídios.

São uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento. Elas afetam principalmente homens adultos, mas também podem ser significativas em crianças e adolescentes. As causas externas podem levar a internações hospitalares prolongadas, incapacidades permanentes e óbitos, além de gerar custos significativos para os sistemas de saúde e para a sociedade.

Em 2024, com 553 óbitos, as causas externas ocuparam a segunda posição entre os grupos e representaram 17,3% do total de mortes (Tabela 29). Esses dados mostram a importância das causas externas na mortalidade do estado e essas mortes são consideradas como mortes evitáveis.

Tabela 29. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, de residentes em Roraima, 2010, 2015 a 2024

Ano	Nº de óbitos	População residente	Causas externas		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	450.479	378	21,7	83,9
2015	2.219	513.328	553	24,1	105,1
2016	2.293	525.967	485	18,7	88,7
2017	2.595	546.885	592	20,2	102,7
2018	2.930	576.568	701	23,5	115,7
2019	2.987	605.761	607	16,1	96,2
2020	3.770	631.181	617	13,8	94,5
2021	4.463	652.713	672	19,8	105,5
2022	3.391	636.707	620	17,8	90,7
2023	3.475	683.769	603	18,9	84,1
2024	3.194	716.793	553	17,3	77,1

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

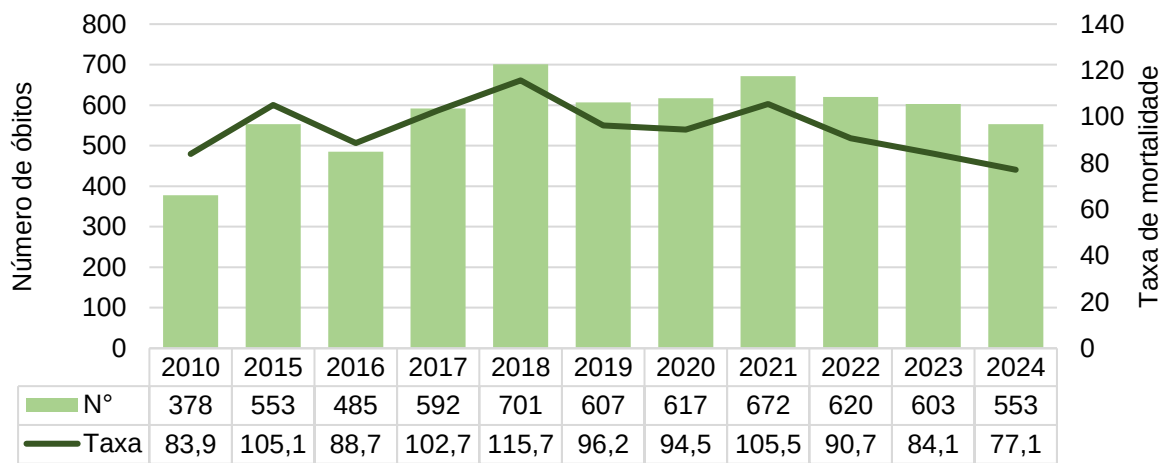
A média nacional de mortes por causas externas foi de 11% do total de mortes em 2018 (BrasiL, 2021). Nos índices de composição da mortalidade, as causas externas apresentam representação decrescente, passando de 12,51% do total de

óbitos para 9,90%, entre 2000 e 2022, mas ocupam ainda a quarta posição na classificação dos capítulos de causas de mortalidade, vindas após as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório (Castiglioni, 2024).

Em 2022, o Brasil teve o menor número de mortes violentas nos últimos 11 anos. Mesmo sendo o menor da última década, esse número continua fazendo do Brasil e de algumas de suas cidades um dos lugares mais violentos do mundo. As razões para a diminuição do número de mortes violentas são várias, e os números diferem a depender da região. Algumas políticas estaduais de integração do trabalho policial parecem ter surtido efeitos positivos. Até mesmo a alteração na composição da pirâmide demográfica, com diminuição relativa do número de jovens, ajuda a explicar. O Brasil, com pouco mais de 2% dos habitantes do planeta, reúne mais de 20% das mortes violentas. Como entender que o Brasil exiba há tanto tempo um padrão de violência tão alto na comparação com outros países de renda similar à nossa, e também com desigualdade de renda? (Waack, 2023). A violência é um gravíssimo problema de doença social.

No período de 2010 a 2024 o número de óbitos por causas externas aumentou 1,8 vezes, entretanto diminuiu a taxa de mortalidade em 8,1% e o seu percentual de óbitos em relação ao total de óbitos em 20,2% (Tabela 29 e Figura 12).

Figura 12. Número e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, de residentes em Roraima, 2010, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A taxa de mortalidade teve três picos, em 2015, 2018 e 2021. O ano de 2018

foi marcado por conflitos entre “facções” dentro e fora do sistema prisional e o aumento da violência no estado, refletindo na taxa de mortalidade por causa externas, mais precisamente na taxa de homicídios. Com ações da segurança pública do Governo Federal com o envio da força nacional e do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) houve redução da violência no estado (Benedetti et al., 2024).

A redução da taxa de mortalidade por causas externas no ano de 2020 tem como as possíveis causas as medidas sanitárias impostas para mitigar a pandemia de Covid-19 como isolamento social e pela imposição pelas autoridades de “*lockdown* parcial” mesmo que temporários, entretanto, em 2021, o segundo ano da pandemia, houve um aumento significativo na taxa de mortalidade por causas externas no estado (Benedetti et al., 2024).

As causas externas possuem dois componentes principais: acidentes e violências. Os acidentes podem ser categorizados em acidentes de transporte, envolvendo veículos motorizados, bicicletas, pedestres, etc.; quedas; lesões autoprovocadas (Suicídios e tentativas de suicídio); e outros tipos de acidentes (Afogamentos, queimaduras, intoxicações, etc.). As violências podem ser por agressões (Homicídios e lesões corporais decorrentes de agressões físicas, verbais ou psicológicas); violência doméstica e familiar; violência sexual; e outras formas de violência. Na Tabela 30 e Figura 13 encontra-se a distribuição das causas externas por componentes e suas categorias.

Tabela 30. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas segundo a causa básica da CID-10, de residentes em Roraima, 2024

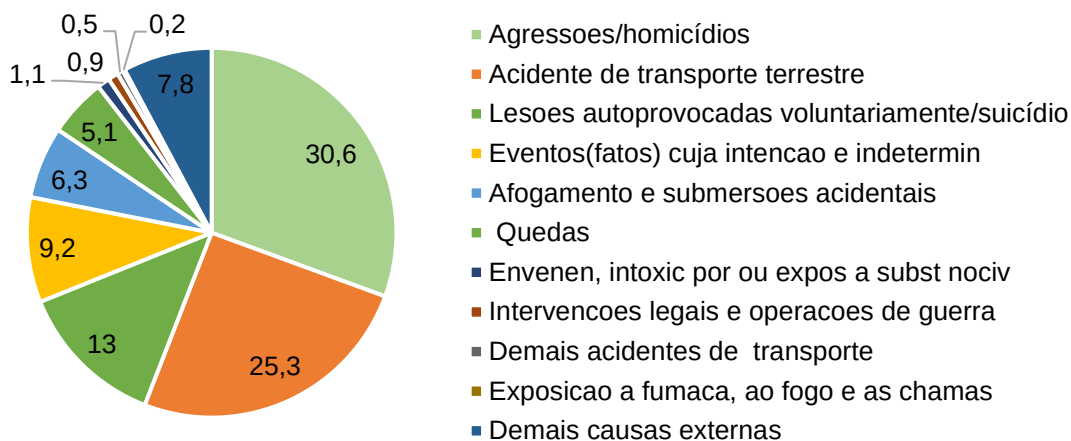
Causa básica (CID10)	Nº	%	Taxa
Agressões/homicídios	169	30,6	23,6
Acidente de transporte terrestre	140	25,3	19,5
Lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídio	72	13,0	10,0
Afogamento e submersões acidentais	35	6,3	4,9
Quedas	28	5,1	3,9
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	51	9,2	7,1
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	6	1,1	0,8
Intervenções legais e operações de guerra	5	0,9	0,7
Demais acidentes de transporte	3	0,5	0,4
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	1	0,2	0,1
Demais causas externas	43	7,8	6,0
Total	553	100,0	77,1

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A violência é um fenômeno complexo e o homicídio é a sua consequência fatal, podendo afetar todas as pessoas, independentemente de idade, sexo, etnia e condição socioeconômica (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). Nos últimos 10 anos, as mortes por agressões/homicídios foram a principal causa básica no estado, com 2.454 óbitos representaram 7,8% de todas as mortes ocorridas no período.

A taxa de mortalidade apresentou uma tendência decrescente com redução de 43,1% entre 2015 e 2024, entretanto em 2018, a taxa apresentou um importante aumento e alcançou 72 óbitos por 100 mil habitantes. Nesse ano a taxa estadual foi 7,2 vezes maior que o nível epidêmico da OMS – mais de 10 homicídios para cada 100 mil habitantes – (Waiselfisz, 2012). Esse fato está relacionado com a escala da violência no estado, sobretudo no sistema aprisional onde ocorreu a terceira maior chacina do país nesse ano (Benedetti et al., 2024) (Figura 14).

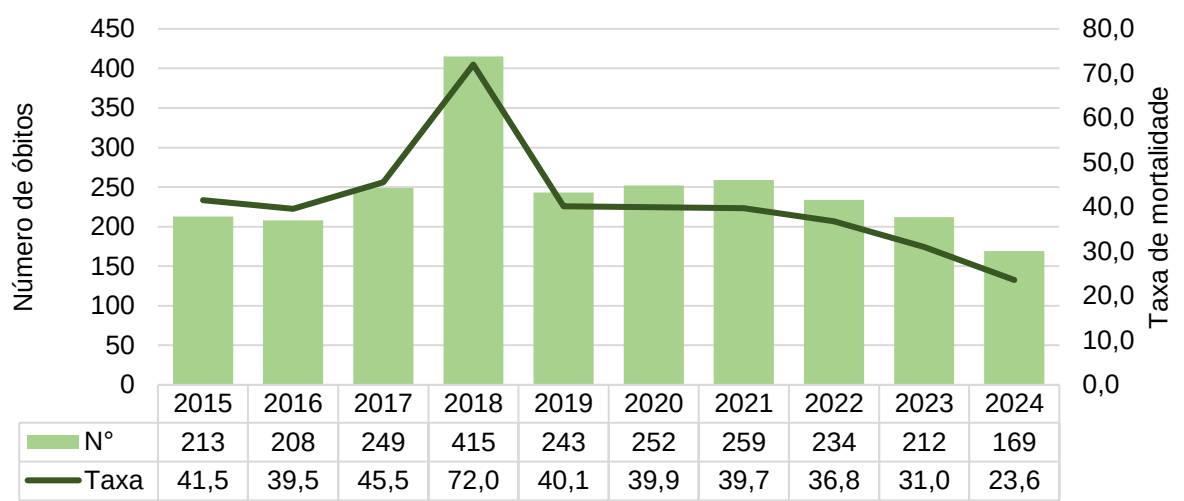
Figura 13. Percentual de mortes por causas externas segundo a causa básica (CID-10), de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, a taxa de homicídios de 23,6 homicídios por 100 mil habitantes foi a menor dos últimos 10 anos, embora superior à taxa nacional de 21,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2022, está 2,3 vezes superior ao nível epidêmico da OMS.

Figura 14. Número e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por agressões/homicídios de residentes em Roraima, 2015 a 2024



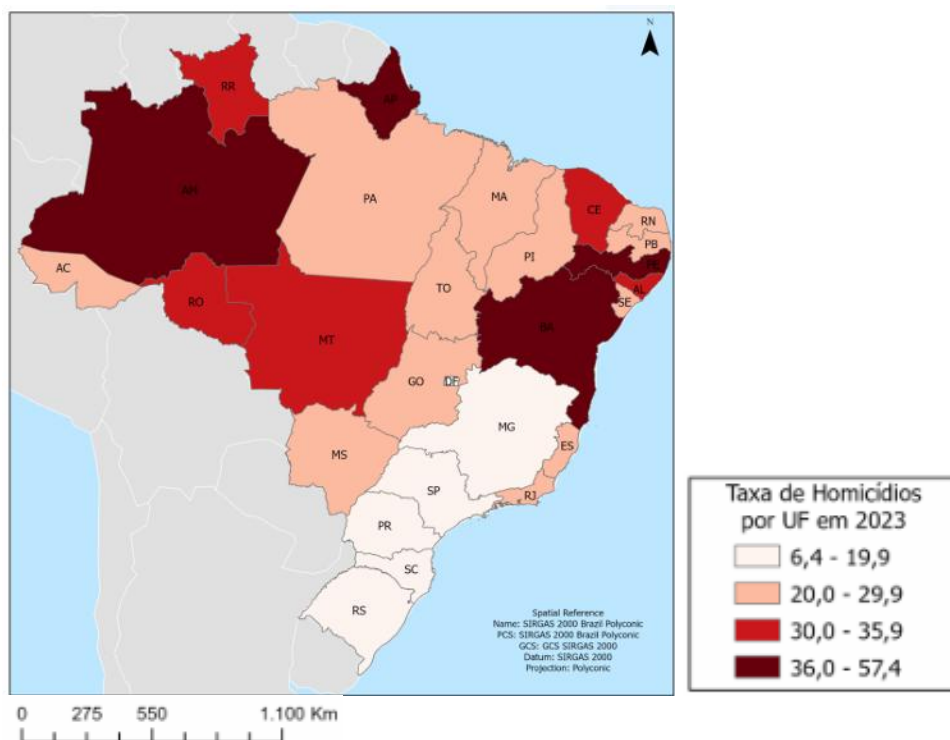
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

No país, entre 2022 e 2023, houve redução de 2,3% na taxa de homicídio. Com isso, a taxa do ano de 2022 foi a menor dos últimos 11 anos. Em 2023, 45.747 pessoas perderam as vidas em face dos homicídios. Depois de uma estagnação nas taxas de homicídio entre 2019 e 2022, que estacionou no patamar de 21,7, voltamos timidamente à trajetória de queda iniciada em 2018. Ao mesmo tempo em que houve redução de crimes violentos letais nos últimos anos – tendo o número de homicídios reduzido cerca de 30%, de 65.602, em 2017 para 45.747, em 2023 – vivenciamos um aumento da percepção de insegurança. Na Figura 19 tem um panorama das taxas de homicídios no país em 2023 (Tabela 15) (Cerqueira, 2025).

Na década passada o Brasil despertou para a necessidade de mudar a forma de fazer segurança pública, de uma maneira inercial, baseada no imprevisto e centrada meramente no policiamento ostensivo, para um paradigma baseado em planejamento e boa gestão orientada por resultados e pelas evidências quanto ao que funciona (Cerqueira, 2025).

Em 2022, Roraima ocupou a 12 posição no ranking nacional. Na escala subnacional, o estado mais violento do país em 2022 foi o Amapá, com taxa de MVI de 50,6 por 100 mil habitantes, mais do que o dobro da média nacional. A Taxa de MVI nas cidades da Amazônia legal é 54% superior ao resto do país, 425 cidades possuem taxa superior à média nacional (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023) (Figura 16).

Figura 15. Brasil: Taxa de homicídios registrados por 100 mil habitantes por UF, 2023

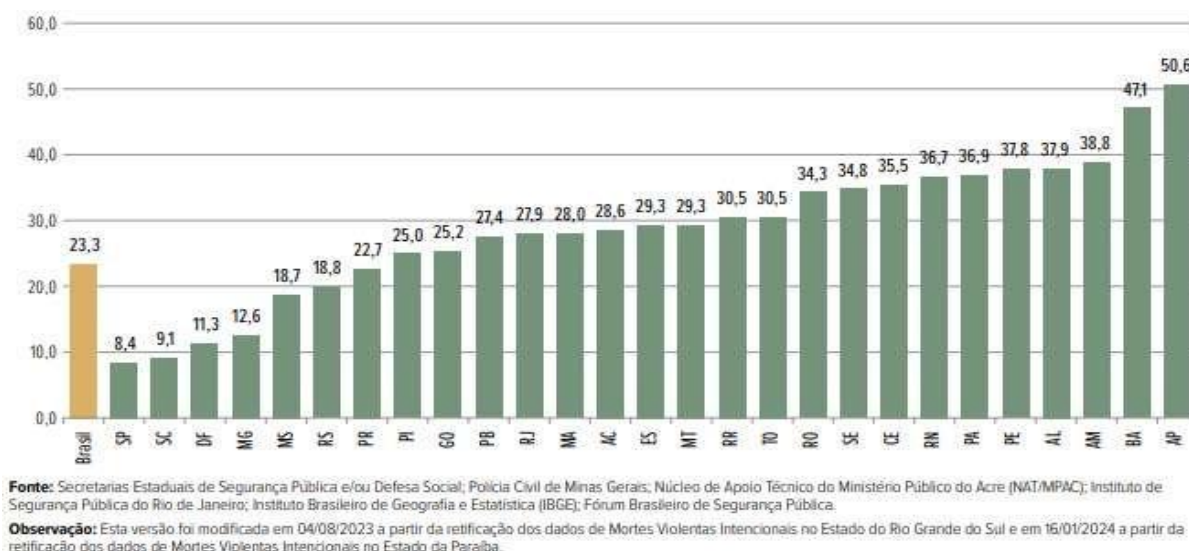


Fonte: Cerqueira, 2025.

Até 2016 não havia registro de homicídios envolvendo venezuelanos no estado, desde 2017, com a intensificação da imigração, houve um aumento, gradual, no percentual de homicídios na população venezuelana: em 2017 (2,4%), em 2018 (5,8%), 2019 (9,9%), 2020 (11,9%), 2021 (24,7%), 2022 (24,9%) e 2023 (21,7%). Segundo a Folha Web (2023) a guerra do tráfico, que assola a região, é apontada como uma das principais causas desse aumento na violência. Facções criminosas brasileiras e venezuelanas disputam território em Roraima, transformando a vida cotidiana em um campo de batalha.

Em 2024, observou-se um predomínio de homicídios no sexo masculino, representando 76,3% dos óbitos, com uma razão de 3,2 homens para cada mulher vítima de homicídio indica uma disparidade significativa na violência letal por gênero. Esse predomínio masculino foi observado em quase todas as faixas etárias, com exceção dos menores de 1 ano e das pessoas entre 15 e 19 anos, onde houve maior incidência de homicídios em mulheres (Tabela 31).

Figura 16. Taxa de mortes violentas intencionais por Unidade da Federação, Brasil, 2022



A alta taxa de homicídios em homens em comparação com mulheres é um padrão observado em diversas regiões e contextos. Essa disparidade é um fenômeno global, com homens sendo mais frequentemente vítimas de homicídio do que mulheres, especialmente em faixas etárias mais jovens. Já a inversão no predomínio de gênero em menores de 1 ano e na faixa etária de 15 a 19 anos pode estar relacionada a fatores específicos de violência contra crianças e adolescentes, bem como à violência de gênero e seus impactos específicos nessa faixa etária. É importante buscar entender melhor as causas e tendências dessa violência letal, buscando identificar padrões e fatores de risco que possam auxiliar na formulação de políticas públicas mais eficazes para a prevenção da violência.

Foi observado no estudo de Benedetti et al (2024) altas taxas de homicídios no sexo masculino e a tendência temporal de aumento na última década. Apesar de alta, é possível que as taxas estejam subestimadas, pois não foram incluídos neste estudo as Mortes Violentas com Causa Indeterminada, ou seja, as mortes violentas em que o Estado foi incapaz de identificar a motivação que gerou o óbito. As Mortes Violentas com Causa Indeterminada representaram 7,5% do total de óbitos por causas externas em Roraima no período do estudo. O elevado índice pode interferir na redução da taxa de homicídios e contribuir para a persistência desta, afetando negativamente o desenvolvimento de políticas públicas.

Figura 31. Número e percentual de óbitos por agressões/homicídios segundo faixa etária e sexo de residentes em Roraima, 2024

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 01a	2	1,6	15	37,5	17	10,1
01-04a	1	0,8	0	0,0	1	0,6
05-09a	1	0,8	0	0,0	1	0,6
10-14a	1	0,8	0	0,0	1	0,6
15-19a	2	1,6	5	12,5	7	4,1
20-29a	47	36,4	6	15,0	53	31,4
30-39a	26	20,2	7	17,5	33	19,5
40-49a	19	14,7	2	5,0	21	12,4
50-59a	14	10,9	2	5,0	16	9,5
60-69a	10	7,8	2	5,0	12	7,1
70-79a	4	3,1	0	0,0	4	2,4
80 e+	2	1,6	1	2,5	3	1,8
Total	129	100,0	40	100,0	169	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Altas taxas de homicídios no sexo masculino também foram encontradas por Benedetti et al. (2018), onde os homens tiveram 5,9 vezes mais risco de morrer que as mulheres. Esses achados corroboram com o estudo de Malta et al. (2017), que demonstram que as mortes de homens por violência no Brasil são 9,2 vezes maiores do que as mortes em mulheres (Benedetti et al., 2024).

Entre as mulheres as taxas de homicídios se comportaram com tendência temporal de crescimento linear. Em 2020, foi 2,7 vezes maior que a taxa média nacional, de 4,0 em 2018, e 4,7 vezes superior à média mundial de 2,3 mortes para cada 100 mil mulheres de 2017. Benedetti e Rodrigues (2020) mostram que a taxa de homicídio de mulheres no estado, em 2018, foi 4,7 vezes maior que a taxa média nacional, e 8,2 vezes superior à média mundial em 2017. Para Beauvoir (2009), a superação dessa situação passa pelo desenvolvimento da autonomia da mulher e pela conquista de sua liberdade econômica (Benedetti et al., 2024).

Houve predomínio de homicídios em jovens (20 a 29 anos) com 31,4% dos óbitos, e de fato, as principais causas de mortes de indivíduos com idade entre 10 a 24 anos são as agressões, os suicídios e os acidentes de transporte (Benedetti et al., 2024).

Os números chocam: 11,9% dos homicídios em 2024 foram em menores de 15 anos, destes 10,1% em menores de 1 ano, e todos em indígenas, foi utilizado arma

de fogo em 15% dos óbitos, força física corporal em 5% e em 85% foram agressões por meio não especificado na declaração de óbito.

Essa realidade acende holofotes para a reflexão sobre o tipo de violência a que essas crianças e adolescentes estão expostos e onde ela ocorre. Os estudos mostram que as crianças de até 9 anos frequentemente sofrem violência dentro de suas casas, perpetrada por pessoas conhecidas, muitas vezes familiares. As mortes de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, o palco se desloca para a violência urbana, a arma de fogo passa a ser o principal instrumento utilizado nos crimes e o local das ocorrências de violência letal muda significativamente, saindo do ambiente doméstico em direção à via pública.

Entre os menores de nove anos as taxas de homicídios apresentaram uma tendência de crescimento linear e com predomínio de mortes em menores de um ano de idade. No estudo de Benedetti et al. (2018), entre os anos de 2006 e 2015, 11,0% das mortes em menores de um ano foram por causas externas, e 84,6% dessas mortes por agressão, destas 93,0% no período perinatal precoce, e 98,7% ocorreram em crianças indígenas. Feitosa et al. (2010) alertam para a possibilidade desse fato estar relacionado a questões culturais indígenas, nas quais não são incomuns a prática de infanticídio (Benedetti et al., 2024).

Entre 2021 e 2023, o Brasil registrou morte violenta intencional de pelo menos 15.101 crianças e adolescentes, com média de 13,5 mortes por dia somente em 2023. Jovens negros do sexo masculino perfazem a maior quantidade das vítimas. A faixa dos 15 a 19 anos é a mais vitimada. Garotos somam 92,4% das mortes, contra 7,6% das meninas. E 83,6% dos jovens mortos são da raça negra, contra 16% da raça branca. Embora tenha havido uma redução de 7,7% no número geral dessas mortes entre crianças e adolescentes de 2022 para 2023, essa diminuição não se distribui de forma homogênea entre as diferentes faixas etárias. Enquanto as faixas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos mostraram uma redução de 1,9% e 8,8%, respectivamente, as crianças mais novas, especialmente aquelas de 0 a 4 anos, sofreram um aumento preocupante de 19,2% no número (Sá, 2024).

As taxas de homicídios entre adolescentes (10 a 19 anos) e jovens (20 a 29 anos) apresentaram tendência temporal de aumento na última década. Em 2020, as taxas de adolescentes e jovens são, respectivamente, 3,4 e 5,1 vezes maiores que o nível epidêmico da OMS e similares à taxa do país para jovens de 15 a 29 anos, de 60,4 a cada 100 mil (Cerqueira et al., 2020), e refletem a alta vulnerabilidade dessa

população a violência. A violência é a principal causa de morbimortalidade na população jovem no Brasil, sobretudo em jovens negros, do sexo masculino, moradores das periferias de áreas metropolitanas dos centros urbanos (Waiselfisz, 2014). O homicídio de jovens representa uma grave violação aos direitos humanos e a violência leva a um inesgotável potencial de talentos perdidos para o desenvolvimento do país (Benedetti et al., 2024).

A violência não fatal contra crianças e adolescentes também é um grave problema de saúde e segurança pública em Roraima. O estado tem maior taxa de estupro de mulheres e meninas do Brasil, o índice é de 193,8, quase três vezes maior que a média nacional de 69,3. Os dados são 18º Anuário de Segurança Pública, divulgado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Segundo o anuário, 613 meninas e mulheres foram estupradas em 2023, uma média de 1,6 casos por dia. O número é menor do que o registrado em 2022, quando foram 704 casos, mas ainda deixa o estado em alerta. Além da maior taxa de estupro de meninas e mulheres, Roraima tem a maior taxa de estupro geral, ou seja, que também inclui meninos. No ano passado, foram 112,5 estupros para cada 100 mil habitantes (G1, 2024).

Dados do Roraima em Tempo (2023) mostram que em 2023 foram registrados quase 300 casos de estupro entre janeiro e julho, um caso por dia; em 2022, foram 567 casos, uma média de dois casos por dia; e em 2021, 429 casos envolvendo os crimes cometidos contra crianças ou adolescentes até 14 anos. O aumento dos registros pode ter ligação com campanhas de conscientização para denunciar o crime e 82% dos casos apontam que quem comete os abusos ou tem um grau de parentesco com a vítima ou então é amigo dos familiares.

A atenção aos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes tem aumentado em todo o mundo. As consequências são nefastas nas vidas de suas vítimas e sua relativa frequência têm transformado este problema numa importante questão de saúde pública. Embora seja difícil a quantificação, porque nem todos os casos chegam ao conhecimento das autoridades, algumas estimativas sugerem que anualmente pelo menos 0,1% das crianças e adolescentes sofre alguma forma de abuso sexual. As crianças e adolescentes vitimados apresentam quase sempre importantes alterações de comportamento. São comuns condutas sexuais inadequadas e exageradas para a idade, ansiedade, queixas de sintomas físicos, baixa autoestima, medos, depressão, tentativas de suicídio, problemas de sono,

comportamento agressivo, baixo desempenho escolar, problemas alimentares e uso de drogas (Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 2007).

Na população adulta, as taxas de homicídios também apresentaram tendência temporal de aumento na última década e foram 3,6 vezes superiores ao nível epidêmico da OMS e 1,7 vez superior à taxa média do país em 2019 (Benedetti et al., 2024).

Em 2024, 11,9% dos homicídios ocorreram em pessoas idosas (≥ 60 anos). De fato, observa-se um aumento nas denúncias de violência contra pessoas idosas na imprensa em geral e nas mídias sociais, incluindo homicídios, mas a maioria das denúncias se refere a outras formas de violência, como maus-tratos, negligência e abusos financeiros. O aumento nas denúncias pode ser atribuído a maior conscientização sobre o tema e à existência de canais de denúncia mais acessíveis.

As taxas de homicídios em idosos não tiveram evidência de tendência, porém foram 2,5 vezes superiores ao nível epidêmico da OMS e 1,1 vez superior à taxa média do país em 2019. Os dados demonstram que a violência é uma importante causa de morte em todas as idades e não poupa os idosos. Esse achado é peculiar ao estado, e em estudos de abrangência nacional os homicídios perdem a importância para outras causas externas, como quedas e acidente de transporte (Benedetti et al., 2024).

As causas externas têm apresentado comportamento ascendente em todos os grupos etários no Brasil, sobretudo, na população idosa. Os acidentes de trânsito, as outras causas externas de lesões acidentais e as agressões foram as principais causas de óbitos nessa população. O grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais foi o que mais vitimou idosos por causas externas. Dentro desse grupo encontram-se as quedas que se configuraram como a segunda causa mais importante de óbitos por causas externas em pessoas idosas, principalmente entre os indivíduos com mais de 80 anos, sendo a população feminina nessa faixa etária a mais acometida. Tal feito justifica-se por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, como polifarmácia, iatrogenias, declínio da capacidade funcional que favorecem a ocorrência de pequenas lesões, fraturas, traumatismos cranianos e fraturas de quadril (Dias et al., 2024).

Roraima é o estado da Amazônia Legal com a maior taxa de mortes violentas de indígenas, segundo aponta um estudo divulgado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública com base em dados de 2021. No ano, foram 46 indígenas

assassinados de forma violenta, uma taxa de 47,3 por 100 mil habitantes. Em segundo colocado, o Tocantins, que registrou 15 mortes de indígenas para cada 100 mil. O terceiro lugar é ocupado pelo Maranhão, com uma taxa de 14,2 mortes de indígenas para cada 100 mil (G1, 2023a).

Em 2022, a violência contra povos indígenas no Brasil cresceu. Esse é o destaque do relatório Violência Contra os Povos Indígenas do Brasil, do Conselho Indigenista Missionário. Roraima foi o estado que concentrou mais assassinatos, respondendo por 41. Mato Grosso do Sul vem logo atrás, com 38, seguido pelo Amazonas, com 30. Tal tendência já podia ser constatada nos anos anteriores de análise (Revista Galileu, 2023).

Os acidentes de transporte ocuparam a segunda posição entre as mortes por causas externas e esse tipo de acidente tem um impacto significativo na sociedade, tanto em termos de custos econômicos quanto humanos. Todos os anos, milhões de pessoas são feridas ou mortas em acidentes de trânsito em todo o mundo, tornando-se um problema urgente de saúde pública e segurança.

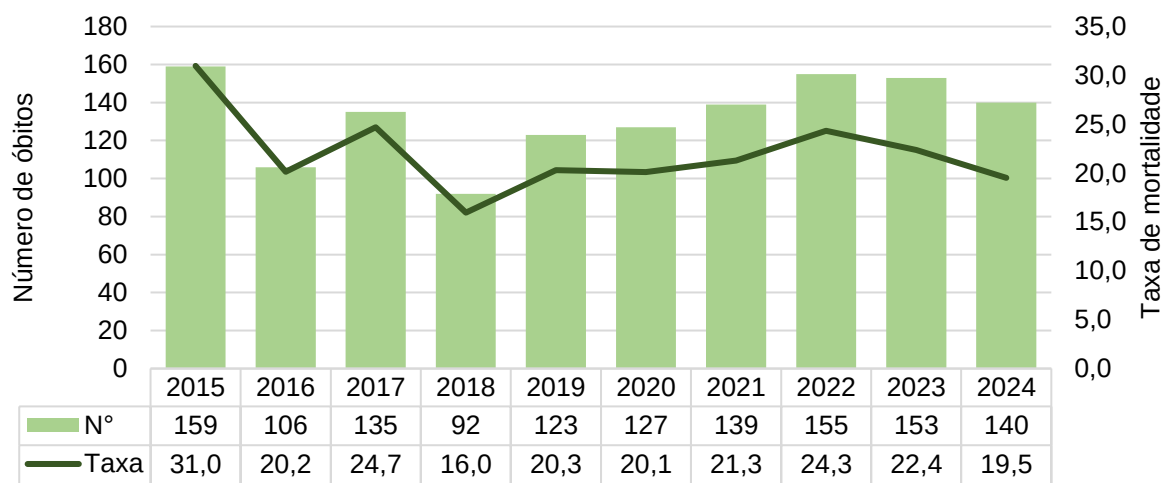
Em 2024, os acidentes de transporte representaram 25,3% das mortes por causas externas, e sua taxa foi de 19,5 mortes por 100 mil habitantes. Nos últimos 10 anos, a taxa de mortalidade diminuiu 37,1%, mas a tendência temporal teve dois picos, um em 2017 e outro em 2022 e desde então a taxa está em declínio. Não foram encontrados dados específicos sobre o pico em 2017, mas é possível que outros fatores como o aumento da frota de veículos e o comportamento de risco dos motoristas tenham contribuído para o aumento da taxa de mortalidade (Figura 17).

Apesar do aumento na taxa em 2022, houve uma redução de 39% nos acidentes com vítimas fatais em Boa Vista com a intensificação das ações de fiscalização do Departamento Estadual de Trânsito de Roraima (Detran) (Roraima, 2023). Em 2023, o estado apresentou redução de 37% no número de acidentes e de 27% no número de feridos em sinistros de trânsito nas rodovias federais do Estado (Roraima, 2024).

No Brasil, em 2019, a taxa foi de 16,1 óbitos por 100 mil habitantes (Centro de Liderança Pública, 2024). Em 2020, as lesões de trânsito foram responsáveis por mais de 190 mil internações nos hospitais do SUS e hospitais conveniados, destas 61,6% eram de motociclistas. Em relação à mortalidade foi a primeira causa na faixa de 5 a 14 anos, e a segunda nas faixas de 15 a 39 anos, no total de 32.716 óbitos, destes 36,7% eram motociclistas (Estado de Minas Gerais, 2024). Segundo o Ipea (Instituto

de Pesquisa Econômica Aplicada), em dados divulgados em agosto de 2023, a taxa de mortalidade no trânsito brasileiro aumentou 2,3%, com mais de 390 mil óbitos em acidentes com meios de transporte terrestres (Unileste, 2024).

Figura 17. Número e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por acidentes de transporte, residentes em Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, o sexo masculino concentrou 81,1% dos óbitos por acidentes de transporte no estado (Tabela 32). Esses dados estão de acordo com diversos estudos e dados estatísticos, onde o sexo masculino concentra a maior parte dos óbitos por acidentes de transporte, com uma porcentagem que frequentemente ultrapassa os 80%. Por exemplo, um estudo do Santos e Saraiva (2024) mostrou que em 2022 no país, 83% das vítimas fatais em acidentes de trânsito eram homens. Essa concentração de óbitos masculinos é observada em diferentes tipos de acidentes de transporte, como aqueles envolvendo motociclistas e ciclistas, onde a porcentagem pode chegar a mais de 90%.

Os fatores que podem contribuir para essa realidade incluem o fato de que os homens tendem a apresentar um comportamento mais arriscado no trânsito, como excesso de velocidade, consumo de álcool e direção sem cinto de segurança, o que aumenta as chances de acidentes e estão mais envolvidos em atividades que os expõem a riscos de acidentes, como o trabalho em atividades de transporte e a condução de motocicletas, que são mais vulneráveis em caso de colisões. Além disso, alguns estereótipos de gênero podem levar a comportamentos que aumentam os

riscos no trânsito, como a crença na invencibilidade e na necessidade de demonstrar masculinidade através de atitudes arriscadas.

Figura 32. Número e percentual de óbitos por acidentes de transporte segundo faixa etária e sexo de residentes em Roraima, 2024

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 01a	1	0,9	0	0,0	1	0,7
01-04a	0	0,0	1	3,7	1	0,7
05-09a	1	0,9	1	3,7	2	1,4
15-19a	1	0,9	2	7,4	3	2,1
20-29a	26	22,4	2	7,4	28	19,6
30-39a	34	29,3	9	33,3	43	30,1
40-49a	22	19,0	6	22,2	28	19,6
50-59a	15	12,9	3	11,1	18	12,6
60-69a	11	9,5	2	7,4	13	9,1
70-79a	4	3,4	1	3,7	5	3,5
80 e+	1	0,9	0	0,0	1	0,7
Total	116	100,0	27	100,0	143	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A faixa etária de 30 a 39 anos concentrou o maior percentual de óbitos por acidentes de transporte tanto no sexo masculino como no feminino no estado, entretanto, estudos mostram que a faixa etária de 18 a 29 anos é a que apresenta maior número de óbitos por essa causa, especialmente entre os homens. É importante ressaltar que a segurança no trânsito é um problema que afeta todas as faixas etárias, e medidas de conscientização e prevenção são necessárias para reduzir o número de vítimas.

Em 2024, 6,3% (n=9) dos acidentes por transporte envolveram pedestres. No período de 2014 a 2023, o número de acidentes com pedestres diminuiu 78,3% passando de 23 acidentes em 2014 para cinco em 2023. Os pedestres são os usuários mais vulneráveis das vias, devido à fragilidade do corpo humano para absorver impactos e à alta severidade e letalidade dos atropelamentos. No Brasil, os óbitos por atropelamento respondem pela maior parte das mortes de trânsito em pessoas idosas (mais de 70 anos), cerca de metade das mortes de trânsito nesta faixa são atropelamentos (Estado de Minas Gerais, 2024).

Em 2024, 8,4% (n=12) dos acidentes por transporte envolveram ciclistas, nos últimos 10 anos ocorreram 81 acidentes. No Brasil, esses usuários representaram

4,5% do total de vítimas. Observa-se um maior uso desse modo de transporte pela população brasileira nos últimos anos, ainda em um momento de adequação de infraestruturas. Assim como para os pedestres, destaca-se a vulnerabilidade desses usuários (Estado de Minas Gerais, 2024).

As estatísticas revelam um cenário preocupante em relação às motocicletas, no estado, representando 37,8% dos casos fatais registrados em 2024, dado similar ao nacional.

Nos últimos 10 anos, as mortes nesse tipo de veículo totalizaram 490 óbitos e reduziram 28% entre 2015 (75 óbitos) e 2024 (54 óbitos). O estudo do Ipea aponta imprudência, excesso de velocidade e uso de álcool como os principais fatores que contribuem para esses acidentes (Unileste, 2024). Em Roraima, de janeiro a outubro de 2023, o número de multas por embriagues no volante cresceu 30,3% e a recusa de realização do teste do bafômetro aumentou 22% em comparação com o ano passado (Roraima em Foco, 2023).

Nos ODS da ONU, a meta 3.6, é de reduzir pela metade as mortes e lesões em todo o mundo por acidentes de trânsito até 2020. Apesar da OMS e a ONU ter um papel crucial na promoção e acompanhamento dessa meta, trabalhando em conjunto com os países membros para implementar planos de ação e estratégias para a segurança no trânsito a meta de reduzir pela metade as mortes e lesões no trânsito até 2020, a meta não foi alcançada em nível global. Isso levou a ONU a proclamar uma Segunda Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2021-2030), com a mesma meta de redução pela metade até 2030.

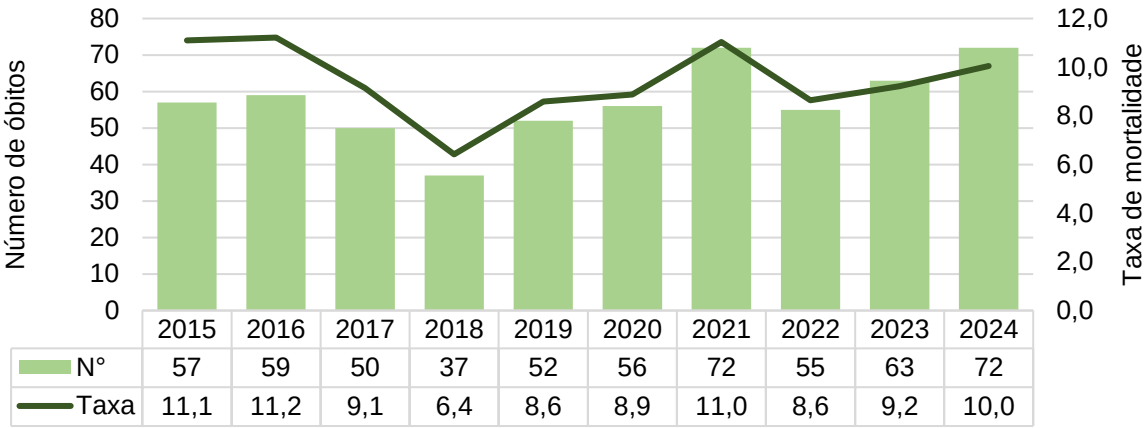
Para tanto, o Brasil instituiu o Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS) para alinhar suas ações com as diretrizes da ONU e buscar a redução de acidentes. O PNATRANS, em sua revisão mais recente, estabeleceu a meta de reduzir à metade o índice nacional de mortos por grupo de habitantes entre 2020 e 2030 (Estado de Minas Gerais, 2024).

Segundo dados do IBGE o número de veículos aumentou 1,5 vezes nos últimos 10 anos, em 2015 eram 191.053 veículos, e em 2024, 289.075 veículos. Em relação a população, há 2,5 habitantes por veículos no estado (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025). O aumento da frota de veículos é frequentemente apontado como um dos fatores que contribuem para o aumento dos acidentes de trânsito. Mais veículos nas ruas significam maior densidade de tráfego, o que pode levar a mais colisões e outros incidentes. Além disso, o aumento da frota pode estar

associado a outros problemas, como o aumento da poluição, congestionamentos e maior pressão sobre a infraestrutura viária.

As lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídios ocuparam a terceira posição, representaram 13% das mortes por causas externas. Na última década, o número de mortes por suicídios aumentou 26,3%, e portanto, estamos diante de um problema de saúde pública que exige atenção dos governos e a conscientização da sociedade (Figura 18).

Figura 18. Número e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídios, residentes em Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A taxa de mortalidade por suicídio em 2024 foi de 10/100 mil habitantes, superior à taxa média nacional de 8/100 mil habitantes em 2022. Apesar da redução de 36% no número de suicídios em escala global, as Américas fizeram o caminho inverso. No período entre os anos 2000 e 2019, a região teve aumento de 17% nos casos. Nesse período, o número de casos no Brasil subiu 43% (Sebastião, 2024), em 2022 a taxa de suicídio teve uma elevação de 11,8% em relação a 2021, que registrou 7,2 por 100 mil habitantes. A grande preocupação é que os índices de suicídio seguem uma tendência de crescimento desde 2010 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

Houve predomínio de mortes no sexo masculino em 79,2% das mortes por suicídios. No Brasil, o número de óbitos por suicídio entre os homens é quase quatro vezes superior ao das mulheres. De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, divulgado em 2017, entre 2011 e 2016, houve 62.804 mortes por autoextermínio no país. Desse total, 21% eram mulheres e 79% homens (Tabela 33).

Em 2024, o suicídio acometeu desde adolescentes até idosos, mas a faixa etária de 30 a 39 anos teve o maior percentual de ocorrência. O número de suicídios em menores de 19 anos aumentou 2,8 vezes entre 2023 (6 óbitos) e 2024 (17 óbitos). A taxa de suicídio entre jovens cresceu 6% ao ano no Brasil entre os anos de 2011 e 2022 (Sebastião, 2024).

Tabela 33. Número e percentual de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídios segundo a faixa etária e sexo, residentes em Roraima, 2024

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 10 anos	0	0	0	0	0	0
10-14a	2	3,5	1	6,7	3	4,2
15-19a	10	17,5	4	26,7	14	19,4
20-29a	14	24,6	2	13,3	16	22,2
30-39a	15	26,3	6	40,0	21	29,2
40-49a	9	15,8	1	6,7	10	13,9
50-59a	3	5,3	1	6,7	4	5,6
60-69a	3	5,3	0	0,0	3	4,2
70-79a	1	1,8	0	0,0	1	1,4
Total	57	100,0	15	100,0	72	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, 50% dos suicídios ocorreram na raça/cor parda (36/72) e 37,5% (27/36) na indígena. Em todo o país, entre os anos de 2021 a 2023, foram registrados 535 casos de suicídios entre indígenas, o estado do Amazonas lidera o número de suicídios em indígenas seguido do Mato grosso do Sul e Roraima. Juntos, os três estados somaram 74% do total registrado no país (G1, 2023b). Em 2023, o suicídio entre indígenas no Brasil cresceu 56% em comparação com 2022. Além dos assassinatos, a mortalidade infantil também aumentou, com 1.040 crianças menores de quatro anos morreram em 2023 de gripe, pneumonia, diarreia ou infecções intestinais e desnutrição, particularmente nos estados de Roraima e Amazonas, na fronteira com a Venezuela. O número é 24,5% superior ao de 2022, quando foi de 835 mortes. A falta de assistência médica também levou à morte de 111 indígenas no total no ano passado, afirma ainda o estudo, quase o triplo de 2022, que registrou 40 óbitos com esta causa (Weekly, 2024).

8.5.3 Mortalidade por neoplasias

O câncer é uma preocupação global de saúde pública. Em Roraima as mortes por neoplasias ocuparam o terceiro lugar no grupo de causa de morte em 2024 e representaram 16,5% de todas as mortes. Nos últimos 10 anos, houve um aumento significativo tanto no número de óbitos por neoplasias quanto na taxa de mortalidade. O número de óbitos por neoplasias cresceu 89,2%, enquanto a taxa de mortalidade aumentou 35,5%. O aumento no número indica um crescimento expressivo na quantidade de pessoas que falecem devido a essa causa e o aumento na taxa significa que a probabilidade de uma pessoa morrer por neoplasias aumentou nesse período.

Tabela 34. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por neoplasias, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024

Ano	Nº de óbitos	População residente	Neoplasias		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	450.479	218	12,5	48,4
2015	2.219	513.328	278	12,5	54,2
2016	2.293	525.967	283	12,3	53,8
2017	2.595	546.885	360	13,9	65,8
2018	2.930	576.568	380	13,0	65,9
2019	2.987	605.761	419	14,0	69,2
2020	3.770	631.181	406	10,8	64,3
2021	4.463	652.713	426	9,5	65,3
2022	3.391	636.707	455	13,4	71,5
2023	3.475	683.769	487	14,0	71,2
2024	3.194	716.793	526	16,5	73,4

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2023.

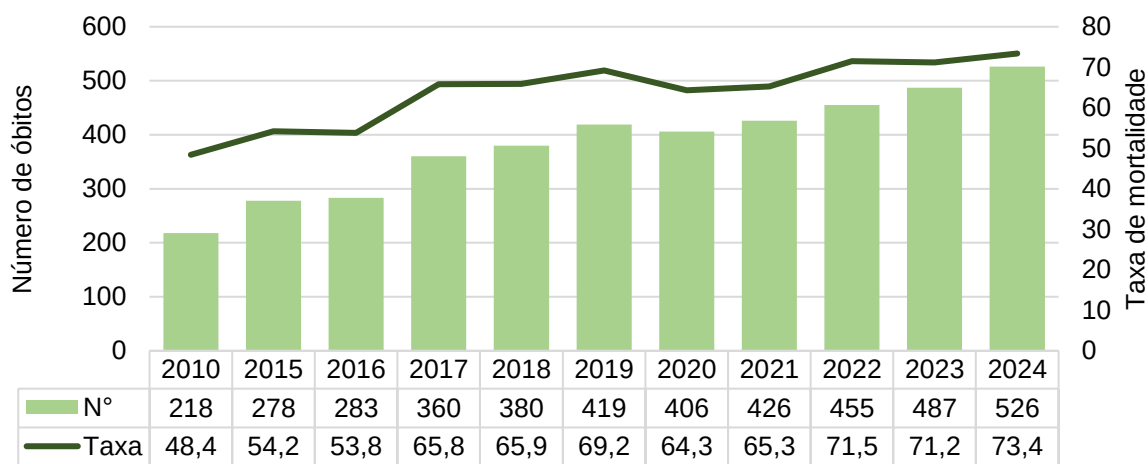
O aumento pode ser atribuído a diversos fatores, como o envelhecimento da população, o aumento da exposição a fatores de risco (como tabagismo, má alimentação e sedentarismo), e avanços no diagnóstico e tratamento. O diagnóstico precoce de neoplasias é fundamental para aumentar as chances de sucesso no tratamento e reduzir a mortalidade. Portanto, é importante implementar ações de prevenção para reduzir a incidência de neoplasias, como campanhas de

conscientização sobre fatores de risco, programas de rastreamento e incentivo a hábitos saudáveis.

No Brasil, as neoplasias foram a segunda causa de morte em 2018 (Brasil, 2018b). No relatório do Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre 2020-2022, foram registrados 625 mil novos casos a cada ano (G1, 2022). No mundo, em 2020, ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer (18,1 milhões, se forem excluídos os casos de câncer de pele não melanoma). Um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (Instituto Nacional de Câncer, 2022a).

Na Tabela 34 e Figura 19 evidenciamos uma tendência crescente no número e taxa de mortalidade por neoplasias no estado e a explicação para este crescimento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. A redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeada pelo processo global de industrialização, tem reflexos importantes no perfil epidemiológico nas populações. As alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade, indicam o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer.

Figura 19. Número e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes), de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

As neoplasias mais prevalentes em 2024 foram: a neoplasia da mama com 10,5% dos óbitos, seguido da neoplasia de colo do útero com 8,2%, das neoplasias da

traqueia, brônquios e pulmões com 7,4%, das neoplasias do colo, reto e anus com 6,8%, e da neoplasia do estômago com 5,9%. O “restante de neoplasias” (não especificadas) representaram 20,7%. A falta de especificação da neoplasia demonstra incapacidade de determinar o tipo específico de célula ou tecido afetado. Conhecer o tipo de neoplasia permite o desenvolvimento de políticas públicas eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, além de auxiliar no planejamento de recursos e na alocação de serviços de saúde (Tabela 35 e Figura 20).

Tabela 35. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) de neoplasias por causas básicas da CID-10, de residentes em Roraima, 2024

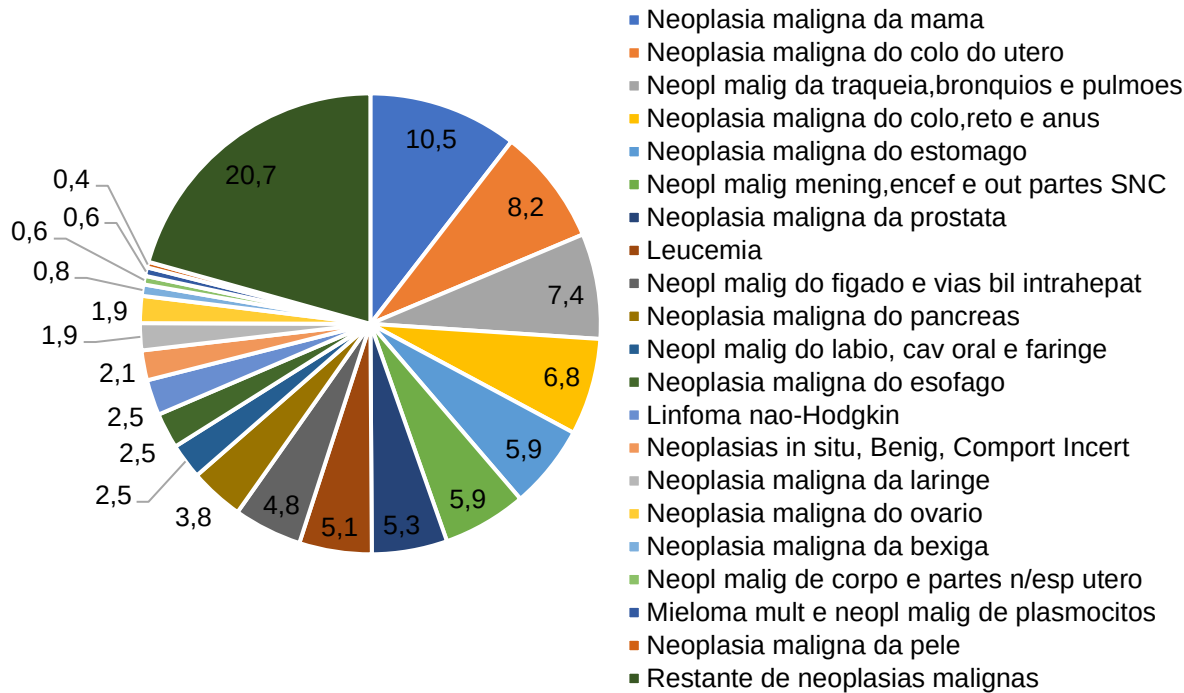
CID10 Causa básica (CID10 BR)	N	%	Taxa
Neoplasia maligna da mama	55	10,5	7,7
Neoplasia maligna do colo do utero	43	8,2	6,0
Neopl malig da traqueia, bronquios e pulmoes	39	7,4	5,4
Neoplasia maligna do colo,reto e anus	36	6,8	5,0
Neoplasia maligna do estomago	31	5,9	4,3
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	31	5,9	4,3
Neoplasia maligna da prostata	28	5,3	3,9
Leucemia	27	5,1	3,8
Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	25	4,8	3,5
Neoplasia maligna do pancreas	20	3,8	2,8
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	13	2,5	1,8
Neoplasia maligna do esofago	13	2,5	1,8
Linfoma nao-Hodgkin	13	2,5	1,8
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	11	2,1	1,5
Neoplasia maligna da laringe	10	1,9	1,4
Neoplasia maligna do ovario	10	1,9	1,4
Neoplasia maligna da bexiga	4	0,8	0,6
Neopl malig de corpo e partes n/esp utero	3	0,6	0,4
Mieloma mult e neopl malig de plasmocitos	3	0,6	0,4
Neoplasia maligna da pele	2	0,4	0,3
Restante de neoplasias malignas	109	20,7	15,2
Total	526	73,4	73,4

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Com base nos dados mais recentes da Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil, fornecida pelo INCA o câncer de pele não melanoma é o mais incidente no Brasil, representando 31,3% dos casos. Em seguida, encontra-se o câncer de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%) (Camed Brasil, 2024).

No mundo, o câncer de mama feminina é o mais incidente, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, seguido pelo câncer de pulmão, com 2,2 milhões (11,4%); cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); próstata, com 1,4 milhão (7,3%); e pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de casos novos (Instituto Nacional de Câncer, 2022a).

Figura 20. Percentual de óbitos de neoplasias por causas básicas da CID-10, de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, embora as neoplasias tenham sido a principal causa de morte em mulheres (50,2%), de forma geral, a maioria das causas de morte continuou a predominar no sexo masculino (Tabela 36). Na Figura 21 a distribuição desses óbitos por sexo está claramente demonstrado.

O INCA estimou cerca de 704 mil novos casos de câncer no Brasil em 2024, com uma leve predominância de casos novos no sexo feminino (50,5%) em relação ao masculino (49,5%) (Instituto Nacional de Câncer, 2022a). Um estudo demonstrou que, em relação aos óbitos por neoplasias, embora a incidência de casos novos seja maior em mulheres, a mortalidade é mais alta entre os homens.

O câncer de mama é o câncer mais comum em mulheres em todo o mundo. Em Roraima, ocupou a primeira posição com 10,5% na mortalidade geral. Chama a atenção o aumento do número de casos entre as mulheres mais jovens (Tabela 35).

A doença pode estar relacionada a diversos fatores, como histórico familiar, hábitos de vida (obesidade, sedentarismo, consumo de álcool), uso de hormônios e exposição à radiação. A conscientização sobre os fatores de risco, a importância do autoexame e a realização de exames de rastreamento, como a mamografia, são cruciais para a prevenção e detecção precoce da doença.

Tabela 36. Número e percentual de óbitos por neoplasias segundo a causa básica e o sexo, de residentes em Roraima, 2024

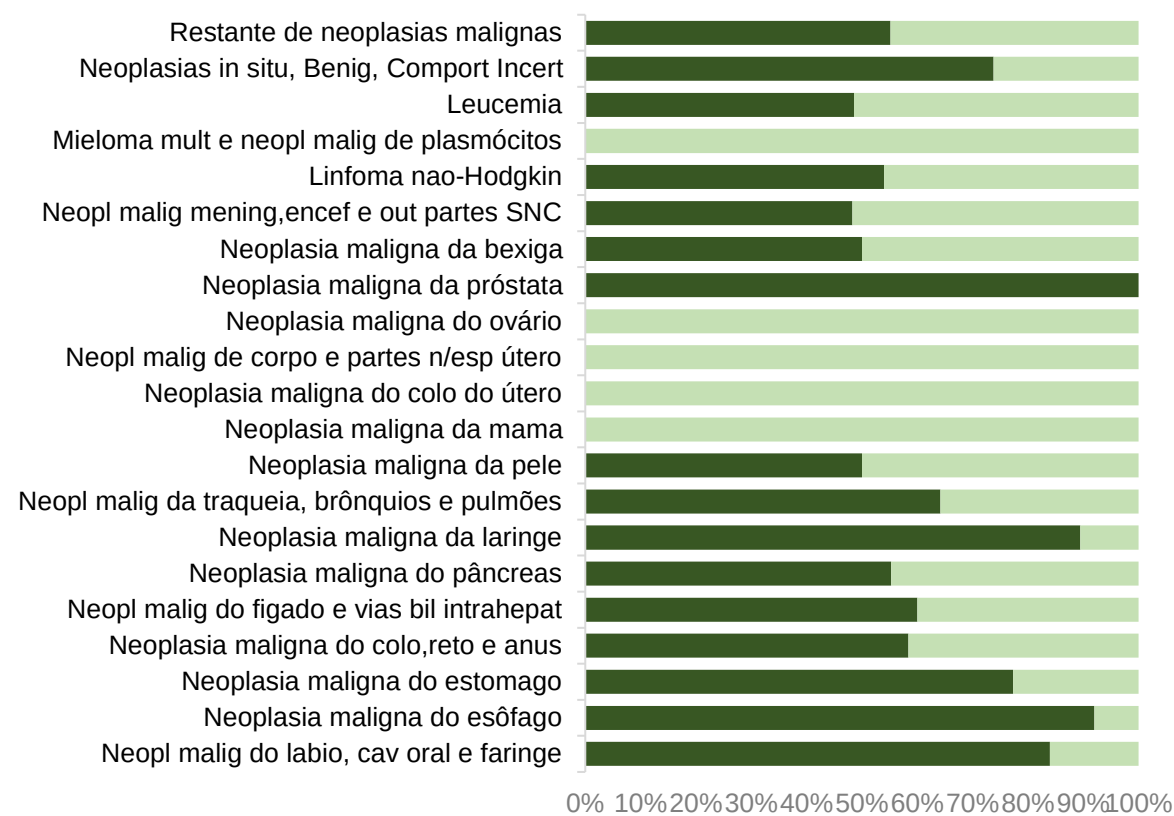
Causa básica (CID 10)	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%	
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	11	4,2	2	0,8	13
Neoplasia maligna do esôfago	12	4,6	1	0,4	13
Neoplasia maligna do estomago	24	9,2	7	2,7	31
Neoplasia maligna do colo,reto e anus	21	8,0	15	5,7	36
Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	15	5,7	10	3,8	25
Neoplasia maligna do pâncreas	11	4,2	9	3,4	20
Neoplasia maligna da laringe	9	3,4	1	0,4	10
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	25	9,5	14	5,3	39
Neoplasia maligna da pele	1	0,4	1	0,4	2
Neoplasia maligna da mama	0	0,0	55	20,8	55
Neoplasia maligna do colo do útero	0	0,0	43	16,3	43
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	0	0,0	3	1,1	3
Neoplasia maligna do ovário	0	0,0	10	3,8	10
Neoplasia maligna da próstata	28	10,7	0	0,0	28
Neoplasia maligna da bexiga	2	0,8	2	0,8	4
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	15	5,7	16	6,1	31
Linfoma nao-Hodgkin	7	2,7	6	2,3	13
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	0	0,0	3	1,1	3
Leucemia	13	5,0	14	5,3	27
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	8	3,1	3	1,1	11
Restante de neoplasias malignas	60	22,9	49	18,6	109
Total	262	100,0	264	100,0	526

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A neoplasia maligna do colo do útero ocupou a segunda posição com 8,2% dessas mortes em 2024 e a segunda posição entre as neoplasias mais incidentes em algumas regiões do Brasil, como no Norte. No entanto, essa posição pode variar de acordo com a região. Em outras regiões, como o Sudeste, ele ocupa a quinta posição. É uma doença que pode ser prevenida através da vacinação contra o Papilomavírus humano e do exame preventivo (Papanicolaou). Pelo menos 14 tipos de Papilomavírus humano podem causar câncer, destes dois tipos de HPV (16 e 18) causam 70% dos

cânceres do colo do útero e lesões pré-cancerosas. Além disso, o HPV é responsável por 75% dos casos de câncer de vagina; 93% dos casos de câncer de anus; e 69% dos casos de câncer de vulva. O diagnóstico precoce aumenta significativamente as chances de cura (Instituto Nacional de Câncer, 2022b).

Figura 21. Percentual de óbitos por neoplasias segundo a causa básica e o sexo, de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

No Brasil, é o terceiro tipo de câncer que mais mata mulheres (INCA, 2022) e 99% dos casos é causado pelo Papilomavírus humano (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023). É a principal causa de morte entre mulheres na América Latina e no Caribe. Apesar de ser evitável, a doença mata 35,7 mil mulheres a cada ano nas Américas, a maioria (80%) desses casos ocorre na América Latina e no Caribe apesar do rastreamento de lesões pré-cancerosas em mulheres, seguido de tratamento, ser uma intervenção custo-efetiva para prevenir o câncer de colo do útero (OPAS, 2024). Além disso, a vacinação contra o Papilomavírus humano pode reduzir significativamente o risco deste tipo de câncer.

Tabela 37. Número e percentual de óbitos de neoplasias por causas básicas da CID-10 e faixa etária, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	<1a		1-9a		10-19a		20-29a		30-59a		60 e +		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	0	0	0	0	0	0	1	7,7	4	1,9	8	2,8	13
Neoplasia maligna do esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,9	9	3,1	13
Neoplasia maligna do estomago	0	0	0	0	0	0	1	7,7	13	6,3	17	5,9	31
Neoplasia maligna do colo,reto e anus	0	0	0	0	0	0	1	7,7	15	7,2	20	7	36
Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	0	0	0	0	0	0	0	0	9	4,3	16	5,6	25
Neoplasia maligna do pâncreas	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4	17	5,9	20
Neoplasia maligna da laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,9	6	2,1	10
Neopl malig da traqueia,bronquios e pulmões	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3,4	32	11,1	39
Neoplasia maligna da pele	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
Neoplasia maligna da mama	0	0	0	0	0	0	0	0	34	16,3	21	7,3	55
Neoplasia maligna do colo do utero	0	0	0	0	0	0	2	15,4	30	14,4	11	3,8	43
Neopl malig de corpo e partes n/esp utero	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	2	0,7	3
Neoplasia maligna do ovário	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3,4	3	1	10
Neoplasia maligna da próstata	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	26	9,1	28
Neoplasia maligna da bexiga	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	3	1	4
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	1	100	4	40	3	42,9	1	7,7	9	4,3	13	4,5	31
Linfoma nao-Hodgkin	0	0	0	0	1	14,3	1	7,7	6	2,9	5	1,7	13
Mieloma mult e neopl malig de plasmocitos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	2	0,7	3
Leucemia	0	0	3	30	3	42,9	3	23,1	11	5,3	7	2,4	27
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	0	0	1	10	0	0	1	7,7	5	2,4	4	1,4	11
Restante de neoplasias malignas	0	0	2	20	0	0	2	15,4	40	19,2	65	22,6	109
Total	1	100	10	100	7	100	13	100	208	100	287	100	526

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda vacinar meninas e meninos, quando é mais eficaz mortalidade por neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões ocupou a terceira posição em Roraima em 2024 com 7,4% dos óbitos por neoplasias. Em cerca de 85% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco (Brasil, 2022), mas estudo recente tem indica que a poluição atmosférica causa câncer de pulmão em pessoas que nunca fumaram. De acordo com

a pesquisa, esse processo se dá pela da ativação de células pulmonares normalmente inativas, mas que abrigam mutações ligadas a neoplasias (Brooks, 2023).

Em 2019, cerca de 300.000 mil mortes por câncer de pulmão em todo o mundo foram atribuídas à exposição a partículas ambientais medindo $\leq 2,5 \mu\text{m}$ (PM_{2,5}). No Reino Unido, a poluição do ar causa cerca de 1 em cada 10 casos de câncer de pulmão. Embora a associação entre poluição do ar e câncer de pulmão seja bem conhecida, o mecanismo que explica essa ligação tem sido mais difícil de identificar (Brooks, 2023).

Houve a ocorrência de óbitos por neoplasia em todas as outras faixas etárias. A incidência de neoplasias geralmente aumenta com a idade em Roraima, 94% dos óbitos ocorreram a partir dos 30 anos e desses 54% em ocorreram em pessoas com 60 anos e mais (Tabela 37 e Figura 22). A transição epidemiológica, o prolongamento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional, e a maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos explicam esse fenômeno.

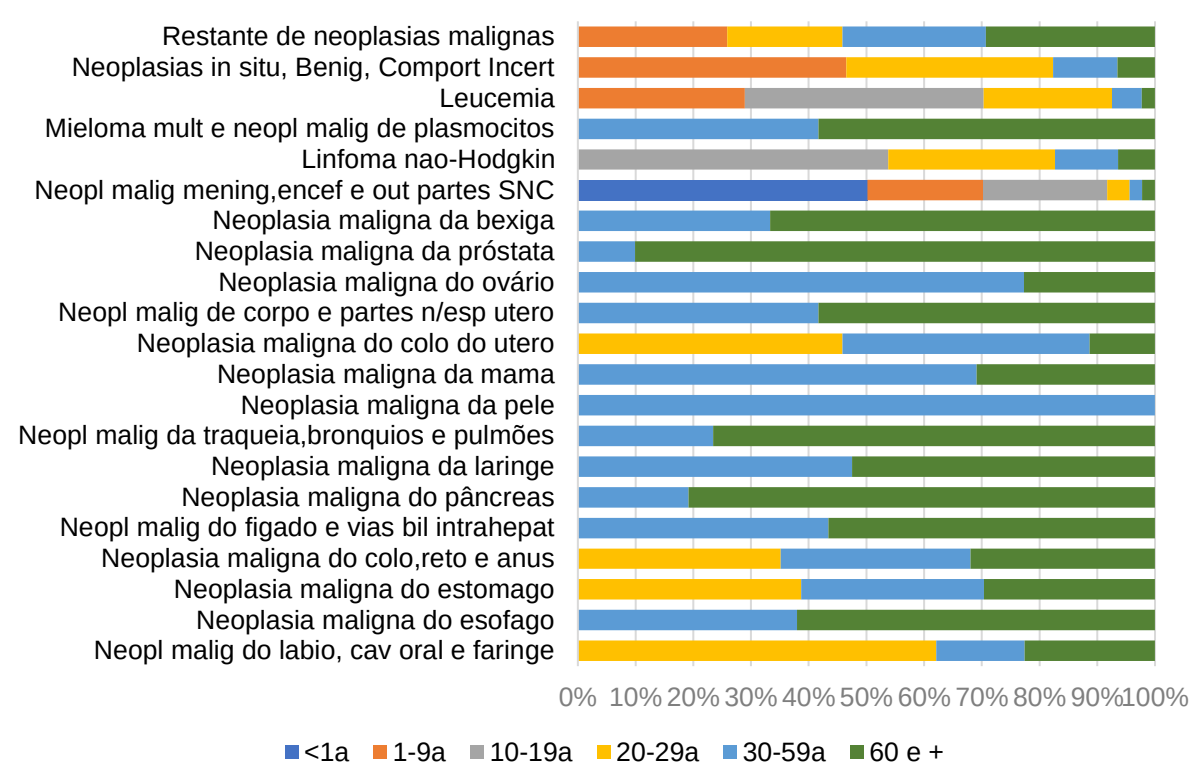
Um estudo publicado no *BMJ Oncology* mostrou que houve um aumento global de quase 80% de novos casos de câncer entre pessoas mais jovens (menos de 50 anos) nas últimas três décadas. Os autores assinalaram a dieta, o álcool e o tabaco como os principais fatores de risco subjacentes à tendência do início precoce, mas a análise foi profundamente falha pois não levou em conta o crescimento populacional e a idade. A população global aumentou 46% entre 1990 e 2019, mas os cálculos do estudo são baseados em números absolutos e não em taxas padronizadas por idade. Quando se considera o crescimento populacional, os cálculos ajustados à população indicam que a incidência global de neoplasias de início precoce aumentou apenas cerca de 6% nos últimos 30 anos, enquanto as mortes caíram 25% nesse período, de acordo com cálculos feitos pela *Medscape* utilizando os dados suplementares do estudo (Leask, 2023).

O câncer de próstata é uma das preocupações mais importantes na saúde masculina. No Brasil, é o tipo de câncer mais comum entre os homens. Em Roraima ocupou a primeira posição na mortalidade no sexo masculino. O diagnóstico precoce desempenha um papel vital na melhoria das chances de cura. Os exames de rotina são fundamentais nesse cenário, permitindo identificar a doença em estágios iniciais, o que facilita o tratamento e aumenta as possibilidades de recuperação.

Embora o risco de câncer aumente com a idade, é importante lembrar que ele pode ocorrer em qualquer faixa etária. Nos últimos anos, tem havido um aumento na

incidência de câncer em pessoas mais jovens, o que tem sido relacionado a mudanças nos hábitos de vida e fatores ambientais.

Figura 22. Percentual de óbitos por neoplasias segundo a causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

8.5.4 Mortalidade por doenças do aparelho respiratório

As doenças respiratórias constituem um conjunto diversificado de condições que afetam o sistema respiratório e que podem levar a óbito. Nessa seção serão abordados os óbitos que correspondem a CID 10 J00 a J99.

Em 2024, as doenças respiratórias foram a quarta causa de morte no estado, com 287 óbitos, e houve um aumento de 108% no número de óbitos e 30,7% na taxa de mortalidade nos últimos 10 anos (Tabela 38). O aumento na taxa de mortalidade demonstra a tendência de crescimento da gravidade dessas doenças. As doenças respiratórias crônicas como asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e outras enfermidades respiratórias crônicas podem contribuir para o aumento da mortalidade e fatores ambientais como a poluição do ar, exposição a poluentes e condições climáticas extremas podem desencadear ou agravar doenças respiratórias.

O tabagismo, sedentarismo e má alimentação são fatores que podem aumentar o risco de doenças respiratórias. Além disso, a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e a dificuldade em obter diagnóstico e tratamento adequados podem contribuir para o aumento da mortalidade. É importante a realização de estudos para investigar as causas específicas do aumento da mortalidade por doenças respiratórias e identificar as áreas mais afetadas.

Tabela 38. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024

Ano	Nº de óbitos	População residente	Doenças do aparelho respiratório		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	450.479	138	7,9	30,6
2015	2.219	513.328	178	8,0	34,7
2016	2.293	525.967	222	9,7	42,2
2017	2.595	546.885	178	6,9	32,5
2018	2.930	576.568	245	8,4	42,5
2019	2.987	605.761	238	8,0	39,3
2020	3.770	631.181	233	6,2	36,9
2021	4.463	652.713	261	5,8	40,0
2022	3.391	636.707	319	9,4	50,1
2023	3.475	683.769	355	10,2	51,9
2024	3.194	716.793	287	9,0	40,0

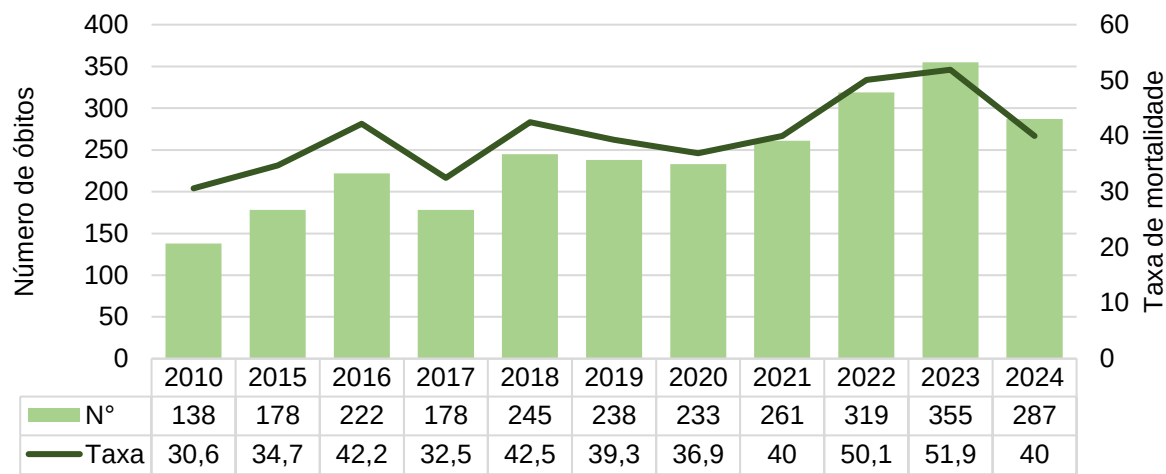
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2023.

A taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório apresentou uma curva crescente entre 2020 e 2023, apesar de que no período da pandemia de Covid-19 o governo federal, estadual, municipal e mídia em geral estimularam a população a adotar comportamentos de isolamento social, utilização de máscara e uso de álcool em gel, além da etiqueta respiratória, esses comportamentos objetivam a diminuição da propagação de vírus respiratórios entre as pessoas (Figura 23).

Entre 2023 e 2024, a taxa diminuiu 22,9% e embora as causas não foram estudadas a combinação de avanços médicos, programas de saúde pública eficazes e melhorias nas condições de vida tem levado a uma redução significativa na taxa de mortalidade por doenças respiratórias em muitos países.

Figura 23. Número de óbitos e a taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2023.

A pneumonia foi responsável por 62,4% das mortes nesse grupo, seguida pelas doenças crônicas das vias aéreas inferiores, que representaram 22,6% das mortes. Esse comportamento é observado nos anos anteriores (Tabela 39).

Tabela 39. Número, percentual e taxa (por 100 mil habitantes) de mortalidade por doenças do aparelho respiratório segundo causa básica da CID-10, de residentes em Roraima, 2024

CID10 Causa básica (CID10 BR)	Nº	%	Taxa
Influenza (Gripe)	5	1,7	0,7
Pneumonia	179	62,4	25,0
Out infec agudas das vias aereas inferiores	8	2,8	1,1
Bronquiolite	4	1,4	0,6
Doencas cronicas das vias aereas inferiores	65	22,6	9,1
Asma	10	3,5	1,4
Restante doencas do aparelho respiratorio	30	10,5	4,2
Total	287	100,0	40,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A gripe (influenza), uma doença imunoprevenível, representou 1,7% dos óbitos. No período de 2015 a 2024, foram registrados 37 óbitos: 2016 (n=2), 2017 (n=1), 2018 (n=15), 2019 (n=1), 2022 (n=5), 2023 (n=8) e 2024 (n=5). Esses óbitos ocorreram nos dois extremos da vida, 40% em menores de 1 ano, 20% em crianças de 1 e 4 anos e 40% em pessoas com 50 anos e mais, e todos pertencentes a raça/cor branca e parda.

As mortes incluídas no “restante de doenças ao aparelho respiratório” representaram cerca de 10,5% de todas as mortes, demonstrando dificuldade de realizar o diagnóstico etiológico ou falha no preenchimento da declaração de óbito.

Tabela 40. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo a causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Influenza (Gripe)	2	1,3	3	2,3	5	1,7
Pneumonia	93	60,4	86	64,7	179	62,4
Out infec agudas das vias aereas inferiores	5	3,2	3	2,3	8	2,8
Bronquiolite	3	1,9	1	0,8	4	1,4
Doencas cronicas das vias aereas inferiores	35	22,7	30	22,6	65	22,6
Asma	3	1,9	7	5,3	10	3,5
Restante doencas do aparelho respiratorio	19	12,3	11	8,3	30	10,5
Total	154	100,0	133	100,0	287	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, houve o predomínio das mortes no sexo masculino (53,6%), o mesmo já vinha ocorrendo nos anos anteriores, e nesse ano, foi observado em quase todas as causas básicas (Tabela 40).

Tabela 41. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo a causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	< 01a		01-09a		10-19a		20-29a		30-59a		60 e +		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Influenza (Gripe)	2	7,7	1	6,7	0	0	0	0	1	3	1	0,5	5
Pneumonia	20	76,9	9	60	4	66,7	2	50	23	69,7	121	59,6	179
Out infec agudas das vias aereas inferiores	1	3,8	2	13,3	0	0	0	0	0	0	5	2,5	8
Bronquiolite	1	3,8	1	6,7	0	0	0	0	0	0	2	1	4
Doencas cronicas das vias aereas inferiores	0	0	0	0	0	0	2	50	8	24,2	55	27,1	65
Asma	0	0	0	0	0	0	2	50	2	6,1	6	3	10
Restante doencas do aparelho respiratorio	3	11,5	3	20	2	33,3	0	0	1	3	21	10,3	30
Total	26	100	15	100	6	100	4	100	33	100	203	100	287

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

As doenças do aparelho respiratório atingiram, principalmente, os extremos de idades, as crianças e os idosos. De acordo com a Unicef, as infecções respiratórias agudas são as principais causas de morbidade e mortalidade em crianças menores

de 5 anos, sendo responsáveis por 11,3% das mortes em todo o mundo, com taxas mais elevadas nos países em desenvolvimento (Benguigui, 2002; Unicef, 2012; Farias et al., 2024). A distribuição das mortes faixa etária está apresentada na Tabela 41.

8.5.5 Mortalidade por algumas afecções originadas no período perinatal

A mortalidade perinatal engloba tanto a mortalidade fetal quanto a mortalidade neonatal precoce, ou seja, óbitos que ocorrem desde a 22ª semana de gestação até os primeiros sete dias de vida do recém-nascido. São definidas na CID-10 como o conjunto dos óbitos de crianças com menos de 7 dias de vida e das perdas fetais após a 22ª semana de gestação ou com peso ao nascer >500 g, ou seja, perdas fetais classificadas como intermediárias ou tardias (Brasil, 2024c).

Tabela 42. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) por algumas afecções originadas do período perinatal, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024

Ano	Nº de óbitos	Nascidos vivos	Afecções originárias no período perinatal		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	9.751	153	8,8	15,7
2015	2.219	513.328	172	7,8	33,5
2016	2.293	525.967	198	8,6	37,6
2017	2.595	546.885	209	8,1	38,2
2018	2.930	576.568	227	7,7	39,4
2019	2.987	605.761	236	7,9	39,0
2020	3.770	631.181	265	7,0	42,0
2021	4.463	652.713	243	5,4	37,2
2022	3.391	636.707	207	6,1	32,5
2023	3.475	683.769	269	7,7	39,3
2024	3.194	716.793	234	7,3	32,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

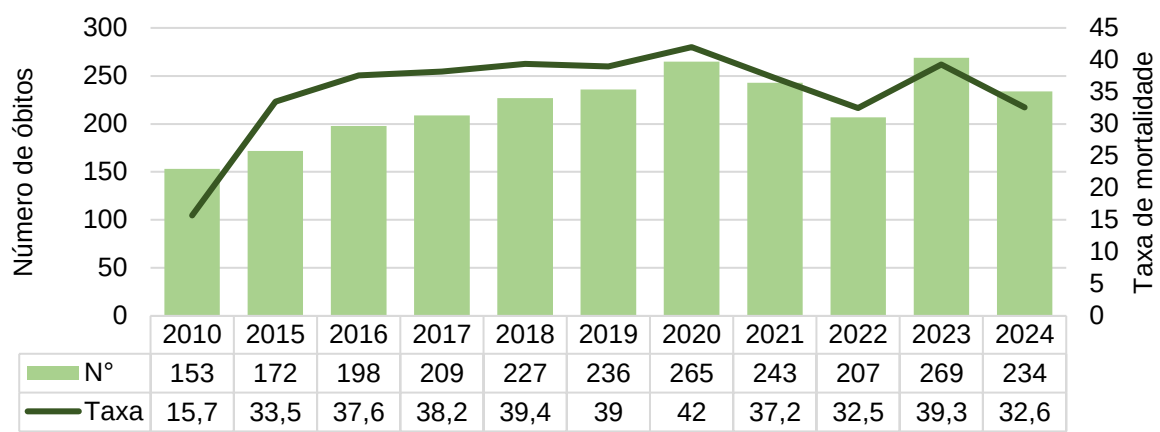
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2023.

A taxa de mortalidade perinatal é calculada por meio do número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por afecções originadas no período perinatal (Capítulo da CID-10 XVI) dividido pelo número de nascidos vivos de residentes e multiplicado por mil nascidos vivos. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade perinatal, para subsidiar a avaliação da qualidade da

assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido, contribui para a análise comparada das condições de saúde e socioeconômicas; e subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil (Brasil, 2024c). É influenciada por numerosos fatores, sendo de especial interesse os vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, e taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A mortalidade perinatal sempre esteve entre os principais grupos de mortes em Roraima, em 2024, ocupou a quinta posição, entretanto, já representou a segunda posição em 1995 com 20,7% do total de óbitos. Nesse ano, houve um surto de infecção hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva neonatal do Hospital HMINSN que culminou com a morte de dezenas de recém-nascidos (Benedetti, 2002).

Figura 24. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) por algumas afecções originadas do período perinatal, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2023.

Nos últimos 10 anos, o número de óbitos perinatais aumentou 52,9%, enquanto a taxa de mortalidade aumentou 2,1 vezes (Tabela 42 e Figura 24). Isso significa que houve um crescimento significativo tanto no número de óbitos nessa faixa específica quanto na proporção de mortes em relação ao total de nascimentos. Entre as causas para o aumento das afecções perinatais, que incluem infecções contraídas durante a gestação ou parto, malformações congênitas, entre outras, piora da qualidade da assistência pré-natal e obstétrica, resultando em complicações durante a gravidez e o

parto, condições socioeconômicas desfavoráveis, como pobreza, falta de saneamento básico e acesso limitado à saúde, podem aumentar o risco de óbitos perinatais. Além de eventos como pandemias ou crises sanitárias podem afetar negativamente a saúde materna e infantil.

Tabela 43. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) por algumas afecções originadas do período perinatal segundo a causa básica da CID-10, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Nº	%	Taxa
Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	83	35,5	11,6
Transt relac duração gestação e cresc fetal	5	2,1	0,7
Traumatismo de parto	0	0,0	0,0
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	49	20,9	6,8
Rest afec originadas no período perinatal	97	41,5	13,5
Total	234	100,0	32,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, as principais causas de morte no grupo especificado foram: "Feto e recém-nascido afetado por complicações maternas durante a gravidez" com 35,5%, seguido por "Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal" com 20,9%. O restante das afecções originadas no período perinatal representaram 41,7% das mortes (Tabela 43).

Tabela 44. Número e percentual de óbitos por algumas afecções originadas do período perinatal segundo sexo de residentes em Roraima, 2024

Causa (CID10 BR ext)	Masculino		Feminino		Ignorado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	51	37,0	31	33,3	1	33,3	83	35,5
Transt relac duração gestação e cresc fetal	3	2,2	2	2,2	0	0,0	5	2,1
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	23	16,7	26	28,0	0	0,0	49	20,9
Rest afec originadas no período perinatal	61	44,2	34	36,6	2	66,7	97	41,5
Total	138	100,0	93	100,0	3	100,0	234	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Houve predomínio do sexo masculino em 58,9 por óbitos e 1,3% tiveram o sexo ignorado, demonstrando falha no preenchimento da declaração de óbito (Tabela 44). Chama a atenção que 71,3% desses óbitos tiveram a raça/cor ignorada (Tabela 45). Esse fato é preocupante e aponta para uma falha significativa no preenchimento na declaração de óbito, o que dificulta a análise e compreensão das disparidades raciais

e suas relações com a saúde. É fundamental que os profissionais de saúde que elaboram as declarações de óbito se atentem à importância de registrar corretamente a raça/cor de todos os indivíduos, garantindo a qualidade dos dados e a possibilidade de análises mais precisas sobre a saúde da população.

Tabela 45. Número e percentual de óbitos por algumas afecções originadas do período perinatal segundo a raça/cor de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Branca		Preta		Parda		Indígena		Não informado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
092 Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	1	7,7	1	100,0	4	13,3	4	17,4	73	43,7	83	35,5
093 Transt relac duração gestação e cresc fetal	0	0,0	0	0,0	1	3,3	2	8,7	2	1,2	5	2,1
095 Trans resp e cardiovas espec per perinatal	7	53,8	0	0,0	15	50,0	9	39,1	18	10,8	49	20,9
096 Rest afec originadas no período perinatal	5	38,5	0	0,0	10	33,3	8	34,8	74	44,3	97	41,5
Total	13	100,0	1	100,0	30	100,0	23	100,0	167	100,0	234	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

8.5.6 Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias

A pandemia de Covid-19 interrompeu o processo de redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) em Roraima, no Brasil e no mundo. Em 2020 e 2021, as DIPs passaram a ocupar a primeira posição na mortalidade. Em 2022, com a desaceleração da pandemia representaram 8,6% de todos os óbitos nesse ano, em 2023, e em 2024 6,0% do total de mortes (Tabela 46). Apesar dessa redução no eprcentual, na última década, a taxa de mortalidade por DIP aumentou 48,6%. Nesse período as maiores taxas de mortalidade ocorreram em 2020 de 152,3 óbitos por 100 mil habitantes e em 2021 de 216,5 óbitos por 100 mil habitantes. Desde 2021 essa taxa está em queda no estado, mas ainda acima da taxa do início da década (Figura 25).

As doenças virais tiveram a maior representatividade na mortaldiade por DIP com 23,3% (44/193) das mortes em 2024. Dentre as doenças virais, as “doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)”, ocuparam a primeira posição, e representaram 72,7% (32/44) das mortes (Tabela 47). No Brasil, em 2024, os números

parciais do documento indicam que, até junho, foram detectadas 19.928 infecções pelo HIV e 17.889 casos de Aids. Em comunicado, o Ministério da Saúde atribui o crescimento dos casos de HIV à ampliação da testagem com a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (Yoneshigue, 2024). A taxa de mortalidade padronizada por AIDS em 2023 foi a menor desde 2013, com 3,9 óbitos por 100.000 habitantes.

Tabela 46. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por doenças infecciosas e parasitária, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2024

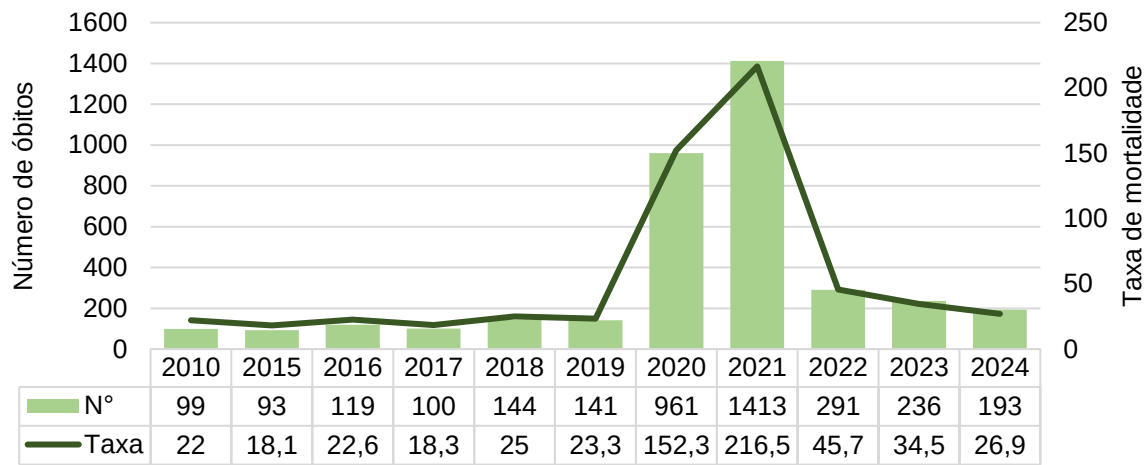
Ano	Nº de óbitos	População residente	Doenças infecciosas e parasitárias		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	450.479	99	5,7	22,0
2015	2.219	513.328	93	4,2	18,1
2016	2.293	525.967	119	5,2	22,6
2017	2.595	546.885	100	3,9	18,3
2018	2.930	576.568	144	4,9	25,0
2019	2.987	605.761	141	4,7	23,3
2020	3.770	631.181	961	25,5	152,3
2021	4.463	652.713	1413	31,7	216,5
2022	3.391	636.707	291	8,6	45,7
2023	3.475	683.769	236	6,8	34,5
2024	3.194	716.793	193	6,0	26,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2013.

No mundo, em 2024, 40,8 milhões [37 milhões–45,6 milhões] de pessoas no mundo viviam com HIV. 1,3 milhão [1 milhão–1,7 milhão] de pessoas contraíram o HIV. 630 mil [490 mil–820 mil] pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS. Nesse ano, estima-se que 630 mil pessoas morreram devido a doenças relacionadas à Aids em todo o mundo. Apesar da redução em comparação com anos anteriores, o mundo está longe de atingir a meta de menos de 250 mil mortes até 2025 (Unaid, 2025).

Figura 25. Número de óbitos e a taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por doenças infecciosas e parasitária, de residentes em Roraima, 2010, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).
 *Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2013

Entre as causas básicas, os óbitos por septicemia ocuparam a primeira posição com 19,7% do total de óbitos por DIPs, seguido do HIV (16,6), tuberculose (15%), diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (11,9%) e malária (10,9%) (Figura 26). Essas doenças são evitáveis ou reduzíveis – as causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época –. No Brasil, em 2020, a dengue, leptospirose, leishmaniose, chagas, esquistossomose, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível mataram 8.970 pessoas (Bahia, 2022).

Em 2024, ocorreram cinco óbitos por sífilis congênita no estado, isso demonstra a importância da doença na transmissão vertical, que pode resultar em aborto espontâneo, parto prematuro, malformações, deficiência mental, surdez, cegueira, alterações ósseas e, em casos mais graves, morte ao nascer. Nesse ano, com notificações até 30 de junho, houve 196 óbitos por sífilis congênita no Brasil, isso representa uma redução em comparação com anos anteriores, onde a taxa de transmissão vertical foi reduzida em 71% através do diagnóstico precoce em gestantes. Diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para a redução dos casos de sífilis congênita no Brasil, reforçando a meta de eliminação da doença até 2030 (Cofen, 2024).

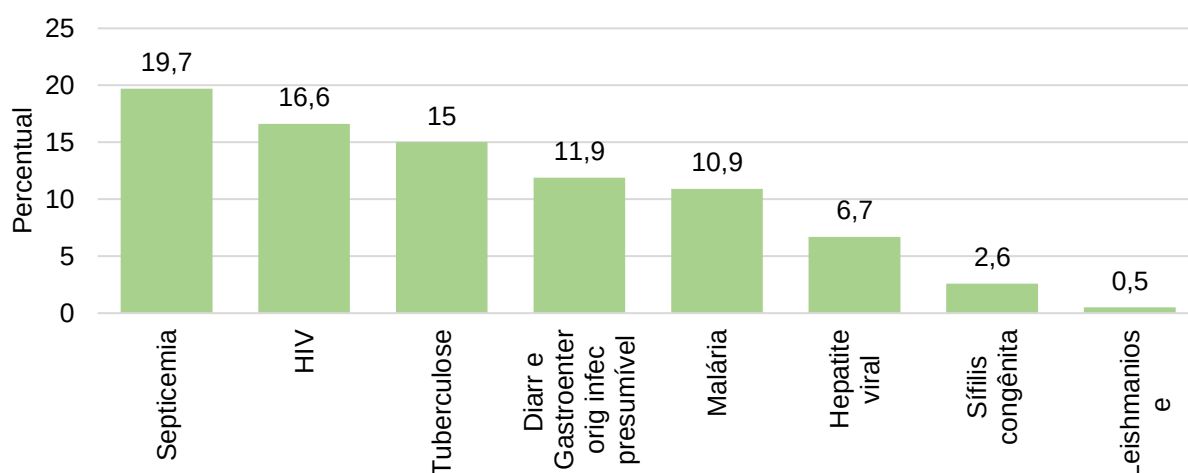
Tabela 47. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causas básicas e sexo. Roraima, 2024

Causa básica (CID10 BR)	Nº	%	Taxa
Doenças Infecciosas intestinais	30	15,5	4,2
Diarr e Gastroenter orig infec presumível	28	14,5	3,9
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	2	1,0	0,3
Tuberculose	29	15,0	4,0
Tuberculose respiratória	24	12,4	3,3
Outras tuberculoses	5	2,6	0,7
Outras Doenças bacterianas	44	22,8	6,1
Leptospirose	0	0,0	0,0
Hanseníase	0	0,0	0,0
Infecção meningocócica	0	0,0	0,0
Septicemia	38	19,7	5,3
Sífilis congênita	5	2,6	0,7
Doenças virais	45	23,3	6,3
Raiva	0	0,0	0,0
Dengue	0	0,0	0,0
Febre Amarela	0	0,0	0,0
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	0	0,0	0,0
Sarampo	0	0,0	0,0
Hepatite viral	13	6,7	1,8
Doen p/Virus da Imunodefíc Humana (HIV)	32	16,6	4,5
Doenças devidas a Protozoários	23	11,9	3,2
Malária	21	10,9	2,9
Leishmaniose	1	0,5	0,1
Doença de Chagas	0	0,0	0,0
Toxoplasmose	0	0,0	0,0
Helmintíases	3	1,6	0,4
Restante de Helmintíases	3	1,6	0,4
Restante de algumas doenc infecc e parasit	19	9,8	2,7
Total	193	100,0	26,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A hanseníase, uma doença negligenciada, registrou quatro óbitos no período de 2015 a 2024 no estado. No Brasil, entre os anos de 2001 a 2017, ocorreram 4.907 óbitos relacionados à doença, 59,3% como causa associada, nas regiões Norte e Nordeste (Ferreira et al., 2019). Dados preliminares divulgados pelo Ministério da Saúde apontam que o Brasil diagnosticou 15.155 novos casos de hanseníase em 2021 (Rocha, 2022).

Figura 26. Percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitária segundo a causa básica (CID-10) de residentes em Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, houve um predomínio de óbitos por DIPs no sexo masculino, correspondendo 61,6% do total de óbitos por essas causas, sugerindo uma maior vulnerabilidade dos homens a esse tipo de enfermidade ou um padrão de comportamento que os expõe mais a riscos. É importante considerar que fatores como acesso à saúde, hábitos de vida e condições socioeconômicas podem influenciar a incidência e gravidade das DIPs, afetando homens e mulheres de maneira diferente. A distribuição detalhada das causas básicas por sexo encontra-se na Tabela 48.

Os óbitos por DIP ocorreram em todas as faixas, 13% foram em menores de 1 ano, 30,1% na faixa etária de 30 a 59 anos e 35,8% em pessoas com 60 anos e mais. A predominância de mortes em menores de 1 ano e idosos é explicada por fatores relacionados à imunidade e à exposição a agentes infecciosos. Em bebês, o sistema imunológico ainda está em desenvolvimento, tornando-os mais suscetíveis a infecções. Em idosos, a imunidade tende a diminuir com o envelhecimento, o que também aumenta o risco de infecções graves. Em áreas onde há a ocorrência de doenças tropicais, a malária pode levar a complicações graves, como anemia severa, problemas neurológicos e falência de órgãos, que são mais perigosas em indivíduos com sistemas imunológicos comprometidos (Tabela 49).

Tabela 48. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%	
Doenças Infecciosas intestinais	16	13,4	14	18,9	30
Diarr e Gastroenter orig infec presumível	14	11,8	14	18,9	28
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	2	1,7	0	0,0	2
Tuberculose	20	16,8	9	12,2	29
Tuberculose respiratória	16	13,4	8	10,8	24
Outras tuberculoses	4	3,4	1	1,4	5
Outras Doenças bacterianas	23	19,3	21	28,4	44
Septicemia	22	18,5	16	21,6	38
Sífilis congênita	1	0,8	4	5,4	5
Doenças virais	34	28,6	11	14,9	45
Hepatite viral	10	8,4	3	4,1	13
Doen p/Virus da Imunodefíc Humana (HIV)	24	20,2	8	10,8	32
Doenças devidas a Protozoários	12	10,1	11	14,9	23
Malaria	11	9,2	10	13,5	21
Leishmaniose	0	0,0	1	1,4	1
Helmintíases	3	2,5	0	0,0	3
Restante de Helmintíases	3	2,5	0	0,0	3
Restante de algumas doenc infecc e parasit	11	9,2	8	10,8	19
Total	119	100,0	74	100,0	193

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, os óbitos por HIV ocorreram em todas as faixa etárias, com concentração entre 20 e 59 anos e no sexo masculino com 72,7% dos óbitos, foram 2,6 óbitos masculino para cada óbito feminino (Tabela 50). Historicamente, o HIV afetou mais homens devido a comportamentos de risco mais prevalentes nesse grupo, como sexo desprotegido com múltiplos parceiros, uso de drogas injetáveis e maior relutância em buscar serviços de saúde. A conscientização sobre os fatores de risco, a promoção do uso de preservativos, o acesso facilitado ao diagnóstico e tratamento, e a luta contra o estigma são essenciais para reduzir a mortalidade por HIV e garantir a saúde de todas as pessoas.

Tabela 49. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	< 01a		01-05 ^a		10-19a		20-29a		30-59a		60e+		Ign*	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Doenças Infecciosas intestinais	8	32,0	7	25,9	0	0	0	0,0	3	5,2	12	17,4	0	30
Diarr e Gastroenter orig infec presumível	7	28,0	7	25,9	0	0	0	0,0	3	5,2	11	15,9	0	28
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	1	4,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	1	1,4	0	2
Tuberculose	1	4,0	3	11,1	0	0	1	10,0	14	24,1	10	14,5	0	29
Tuberculose respiratória	1	4,0	2	7,4	0	0	1	10,0	11	19	9	13	0	24
Outras tuberculoses	0	0,0	1	3,7	0	0	0	0,0	3	5,2	1	1,4	0	5
Outras Doenças bacterianas	9	36,0	0	0	0	0	0	0,0	9	15,5	25	36,2	1	44
Septicemia	5	20,0	0	0	0	0	0	0,0	8	13,8	25	36,2	0	38
Sífilis congênita	4	16,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	1	5
Doenças virais	0	0,0	1	3,7	2	66,7	6	60,0	24	41,4	12	17,4	0	45
Hepatite viral	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	6	10,3	7	10,1	0	13
Doen p/Virus da Imunodefíc Humana (HIV)	0	0,0	1	3,7	2	66,7	6	60,0	18	31	5	7,2	0	32
Doenças devidas a Protozoários	4	16,0	13	48,1	1	33,3	1	10,0	4	6,9	0	0	0	23
Malária	4	16,0	12	44,4	1	33,3	1	10,0	3	5,2	0	0	0	21
Leishmaniose	0	0,0	1	3,7	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	1
Helmintíases	0	0,0	2	7,4	0	0	0	0,0	0	0	1	1,4	0	3
Restante de Helmintíases	0	0,0	2	7,4	0	0	0	0,0	0	0	1	1,4	0	3
Restante de algumas doenc infec e parasit	3	12,0	1	3,7	0	0	2	20,0	4	6,9	9	13	0	19
Total	25	100,0	27	100,0	3	100,0	10	100,0	58	100,0	69	100,0	1	193

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração). *Ignorado.

A prevalência de infecção pelo HIV de 0,9% na população geral é 1,8 vezes maior que a prevalência do país de 0,49%, e o cenário atual da meta global (95-95-95) para combater a epidemia de HIV/Aids teve alcance baixo no estado, apenas 61,4% das pessoas vivendo com HIV foram diagnosticadas, 68,8% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas estão em tratamento com terapia antirretroviral, e 72,2% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas e em tratamento estão com carga viral indetectável (Benedetti et al., 2025). É importante melhorar a resposta as desigualdades, que potencializadas pelo estigma e discriminação, dificultam ou

impedem que as pessoas mais vulneráveis tenham acesso a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

Tabela 50. Percentual de óbitos por HIV/Aids de residentes em Roraima, 2015 a 2024

Faixa etária	Masculino	Feminina	Total	%
< 01a	3	0	3	0,8
01-04a	1	1	2	0,5
05-09a	1	0	1	0,3
10-14a	0	1	1	0,3
15-19a	5	3	8	2,1
20-29a	63	11	74	19,1
30-39a	80	28	108	27,8
40-49a	65	34	99	25,5
50-59a	35	16	51	13,1
60-69a	19	11	30	7,7
70-79a	9	1	10	2,6
80 e+	1	0	1	0,3
Total	282	106	388	100,0
%	72,7	27,3	100,0	-

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Nos últimos 10 anos, 153 óbitos por malária foram registrados entre residentes no estado. O número de óbitos apresentou um aumento significativo, com o maior número de casos em 2023 (Figura 27). Destaca-se que 50% (n=51) dos casos ocorreram em indígenas e 22,5% (n=23) em crianças de 0 a 4 anos, destes, 8,8% (n=9) em menores de um ano (Tabela 51). O garimpo ilegal na Terra Yanomami tem sido um fator crucial no aumento de casos e óbitos por malária pois a expansão mineral ilegal levou ao aumento de casos (Figura 28 e 29). O garimpo intensifica a transmissão da malária ao criar focos de proliferação do mosquito vetor em áreas degradadas. A situação é particularmente grave para os povos indígenas, com a desnutrição e outras doenças também afetando a população local. Casos da doença na área Yanomami em Roraima passaram de 404, em 2012, para mais de 14 mil, em 2020 (Menezes, 2023).

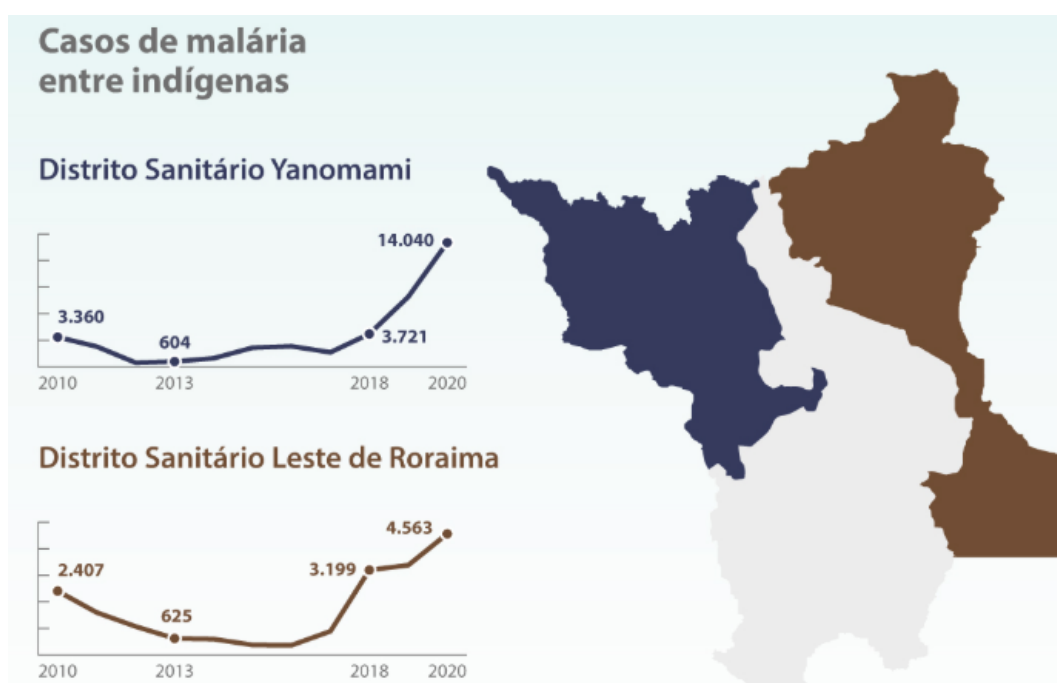
Figura 28. Número de casos de malária, Roraima, 2010, 2023 e 2020



Fonte: Menezes, 2023

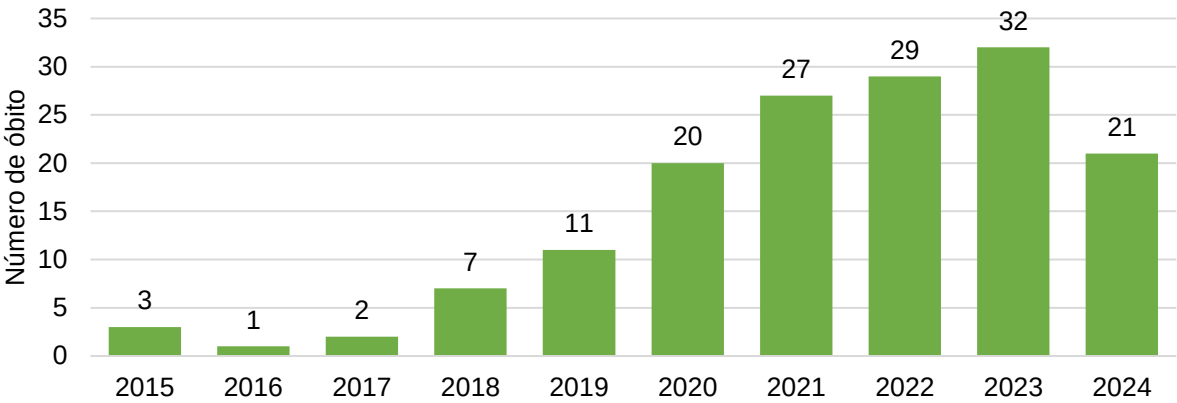
O Plano de Eliminação da Malária, em andamento no Brasil, tem como objetivo reduzir significativamente a incidência e mortalidade da doença até 2035. A situação em Roraima exige atenção redobrada, com foco na vigilância epidemiológica e no acesso a diagnóstico e tratamento oportunos.

Figura 29. Número de casos de malária no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami e Leste, Roraima, 2010 a 2020



Fonte: Menezes, 2023

Figura 27. Percentual de óbitos por malária de residentes em Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Na última década houve 153 óbitos por tuberculose, um aumento de mais de 600% no número de óbitos entre 2025 (4 óbitos) e 2024 (26 óbitos), apesar de a doença contar com métodos eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo curável na maior parte dos casos.

Tabela 51. Número e percentual de óbitos por malária de residentes em Roraima, 2015 a 2024

Faixa etária	Branca	Preta	Parda	Indígena	Não informado	Total	%
< 01a	0	0	1	19	0	20	13,1
01-04a	0	0	0	33	0	33	21,6
05-09a	0	0	0	15	0	15	9,8
10-14a	0	0	1	7	0	8	5,2
15-19a	0	0	1	9	1	11	7,2
20-29a	1	3	4	4	0	12	7,8
30-39a	0	1	9	3	0	13	8,5
40-49a	2	0	8	5	0	15	9,8
50-59a	0	0	7	4	0	11	7,2
60-69a	1	0	3	6	0	10	6,5
70-79a	0	1	0	2	0	3	2,0
80 e+	1	0	0	1	0	2	1,3
Total	5	5	34	108	1	153	100,0
%	3,3	3,3	22,2	70,6	0,7	100,0	65,4

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2023, com o coeficiente de incidência de tuberculose (todas as formas) de 97,3 casos por 100 mil habitantes Roraima ocupou a primeira posição na incidência de casos novos no país. A taxa estadual aumento 200% entre 2013 a 2023. Entre as capitais, Boa Vista, ocupou a quinta posição com o coeficiente de 83,4 casos por 100 mil habitantes.

mil hab. (Roraima, 2024b). No Brasil, em 2022, a doença foi a segunda principal causa de morte por um único agente infeccioso no Brasil, superada apenas pela Covid-19 (Brasil, 2024b,c).

Em 2023, foram registrados 28 óbitos por tuberculose, esse número foi 300% maior que o número de óbitos em 2013 (n=7). Destaca-se que 39,3% (11/28) desses óbitos ocorreram em imigrantes venezuelanos. O coeficiente de mortalidade por tuberculose aumentou 214,3% entre 2013 (1,4 óbitos por 100 mil hab.) e 2023 (4,4 óbitos por 100 mil hab.) e 2022 (2,8 óbitos por 100 mil hab.) e 2023 o aumento foi de 57% . O coeficiente de mortalidade de Roraima em 2023 foi 62% maior que o do país em 2022 (2,72 óbitos por 100 mil hab.) (Roraima, 2024b). No cenário nacional o coeficiente de mortalidade por tuberculose de Roraima, em 2023, ficou na 7ª posição e Boa Vista, ficou em 16ª posição entre as capitais (Brasil, 2024d).

8.5.7 Mortalidade por causas mal definidas

As causas mal definidas são um conjunto de mortes com sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratorial inespecíficos ou que “Não Consta em Outra Parte (NCOP)”, e corresponde ao capítulo XVIII na CID-10.

Tabela 52. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) com causas mal definidas, de residentes em Roraima, 2010*,2015 a 2024

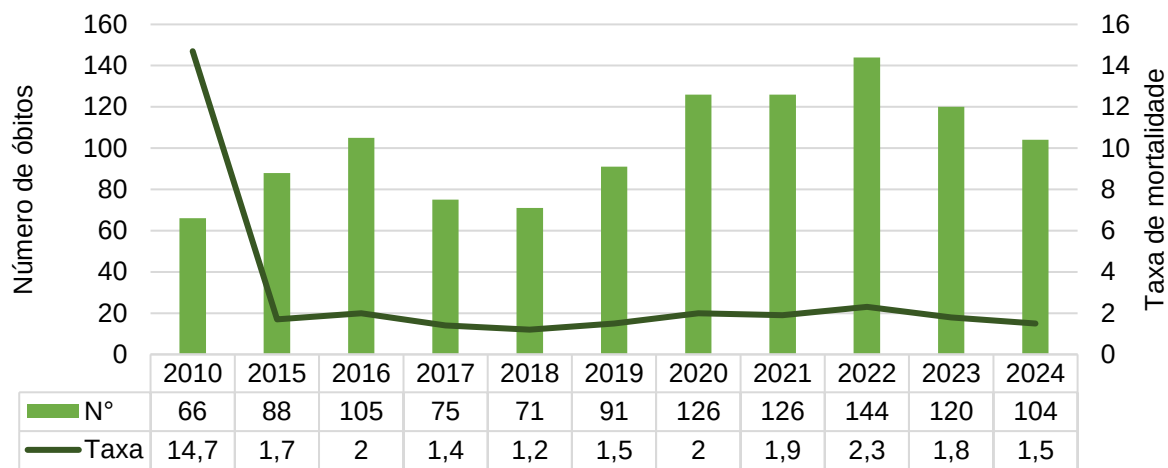
Ano	Nº de óbitos	População residente	Mal definidas		
			Nº	%	Taxa
2010	1.740	450.479	66	3,8	14,7
2015	2.219	513.328	88	4,0	1,7
2016	2.293	525.967	105	4,6	2,0
2017	2.595	546.885	75	2,9	1,4
2018	2.930	576.568	71	2,4	1,2
2019	2.987	605.761	91	3,0	1,5
2020	3.770	631.181	126	3,3	2,0
2021	4.463	652.713	126	2,8	1,9
2022	3.391	636.707	144	4,2	2,3
2023	3.475	683.769	120	3,5	1,8
2024	3.194	716.793	104	3,3	1,5

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2013.

Em 2010 esse grupo de mortes representavam 3,8% do total de óbitos e a taxa de mortalidade era de 14,7 óbitos por 100 mil habitantes. Em comparação com 2024, houve redução no percentual, mas sobretudo na taxa de mortalidade que poassou a 1,5 óbitos por 100 mi habitantes. Apesar da redução, indicam que a causa básica do óbito não foi claramente identificada ou especificada ou seja, a doença ou condição que levou diretamente à morte não pôde ser determinada com precisão. Sua frequência é condicionada pela disponibilidade de recursos médicos e assistenciais, inclusive, para diagnóstico. Também pode refletir o cuidado no preenchimento da declaração de óbito. O emprego de termos imprecisos e expressões dúbias que prejudicam a identificação da causa básica da morte colocam o óbito como de causa mal definida (Tabela 52 e Figura 28).

Figura 28. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas mal definidas, de residente em Roraima, 2010*, 2015 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2013.

As mortes por senilidade representaram 18,3% das mortes, seguido das mortes sem assistência médica com 1,9%. O restante das causas mal definidas representou a grande maioria das mortes desse grupo (79,8%) (Tabela 53). Esses dados refletem a qualidade da assistência prestada no estado e apontam para falta do Serviço de Verificação de Óbito.

Tabela 53. Número e percentual de óbitos, taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas mal definidas segundo a causa básica e o sexo, de residentes em Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Nº	%	Taxa
Senilidade	19	18,3	0,3
Morte sem assistência medica	2	1,9	0,0
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	83	79,8	1,2
Total	104	100,0	1,5

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A maioria das mortes por causas mal definidas ocorreu em pessoas com 50 anos ou mais, representando 65,4% do total, com um destaque para 6,7% ocorrendo em menores de 1 ano (Tabela 54). A alta porcentagem de mortes mal definidas em idosos pode estar ligada à complexidade de causas de morte nessa faixa etária, onde múltiplas doenças podem coexistir e dificultar a identificação da causa básica do óbito. Além disso, pode haver dificuldades no acesso a serviços de saúde e na qualidade da assistência prestada. O percentual de mortes mal definidas em menores de 1 ano, embora menor que em idosos, também é significativo. Isso pode estar relacionado a fatores como prematuridade, asfixia ao nascer, sepse neonatal e outras condições que podem ser de difícil diagnóstico em recém-nascidos e lactentes.

Tabela 54. Percentual de óbitos com causas mal definidas segundo faixa etária e raça/cor, Roraima, 2024

Faixa etária	Branca	Preta	Parda	Indígena	Não informado	Total	%
< 01a	1	0	3	3	0	7	6,7
01-04a	0	0	2	2	0	4	3,8
10-14a	0	0	1	0	0	1	1,0
15-19a	1	1	1	0	0	3	2,9
20-29a	0	0	4	1	0	5	4,8
30-39a	0	1	3	1	0	5	4,8
40-49a	0	0	9	1	1	11	10,6
50-59a	4	0	6	2	0	12	11,5
60-69a	1	1	9	1	0	12	11,5
70-79a	2	1	12	2	1	18	17,3
80 e+	6	3	6	11	0	26	25,0
Total	15	7	56	24	2	104	100,0
%	14,4	6,7	53,8	23,1	1,9	100,0	

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Causas de óbito "causas pouco úteis" referem-se a diagnósticos que não

forneem informações claras sobre a causa específica da morte, dificultando a análise epidemiológica e o planejamento de ações de saúde pública. Essas causas, também conhecidas como "causas garbage", incluem termos genéricos como "insuficiência cardíaca", "insuficiência renal", "septicemia" ou "neoplasia maligna sem localização específica". Dessa forma, uma alta proporção desses códigos compromete a qualidade da informação sobre as causas de morte, podendo dificultar a identificação de prioridades e o planejamento de ações.

Essas causas são classificadas: Tipo 1 (Causas que não podem ser causa básica); Tipo 2 (Causas intermediárias); Tipo 3 (Causas terminais); Tipo 4 (Causas não especificadas) e Tipo 5 (Mal Definidas); e em grupo garbage/nível de implicações: 0 - Causa bem definida; 1 - Implicações Graves; 2 - Implicações Substanciais; 3 - Implicações Importantes; e 4 - Implicações Limitadas.

Nos último 10 anos, 4.172 óbitos foram classificados com causas pouco uteis e representaram 13,3% do total de óbitos (Tabela 55) e .8.708 óbitos tiveram alguma implicação (Tabela 56). A análise dessas causas é muito importante pois somente a análise de causas mal definidas não é suficiente para avaliar a qualidade da informação sobre os óbitos.

Tabela 55. Número de óbitos com causas pouco úteis e seu percentual em relação ao total de óbito no estado, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Tipo 1 - Causas que não podem ser CB*		Tipo 2 - Causas intermediárias		Tipo 3 - Causas terminais		Tipo 4 - Causas não especificadas		Tipo 5 - Mal Definidas		Demais Causas	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
2015	39	1,8	125	5,6	6	0,3	82	3,7	88	4,0	1.879	2.219
2016	40	1,7	159	6,9	9	0,4	57	2,5	105	4,6	1.923	2.293
2017	48	1,8	110	4,2	4	0,2	49	1,9	75	2,9	2.309	2.595
2018	37	1,3	127	4,3	5	0,2	97	3,3	71	2,4	2.593	2.930
2019	52	1,7	143	4,8	10	0,3	91	3,0	91	3,0	2.597	2.984
2020	73	1,9	156	4,1	12	0,3	102	2,7	126	3,3	3.300	3.769
2021	51	1,1	173	3,9	10	0,2	103	2,3	126	2,8	4.000	4.463
2022	69	2,0	217	6,4	12	0,4	81	2,4	144	4,2	2.868	3.391
2023	43	1,2	239	6,9	21	0,6	87	2,5	120	3,5	2.965	3.475
2024	75	2,3	197	6,2	9	0,3	102	3,2	104	3,3	2.707	3.194

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração). *CB – causa básica.

Tabela 56. Número de óbitos com código garbage, Roraima, 2015 a 2024

Grupo garbage	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
0 - Causa bem definida	1.498	1.492	1.971	2.144	2.154	2.831	3.454	2.362	2.464	2.232	22.602
1 - Implicações Graves	200	245	172	189	222	273	290	325	314	264	2.494
2 - Implicações Substanciais	74	96	86	120	127	156	141	142	145	164	1.251
3 - Implicações Importantes	105	79	60	97	81	130	172	127	109	115	1.075
4 - Implicações Limitadas	342	381	306	380	400	378	405	435	443	418	3.888
Total	2.219	2.293	2.595	2.930	2.984	3.768	4.462	3.391	3.475	3.193	31.310

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

Existe um grupo de trabalho da vigilância do óbito no estado, esse grupo é coordenado pelo Núcleo de Sistemas de Informação em Saúde do Departamento de Vigilância Epidemiológica e objetiva investigar os óbitos com causa de morte mal definidas de crianças e mulheres em idade fértil em todos os municípios. Além disso, está implantado no Hospital Geral de Roraima a vigilância das causas de morte mal definidas.

Entre as limitações do SIM, destaca-se que as bases de dados nacionais sobre mortalidade ainda apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subnotificação de óbitos; a proporção de causas mal definidas tende a estar subestimada em áreas com baixa cobertura de informação sobre mortalidade; essas áreas costumam apresentar condições assistenciais insatisfatórias, com prejuízo para a identificação das causas de morte (Brasil, 2013).

8.6 MORTALIDADE FETAL

A OMS define morte fetal, óbito fetal, perda fetal ou natimorto como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito, o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (Lasnky, 2024).

A mortalidade fetal pode ser classificada em: (i) precoce refere-se aos abortos e está compreendida no período entre a concepção e a vigésima semana de gestação, no qual o feto tem um peso aproximado de 500g; (ii) morte fetal intermediária que ocorre entre a 20ª e a 28ª semana de gestação (com pesos fetais entre 500 e 1.000g); e (iii) fetal tardia que ocorre entre a 28ª (1.000 g) e o parto (Brasil, 2014).

Nos últimos 10 anos, ocorreram 1.090 óbitos fetais no estado e o número de óbitos aumentou 1,4 vezes no período. e é importante analisar as causas e fatores associados a essa tendência. Ao entender as causas e tomar medidas preventivas, é possível reduzir a taxa de mortalidade fetal e proteger a saúde das gestantes e seus bebês (Tabela 57).

Tabela 57. Número de óbito fetal e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascidos vivos), Roraima, 2015 a 2024

Ano	Nº de óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação	Nº de nascidos vivos	Nº de nascidos vivos + óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação	Taxa de mortalidade perinatal
2015	81	11.423	11.504	7,0
2016	86	11.381	11.467	7,5
2017	105	11.755	11.860	8,9
2018	110	12.733	12.843	8,6
2019	125	14.657	14.782	8,5
2020	124	13.770	13.894	8,9
2021	111	13.907	14.018	7,9
2022	104	13.099	13.203	7,9
2023	128	13.016	13.144	9,7
2024	116	11.776	11.892	9,8
Total	1.090	12.7517	128.607	-

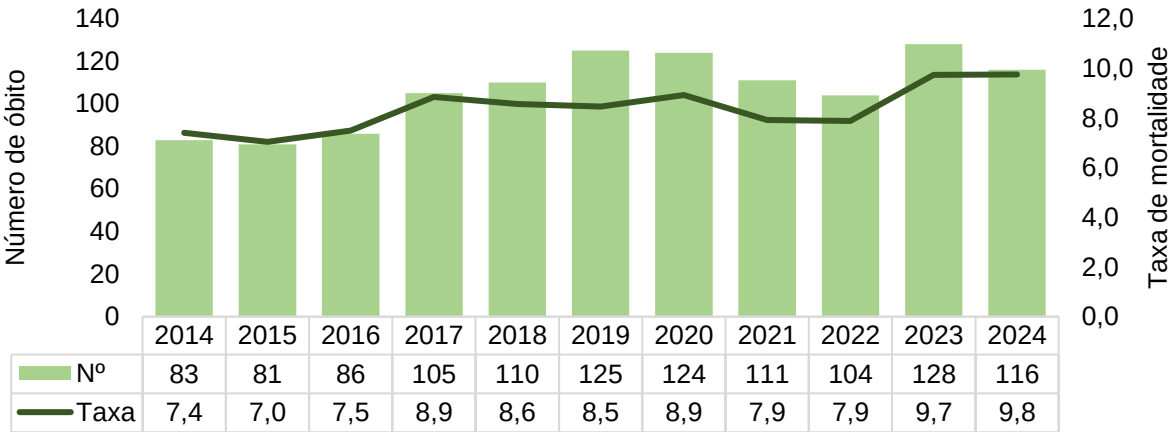
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

A taxa de mortalidade perinatal, que inclui óbitos fetais tardios e neonatais

precoces, é um indicador importante da saúde materno-infantil, e no estado aumentou 40% entre 2015 e 2024 (Figura 29). Esse fato é preocupante e requer atenção especial para as causas subjacentes, como melhores condições de atenção primária e acesso a serviços de saúde e diminuição das desigualdades sociais e econômicas pois podem influenciar a saúde perinatal, com maior risco para famílias em situação de vulnerabilidade. Melhorar a qualidade da informação sobre os óbitos fetais, investir nos comitês de investigação e melhorar a qualidade do pré-natal devem ser priorizados para possibilitar um enfrentamento mais efetivo e diminuir a mortalidade fetal em Roraima

No Brasil tem se observado uma diminuição do número de nascidos mortos (natimortos), principalmente nas regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2013). Entre 1996 e 2015 houve tendência crescente dos óbitos fetais no Brasil e em todas as regiões e em mães nas faixas etárias de 10–14 anos e 25–44 anos. No país e em todas as regiões, houve aumento nas mulheres com mais de oito anos de escolaridade. Os óbitos fetais predominaram entre a 28ª e a 36ª semana de gestação, com tendência crescente em todas as regiões, exceto no Sul (estacionário) (Barros; Aquino; Souza, 2019).

Figura 29. Número de óbito fetal e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascidos vivos), Roraima, 2014 a 2024



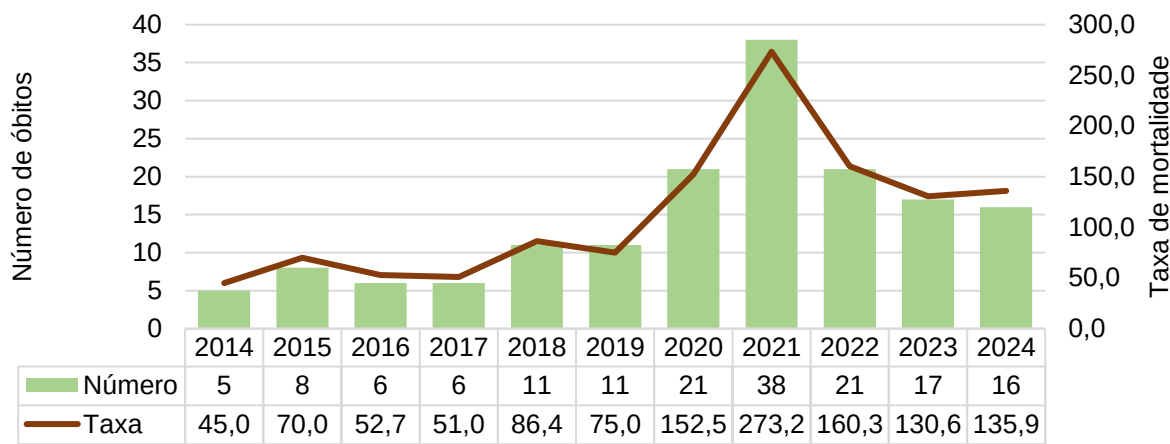
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 28/07/2025 (sujeitos à alteração).

8.7 MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna refere-se à morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da causa, desde que relacionada ou agravada pela gravidez e correspondem ao Capítulo XV da CID-10 "Gravidez, Parto e Puerpério" (excluídos os códigos O96 e O97).

A taxa de mortalidade materna ou razão de mortalidade materna expressa o número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Figura 30. Número e taxa de mortalidade maternas (por 100.000 nascidos vivos), Roraima, 2014 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 05/08/2024 (sujeitos à alteração).

O número de óbitos maternos no período de 2014 a 2024 aumentou 3,2 vezes, com o maior número de mortes registrado em 2021, segundo ano da pandemia de Covid-19 (Figura 30). A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia, com um registro de 107.53 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 2021, comparado a 55.310 em 2019, antes da pandemia (Fundo de População das Nações Unida Brasil, 2022). O estudo publicado em julho de 2020 na revista *International Journal of Gynecology and Obstetrics* colocou o Brasil como recordista no mundo em mortes maternas relacionadas à Covid-19. O número de óbitos no país representou 77% de todas as mortes maternas no mundo. Segundo o CDC/EUA as grávidas e puérperas têm mais chances de complicações da Covid-19, com 1,5 mais internações em UTIs e 1,7 mais necessidade de ventilação mecânica e óbito, em relação à outras mulheres (Collucci, 2020).

A taxa de mortalidade materna aumentou 200% no mesmo período e reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, e é utilizado para analisar variações geográficas e temporais; para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério; e contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico (Brasil, 2024e).

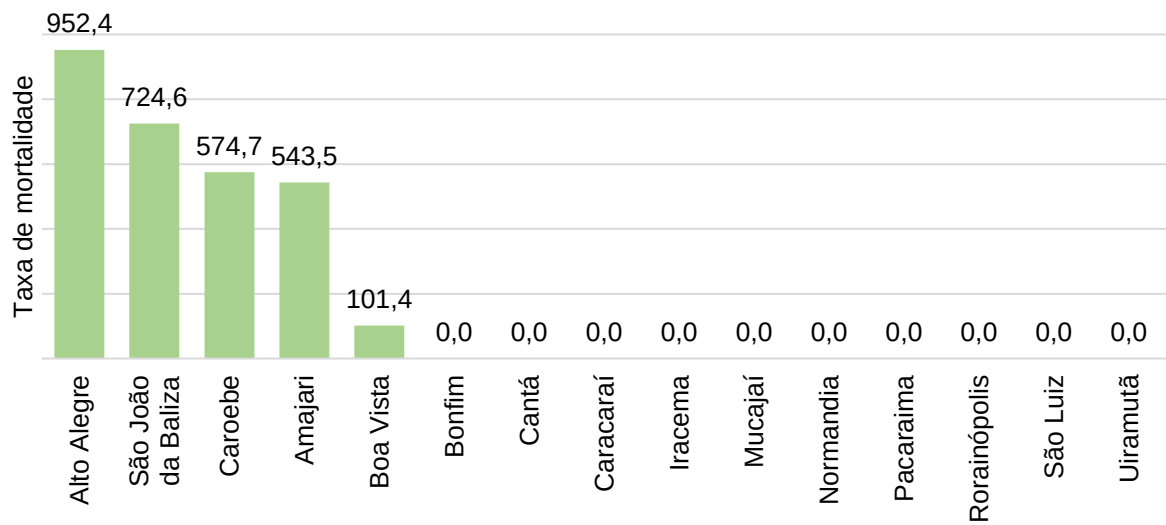
Tabela 58. Número, percentual e taxa de mortalidade materna (por 100.000 NV) por município de residência da mãe, Roraima, 2024

Município	Nº	%	Taxa
Alto Alegre	5	31,3	952,4
Amajari	2	12,5	543,5
Boa Vista	7	43,8	101,4
Bonfim	0	0,0	0,0
Cantá	0	0,0	0,0
Caracaraí	0	0,0	0,0
Caroebe	1	6,3	574,7
Iracema	0	0,0	0,0
Mucajá	0	0,0	0,0
Normandia	0	0,0	0,0
Pacaraima	0	0,0	0,0
Rorainópolis	0	0,0	0,0
São João da Baliza	1	6,3	724,6
São Luiz	0	0,0	0,0
Uiramutã	0	0,0	0,0
Total	16	100,0	135,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de vida de uma população, pode revelar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Alguns estudos mostram que a maioria das mortes por causas maternas são evitáveis, se as ações que objetivam a qualidade da assistência perinatal e o acesso aos serviços de saúde da gestante forem tomadas (Brasil, 2014a). Devido a importância da mortalidade materna a OMS estabeleceu por meio dos ODS a meta 3.1 como o objetivo de reduzir a taxa global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, até 2030 (WHO, 2018). Em 2024, a taxa em Roraima encontra-se 1,9 vezes acima da meta da OMS (Figura 30). No Brasil, em 2021, registrou 107 mortes a cada 100 mil nascimentos (Gandra, 2022).

Figura 31. Taxa de mortalidade materna (por 100.000 NV) segundo o município de residência, Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

As maiores taxas de mortalidade materna foram encontradas em Alto Alegre, São João da Baliza, Caroebe, Amajari e Boa Vista. Nos demais municípios não houve registro de mortes (Tabela 58 e Figura 31). Há necessidade de estudos complementares que possam identificar quais fatores estariam condicionando ou determinando o aumento na taxa em Roraima. Reduzir a mortalidade materna depende crucialmente de garantir que as mulheres tenham acesso a cuidados de qualidade antes, durante e após o parto. Globalmente, estima-se que mais de 40% de todas as gestantes não receberam cuidados pré-natais em 2013 (WHO, 2018).

No período de 2015 a 2024 ocorreram 155 óbitos na gravidez, parto e puerpério e entre as causas básicas se observa-se que 41,3% dos óbitos foram por causas diretas, que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (Tabela 59).

Nesse período, o aborto foi a causa de 33 óbitos maternos e representaram 21,3% do total do óbitos materno. O aborto, em geral, ainda é uma causa significativa de mortalidade materna, sendo um dos principais fatores de risco e pode se enquadrar tanto como mortes materna diretas e indiretas (onde a causa da morte é uma condição médica preexistente à gravidez ou desenvolvida durante a gestação, e que foi agravada pelas mudanças fisiológicas do período gestacional, mas não diretamente causada por complicações obstétricas) em ambas as categorias dependendo do

caso.

No mundo, pelo menos 6,9 milhões de mulheres sofrem complicações de aborto a cada ano, podendo variar de leve (sangramento leve) a grave (sepse ou danos aos órgãos internos). Neste último caso, pode estar associado a procedimentos inseguros. No Brasil, o aborto está entre as cinco principais causas de mortalidade materna (Associação Paulista de Medicina, 2023)..

Tabela 59. Número de óbitos na gravidez, parto e puerpério por ano, Roraima, 2015 a 2024

Causa básica (CID 10)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Gravidez que termina em aborto	1	2	2	4	4	4	2	8	3	3	33
Outras mortes obstétricas diretas	6	2	3	6	6	9	8	5	11	8	64
Mortes obstétricas indiretas	1	1	1	0	0	8	28	7	3	5	54
Morte obstétrica tardia	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Restante de gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Total	8	6	6	11	11	21	38	21	17	16	155

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em Roraima, no ano de 2024, as mortes maternas 6,3% dos óbitos ocorreram nas faixas etárias de 15 a 19 anos (1 óbito por causas diretas), 81,3% na faixa etária de 20 a 29 anos (13 óbitos, sendo 6 por causas diretas, 4 por causas indiretas e 3 por aborto), e 12,5% na faixa etária de 30 a 39 anos (2 óbitos, 1 por causas diretas e 1 por causas indiretas).

Houve predomínio em mulheres indígenas com 43,8% dos óbitos (7 óbitos, sendo 3 por causas diretas, 2 por causas indiretas e 2 por aborto), entre as indígenas 14,3% tinham idade entre 15 a 19 anos e 85,7% entre 20 e 29 anos. Mulheres pardas concentraram 37,5% dos óbitos (6 óbitos, 3 por causas diretas, 2 por causas indiretas e 1 por aborto), e as mulheres brancas 18,8% dos óbitos (3 óbitos, 2 por causas diretas e 1 por causas indiretas). Os dados mostram que mães indígenas tiveram 2,2 vezes mais risco de morte que as mães não indígenas.

O estudo publicado na revista científica *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. sugere que a maior mortalidade entre indígenas pode estar relacionada a fatores como menor acesso a cuidados de saúde adequados, falta de acompanhamento pré-natal e pós-parto, além de condições socioeconômicas desfavoráveis. Portanto, há a necessidade de ações específicas para garantir a saúde

materna de mulheres indígenas, incluindo melhorias no acesso a serviços de saúde e atenção integral durante a gravidez e o pós-parto.

A maioria, 62,5% dos óbitos, ocorreram em mulheres solteiras (10 óbitos, 6 por causas diretas, 1 por causas indiretas e 3 por aborto), 25% em casadas (4 óbitos, 2 por causas diretas e 2 por causas indiretas), e 12,5% não tinham informação da situação conjugal na declaração de óbito. O Risco Relativo (RR) de mães solteiras e casadas morrerem foi igual a 1, ou seja, o risco de óbito materno é o mesmo para ambos os grupos.

O percentual de mulheres sem escolaridade foi alto, de 43,8% (7 óbitos, 3 por causas diretas, 2 por causas indiretas e 2 por aborto), com 8 a 11 anos de estudo foi de 31,3% (5 óbitos, 4 por causas diretas e 1 por causas indiretas), e 12,5% não tinham informação da situação conjugal na declaração de óbito. Mães sem escolaridade tiveram 17,2 vezes mais risco de morte que as mães com 8 anos e mais de estudo.

A educação é um fator fundamental para a saúde e o bem-estar das mulheres e suas famílias. Apesar de a relação entre escolaridade e mortalidade materna ser complexa e envolver diversos fatores interligados, a redução da disparidade educacional é um passo crucial para diminuir a mortalidade materna e garantir um futuro mais saudável para as mulheres e suas crianças. Portanto, investir em educação para mulheres não apenas as capacita para o mercado de trabalho, mas também melhora significativamente sua saúde e a saúde de suas futuras gerações.

Para maiores informações sobre mortalidade materna em Roraima, consultar a página da CGVS, na “Sala de Situação”, onde constam Análises de Situação de Saúde (ASIS) sobre mortalidade materna (link: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>).

8.8 MORTALIDADE NA INFÂNCIA E INFANTIL

8.8.1 Mortalidade na infância

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos ou taxa de mortalidade na infância é um indicador das condições de saúde de uma população. Por isso, a OMS estabeleceu a meta 3.2 dos ODS que objetiva até 2030 acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países e prevê a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (WHO, 2018).

No período de 2014 a 2024 ocorreram 3.440 óbitos em menores de 5 anos no estado e representaram 10,3% do total de óbitos. O número de óbitos aumentou 12% e a taxa de mortalidade 3,7%. Desde 2021 a taxa estadual está acima da meta dos ODS para 2030 (Tabela 60 e Figura 32).

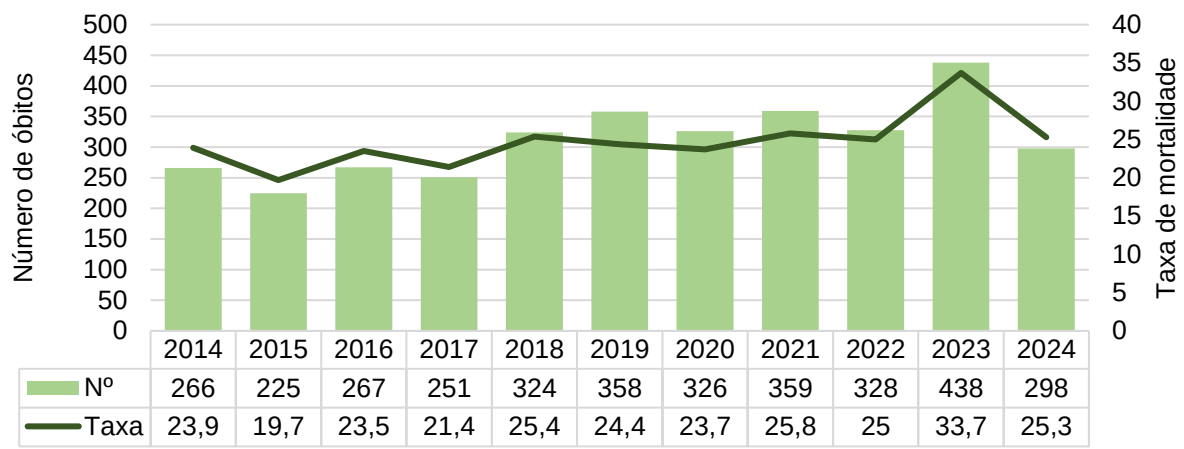
Tabela 60. Número, percentual e taxa de mortalidade na infância (<5 anos), Roraima, 2014 a 2024

Ano	Nº de óbitos	Nº de nascidos vivos	Nº de óbitos (<5 anos)	%*	Taxa
2014	2.083	11.122	266	12,8	23,9
2015	2.219	11.423	225	10,1	19,7
2016	2.293	11.381	267	11,6	23,5
2017	2.595	11.755	251	9,7	21,4
2018	2.930	12.733	324	11,1	25,4
2019	2.987	14.657	358	12,0	24,4
2020	3.770	13.770	326	8,6	23,7
2021	4.463	13.907	359	8,0	25,8
2022	3.391	13.099	328	9,7	25,0
2023	3.475	13.016	438	12,6	33,7
2024	3.194	11.776	298	9,3	25,3

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

* Em relação ao total de óbitos do estado.

Figura 32. Número de óbitos e taxa de mortalidade infância (<5 anos). Roraima, 2014 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

No mundo, em 2022, o número de crianças que morreram antes de completar 5 anos atingiu um mínimo histórico, caindo para 4,9 milhões. A taxa global de mortalidade infantil abaixo em menores de 5 anos diminuiu 51% desde 2000. No Brasil, a queda foi de 60% no mesmo período (Nações Unidas Brasil, 2024).

Tabela 61. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade infância (<5 anos). Por capítulos da CID-10, Roraima, 2024

Causa (Capítulo CID 10)	Nº	%	Taxa
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47	15,8	4,0
Neoplasias (tumores)	5	1,7	0,4
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	1,0	0,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9	3,0	0,8
Doenças do sistema nervoso	8	2,7	0,7
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,0	0,0
Doenças do aparelho circulatório	1	0,3	0,1
Doenças do aparelho respiratório	35	11,7	3,0
Doenças do aparelho digestivo	1	0,3	0,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0,0	0,0
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0,0	0,0
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,3	0,1
Algumas afec originadas no período perinatal	90	30,2	7,6
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	49	16,4	4,2
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11	3,7	0,9
Causas externas de morbidade e mortalidade	38	12,8	3,2
Total	298	100,0	25,3

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, nas crianças menores de 5 anos, as principais causas de óbito são: afecções originadas no período perinatal (30,2%), malformações congênicas e anomalias cromossômicas (16,4%), doenças infecciosas e parasitárias (15,8%), e 12,8% por causas externas (acidentes e violência). Essas três categorias juntas representam uma parcela significativa da mortalidade infantil nessa faixa etária. Isso significa que quase um terço dos óbitos nessa faixa etária está relacionado a problemas que ocorrem durante a gravidez, o parto ou logo após o nascimento. Além disso, um número significativo de crianças morreu devido a defeitos congênicos e doenças causadas por vírus, bactérias e outros parasitas (Tabela 61).

Tabela 62. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade infância (<5 anos). Por causa básica da CID-10, Roraima, 2024

Causa básica (CID 10)	Nº	%	Taxa
Trans resp e cardiovas espec período perinatal	40	13,4	0,3
Malf congênicas do aparelho circulatório	28	9,4	0,2
Pneumonia	26	8,7	0,2
Agressões/homicídios	18	6,0	0,2
Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	17	5,7	0,1
Diarr e Gastroenter orig infec presumível	14	4,7	0,1
Malária	13	4,4	0,1
Desnutrição	7	2,3	0,1
Afogamento e submersões acidentais	5	1,7	0,1
Septicemia	5	1,7	0,1
Sub-total	173	58,1	1,5
Demais causas	125	41,9	1,1
Total	298	100	2,5

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

As afecções originadas no período perinatal incluem condições como prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia ao nascimento e infecções que afetam o bebê durante a gestação, parto ou nos primeiros dias de vida. A prematuridade é considerada a principal causa de morte em crianças nos primeiros 5 anos de vida no Brasil, principalmente nas regiões mais pobres, mensurável quando esses números e causas das mortes são comparados aos de países que conseguiram melhor organização da saúde perinatal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

As malformações congênicas e anomalias cromossômicas são alterações estruturais ou genéticas que ocorrem durante o desenvolvimento do bebê, resultando

em defeitos físicos ou problemas funcionais e que podem levar a morte. Nem todas as malformações congênitas e anomalias cromossômicas são evitáveis, mas a prevenção primária pode reduzir significativamente o risco de ocorrência. A prevenção envolve principalmente cuidados com a saúde da mulher antes e durante a gravidez, além de aconselhamento genético e exames pré-natais.

As doenças infecciosas e parasitárias que podem afetar crianças pequenas devido à fragilidade do seu sistema imunológico. Nesse grupo estão incluídas as doenças endêmicas no estado como a malária que pode causar alta letalidade nesse grupo populacional.

Tabela 63. Número, percentual e taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, Roraima, 2024

Município	Nº de óbitos (<5 anos)	Nº de nascidos vivos	Taxa
Caracaráí	28	331	84,6
Amajari	31	368	84,2
Alto Alegre	36	525	68,6
Uiramutã	20	577	34,7
Iracema	3	124	24,2
Rorainópolis	12	547	21,9
Pacaraima	10	467	21,4
Boa Vista	133	6905	19,3
Mucajáí	6	317	18,9
Bonfim	7	385	18,2
Normandia	7	449	15,6
São João da Baliza	2	138	14,5
Caroebe	1	174	5,7
Cantá	2	375	5,3
São Luiz	0	94	0,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, nas crianças com menos de 5 anos, as principais causas de óbito são os transtornos respiratórios e cardiovasculares no período perinatal, seguidos por malformações congênitas do aparelho circulatório, pneumonia e homicídios. Os transtornos respiratórios e cardiovasculares no período perinatal envolvem problemas como asfixia, baixo peso ao nascer, síndromes respiratórias e outras complicações relacionadas ao parto e ao período neonatal imediato são causas importantes de óbito. As anomalias no desenvolvimento do coração e vasos sanguíneos podem levar a óbitos precoces, especialmente se não diagnosticadas ou tratadas adequadamente.

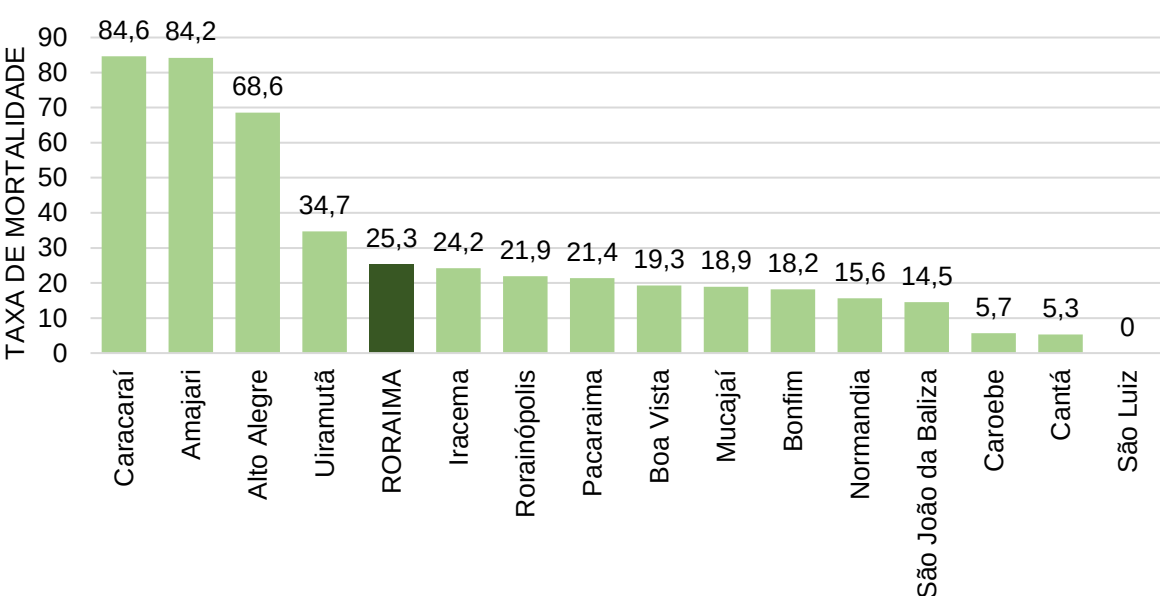
Infecções respiratórias, como a pneumonia, podem ser fatais em crianças pequenas devido à imaturidade do sistema imunológico e respiratório. Os óbitos por homicídios expressão que a violência no estado alcança as faixas etárias. (Tabela 62).

É importante notar que muitas dessas causas de óbito são evitáveis por meio de cuidados adequados durante a gravidez, parto e infância, incluindo pré-natal de qualidade, assistência ao parto, vacinação e acesso a saneamento básico e água potável

Em 2024, a maioria dos óbitos, 77,5% (231/298) ocorreram em menores de 1 ano e 22,5% (67/298) na faixa etária de 1 a 4 anos. Houve predomínio de mortes no sexo masculino em 57,4% e a razão de sexo foi de 1,4 óbitos masculino para cada feminino (171/124) . A raça/cor indígena concentrou a maioria dos óbitos (44,6%), seguido da parda (31,9%), branca (13,8%) e preta (0,3%), 9,4% das declarações d óbito tiveram essa informação ignorada.

Quatro municípios tiveram a taxa de mortalidade maior que a média do estado. Em Caracaraí e Amajari a taxa foi mais de 3 vezes o valor da média estadual e Alto Alegre 2,7 vezes, esses municípios têm em comum a existência de importante contingente de população indígena aldeada (Tabela 63 e Figura 33).

Figura 33. Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

8.8.2 Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é definida como a morte que ocorre em menores de um ano de idade, e tem sido, ao longo do tempo, utilizada como bom indicador das condições de vida, refletindo o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população. Compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e <1 ano) (Brasil, 2024c).

Tabela 64. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV), Roraima, 2014 A 2024

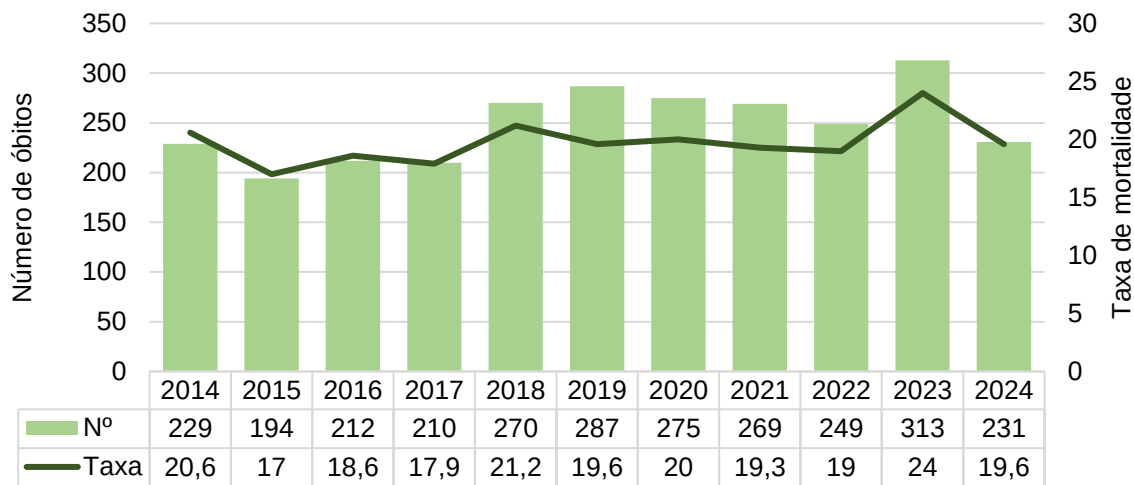
Ano	Nº de óbitos	Nº de nascidos vivos	Nº de óbitos (<01 ano)	%	Taxa
2014	2.083	11.122	229	11,0	20,6
2015	2.219	11.423	194	8,7	17,0
2016	2.293	11.381	212	9,2	18,6
2017	2.595	11.755	210	8,1	17,9
2018	2.930	12.733	270	9,2	21,2
2019	2.987	14.657	287	9,6	19,6
2020	3.770	13.770	275	7,3	20,0
2021	4.463	13.907	269	6,0	19,3
2022	3.391	13.099	249	7,3	19,0
2023	3.475	13.016	313	9,0	24,0
2024	3.194	11.776	231	7,2	19,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

* Em relação ao total de óbitos do estado.

Em Roraima, no período de 2014 a 2024 o número de óbitos em menores de um ano aumentou 0,9% e a taxa de mortalidade diminuiu 4,8%. No ano de 2023 foi marcado pela maior taxa do período (Tabela 64 e Figura 34). No Brasil, em 2023 indicam o país registrou a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis em 28 anos, com 20,2 mil mortes. Essa taxa representa uma queda de 62% em comparação com o início do monitoramento, quando foram registradas 53,1 mil mortes. Dados preliminares do ano passado apontam para uma redução de cerca de 62% no número de óbitos se comparado com o ano de 1996 (Brasil, 2024e).

Figura 34. Número e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV), Roraima, 2014 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

A taxa de mortalidade infantil expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado e estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. A taxa é geralmente classificada em alta (50 ou mais), média (20-49) e baixa (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. É utilizada para analisar as variações geográficas e temporais, contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, e para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil (Brasil, 2024c).

Valores altos refletem em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e de desenvolvimento socioeconômico e a redução da mortalidade infantil é uma das mais importantes metas nas políticas para a infância de todos os países. Por isso o Brasil pactuou a meta de reduzir para até 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030, enquanto a meta global é de redução para menos de 70 mortes no mesmo período.

Tabela 65. Número de óbitos, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) por município de residência, Roraima, 2024

Município	Nº de nascidos vivos	Nº de óbitos <01 ano	%	Taxa
Alto Alegre	525	19	6,4	36,2
Amajari	368	26	8,7	70,7
Boa Vista	6905	111	37,2	16,1
Bonfim	385	7	2,3	18,2
Cantá	375	2	0,7	5,3
Caracaraí	331	23	7,7	69,5
Caroebe	174	1	0,3	5,7
Iracema	124	1	0,3	8,1
Mucajaí	317	4	1,3	12,6
Normandia	449	5	1,7	11,1
Pacaraima	467	8	2,7	17,1
Rorainópolis	547	10	3,4	18,3
São João da Baliza	138	1	0,3	7,2
São Luiz	94	0	0,0	0,0
Uiramutã	577	13	4,4	22,5
Total	11.776	231	77,5	19,6

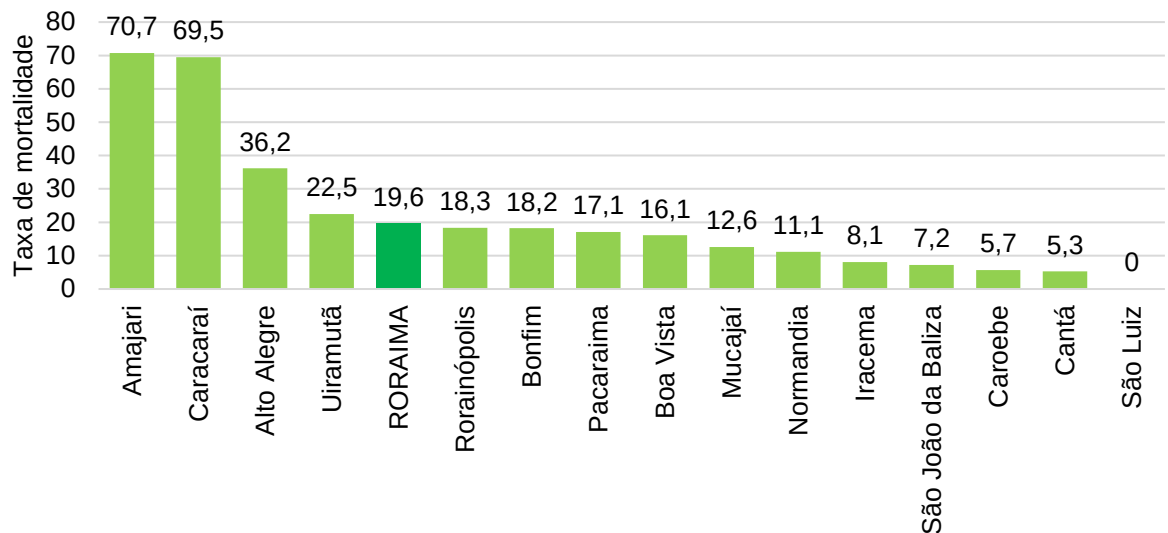
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, ocorreram 231 óbitos infantil no estado e a taxa de 19,6 por 1.000 nascidos vivos, essa taxa reduziu 18,3% em relação ao ano anterior. Apesar da redução na taxa em Roraima e no Brasil, estudos apontam preocupação frente à queda na cobertura vacinal que vem sendo registrada no país. As políticas para atenção pré-natal e apoio às mães também estão enfraquecidas e impactam o cenário. A disponibilidade do pré-natal é a principal ação que precisa ser melhorada no Brasil hoje. Em conjunto com atenção primária de qualidade, esse fator tem potencial para trazer de volta a diminuição da mortalidade infantil. Temos recursos, temos capacidade, temos gabarito e já chegamos a padrões excelentes, precisamos recuperar esses padrões (Lacerda, 2022).

A falta de aleitamento materno pesa consideravelmente nos óbitos infantis. O levantamento da Fiocruz ressalta a necessidade de promoção da amamentação desde a primeira hora de vida até, no mínimo, os seis meses de idade. Os anúncios dos industrializados têm alcance mais expressivo do que as campanhas de amamentação (Lacerda, 2022). A OMS recomenda que os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade. E que, mesmo após a introdução dos primeiros alimentos sólidos, sigam sendo amamentados até, pelo menos, os 2 anos de idade. O Ministério da Saúde almeja aumentar a amamentação

de crianças para 60%-80% até 2030.

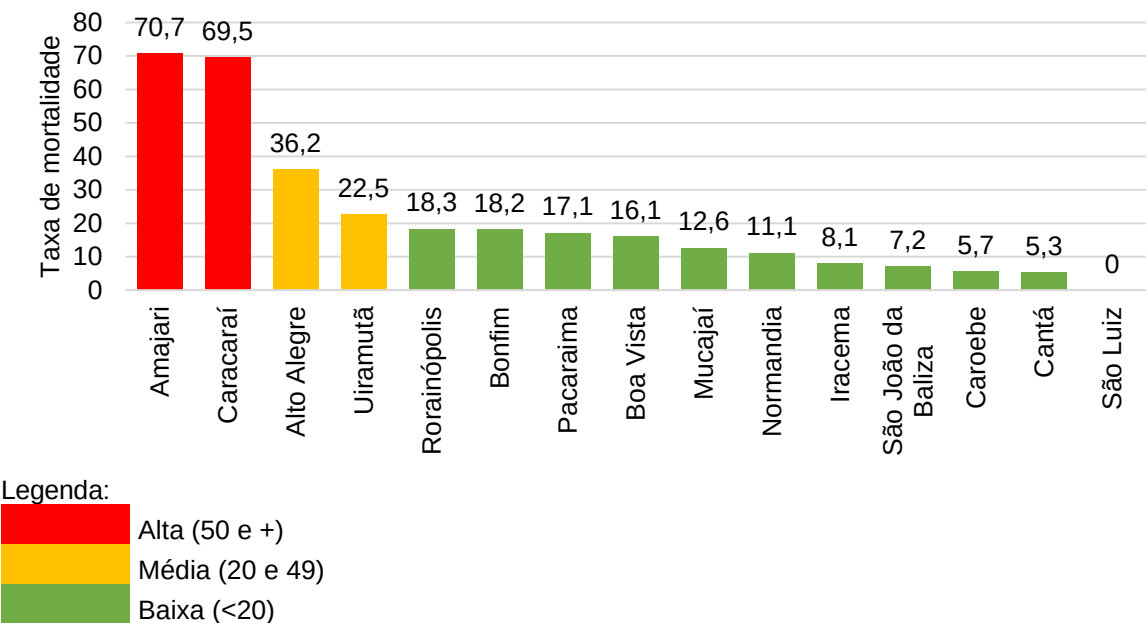
Figura 35. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Atualmente, 52% das crianças de um ano recebem leite materno, abaixo da média mundial de 70%. A campanha busca instruir mães sobre a importância e técnicas de amamentação (Conselho Nacional de Saúde, 2022).

Figura 36. Classificação da taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

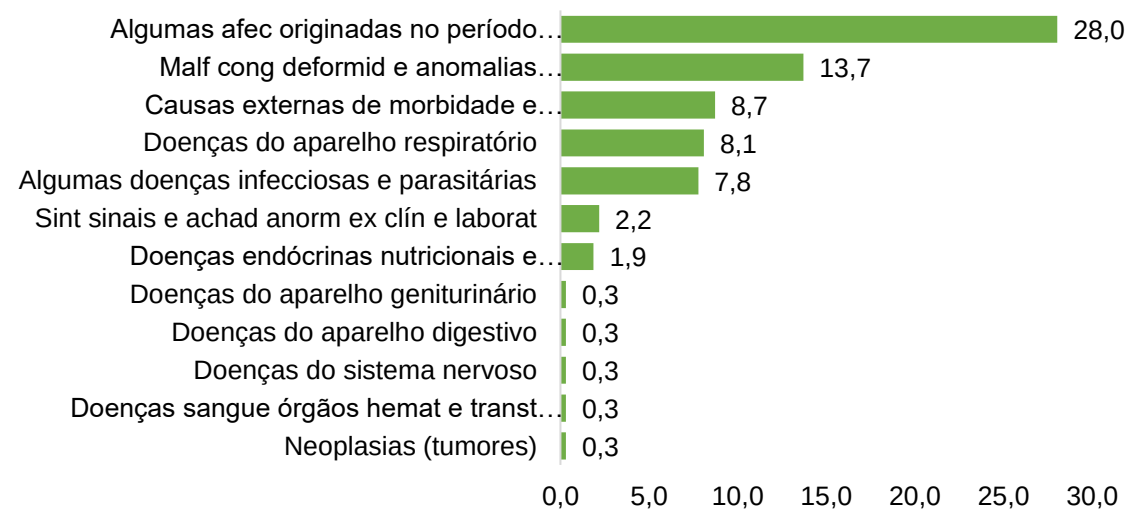
Tabela 66. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por capítulos da CID10, Roraima, 2024

Causa (Cap CID 10)	Nº	%	Taxa
Algumas afec originadas no período perinatal	90	28,0	7,6
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	44	13,7	3,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	28	8,7	2,4
Doenças do aparelho respiratório	26	8,1	2,2
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25	7,8	2,1
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	2,2	0,6
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	1,9	0,5
Neoplasias (tumores)	1	0,3	0,1
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	0,3	0,1
Doenças do sistema nervoso	1	0,3	0,1
Doenças do aparelho digestivo	1	0,3	0,1
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,3	0,1
Total	231	72,0	19,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2024, o município de Boa Vista concentrou 37,2% das mortes em menores de 1 ano, e este fato ocorre, sobretudo, devido a concentração da população na capital, uma vez que a análise é realizada por município de residência, embora, haja grande busca pela assistência especializada na capital tanto pelos municípios do interior do estado como pelos países fronteiriços, Guiana e Venezuela. Entretanto, a TMI de Boa Vista de 16,1/1.000 NV está abaixo da taxa média do estado e ocupa a 9ª posição.

Figura 37. Percentual de óbito infantil por capítulos da CID-10. Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

O município de Amajari ocupou a segunda posição em relação ao com 8,7%

dos óbitos e a primeira posição em relação a taxa de mortalidade com a taxa de 70,7 por 1.000 nascidos vivos, o município teve sua taxa 3,6 vezes maior que a taxa estadual. Esse índice é alarmante e requer uma análise na raiz desse fenômeno a fim de reduzir a ocorrência dessas mortes. Esse município tem com extensa área indígena e 92,3% (24/26) desses óbitos ocorreram na população indígena (Tabela 65 e Figura 35).

As TMI do estado de 2023 foram classificadas por município de residência da mãe em altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20). Nessa classificação a TMI do estado é baixa, 13,3% dos municípios tiveram taxas alta e média e 73,4% taxas baixas (Figura 36).

As afecções originadas no período perinatal corresponderam a 28% dos óbitos, 13,7% foram devido a malformações congênitas, deformidade e anomalias cromossômicas e 8,7% por causas extrenas (Tabela 66 e Figura 37). Devido à predominância de causas perinatais, as medidas de maior potencial para a redução da mortalidade infantil são aumentos na qualidade e cobertura do atendimento pré-natal e ao parto, seguidos pelo manejo integrado de doenças infecciosas e de problemas nutricionais.

8.8.2.1 Mortalidade infantil por componentes

Como os óbitos infantis não se distribuem de maneira uniforme, convencionou-se analisá-los segundo dois componentes principais, as taxas (coeficientes) de mortalidade neonatal ou infantil precoce e pós-neonatal ou infantil tardia. A mortalidade infantil é dividida em neonatal precoce (< 7 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 dias a < 1 ano) (Brasil, 2015).

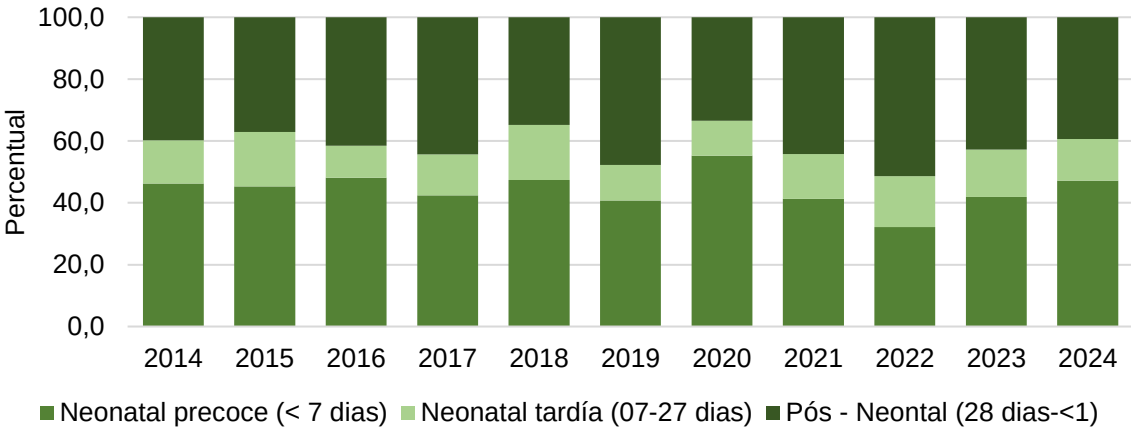
Tabela 67. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil por componentes (por 1.000 NV), Roraima, 2014 a 2024

Ano	Neonatal precoce (< 7 dias)			Neonatal tardia (07-27 dias)			Pós – Neonatal (28 dias-<1)			Total
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	
2014	106	46,3	9,5	32	14,0	2,9	91	39,7	8,2	229
2015	88	45,4	7,7	34	17,5	3,0	72	37,1	6,3	194
2016	102	48,1	9,0	22	10,4	1,9	88	41,5	7,7	212
2017	89	42,4	7,6	28	13,3	2,4	93	44,3	7,9	210
2018	128	47,4	10,1	48	17,8	3,8	94	34,8	7,4	270
2019	117	40,8	8,0	33	11,5	2,3	137	47,7	9,3	287
2020	152	55,3	11,0	31	11,3	2,3	92	33,5	6,7	275
2021	111	41,3	8,0	39	14,5	2,8	119	44,2	8,6	269
2022	80	32,1	6,1	41	16,5	3,1	128	51,4	9,8	249
2023	131	41,9	10,1	48	15,3	3,7	134	42,8	10,3	313
2024	109	47,2	9,3	31	13,4	2,6	91	39,4	7,7	231

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Atualmente, a mortalidade neonatal precoce concentra 47,2% das mortes infantil do estado, somando com a mortalidade neonatal tardia, o percentual dessas mortes é de 60,6%, ou seja, esse percentual de menores de 1 ano morreram com menos de 28 dias de nascimento (Tabela 67 e Figura 38). A mortalidade neonatal precoce expressa a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido (Soares; Menezes, 2010). É influenciada por fatores como baixo peso ao nascer, asfixia intraparto, infecções e síndromes respiratórias.

Figura 38. Percentual de óbito infantil por componentes, Roraima, 2014 a 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

As políticas de redução da mortalidade infantil do Brasil priorizam os primeiros 27 dias de vida da criança, a exemplo do que acontece nos países mais desenvolvidos. A mortalidade neonatal caiu de 37 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 19 a cada mil nascidos vivos em 2016. Cerca de 1 milhão dessas crianças morreram em 2016, principalmente por causas evitáveis (WHO, 2018).

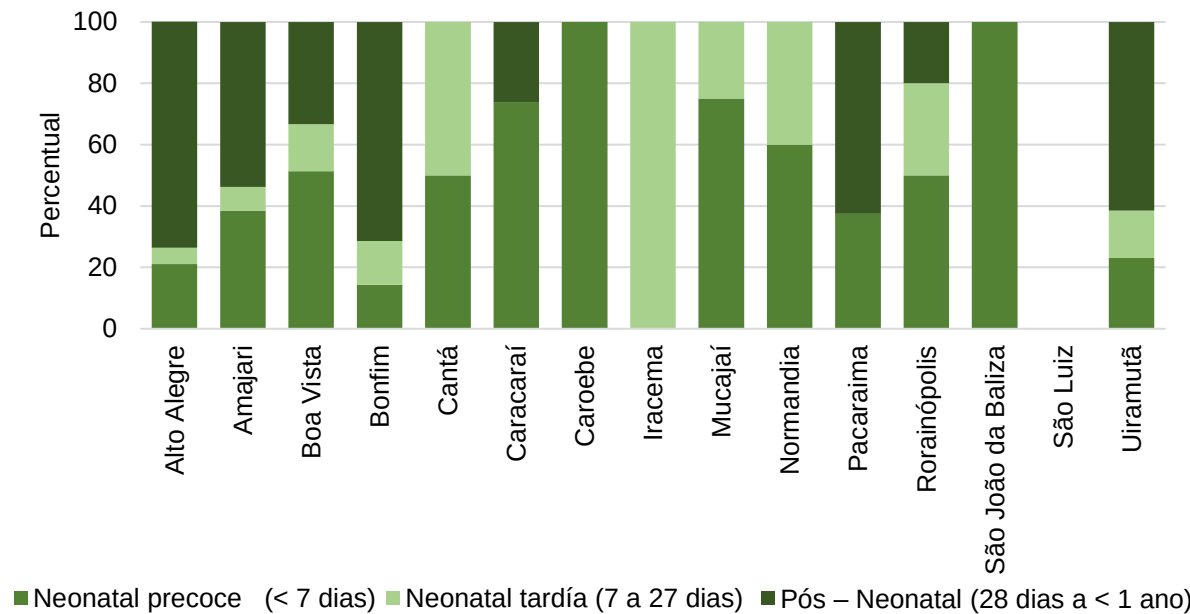
Tabela 68. Número e percentual de óbito infantil por componentes e município, Roraima, 2024

Município	Neonatal precoce (< 7 dias)		Neonatal tardia (7 a 27 dias)		Pós – Neonatal (28 dias- a <1)		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	4	21,1	1	5,3	14	73,7	19
Amajari	10	38,5	2	7,7	14	53,8	26
Boa Vista	57	51,4	17	15,3	37	33,3	111
Bonfim	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7
Cantá	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Caracaraí	17	73,9	0	0,0	6	26,1	23
Caroebe	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Iracema	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Mucajá	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4
Normandia	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5
Pacaraima	3	37,5	0	0,0	5	62,5	8
Rorainópolis	5	50,0	3	30,0	2	20,0	10
São João da Baliza	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
São Luiz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Uiramutã	3	23,1	2	15,4	8	61,5	13
Total	109	47,2	31	13,4	91	39,4	231

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Esse padrão mudou ao longo dos anos no estado, em 2000, havia predomínio da mortalidade pós-neonatal (Benedetti, 2000). As principais causas da mortalidade pós-neonatal no Brasil incluem causas evitáveis como doenças infecciosas (especialmente pneumonia e diarreia), desnutrição e causas externas (acidentes). Também há uma parcela significativa de óbitos com causas mal definidas, o que indica a necessidade de melhor investigação e notificação dos óbitos (Prezoto et al, 2023). A redução da mortalidade pós-neonatal é reflexo da melhoria da atenção básica à criança e dos fatores associados ao meio ambiente, sobretudo água e saneamento.

Tabela 39. Percentual de óbito infantil por componentes e município, Roraima, 2024



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

Praticamente a metade dos municípios tiveram o predomínio da mortalidade neonatal precoce. Em Alto Alegre, Boa Vista, Pacaraima e Uiramutã o predomínio foi da mortalidade neonatal tardia (Tabela 68 e Figura 39).

Em 2024, em Roraima, o risco relativo de mortalidade infantil para mães com baixa escolaridade (até ensino fundamental) é de 1,4 vezes maior em comparação com mães com alta escolaridade (ensino médio e superior); mães adolescentes tiveram o risco 1,4 vezes maior que as não adolescentes; mães indígenas tiveram o risco 2,2 vezes maior que as mães não indígenas; e os nascidos vivos prematuros tiveram um risco 8,7 vezes maior de morte que os não prematuros. É consenso na literatura que a prematuridade é um fator de risco para a mortalidade neonatal precoce. Vários estudos demosntram maior risco de morte infantil em mães com baixa escolaridade e adolescentes (Soares: Menezes, 2010).

8.9 CAUSAS DE MORTES EVITÁVEIS DE 0 A 4 ANOS

As mortes evitáveis são mortes preveníveis pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidade de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada (Secretaria de Estado da Bahia, 2024) e poderiam ser barradas por ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém- nascido ou diagnósticos corretos, por exemplo (Brasil, 2024b).

As causas de morte evitáveis são classificadas em grupos: Causas evitáveis (Reduzíveis pelas ações de imunização e reduzíveis atenção gestação parto feto recém-nasc); reduzíveis ações no diagnóstico e tratamento adequado e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde).

Tabela 69. Número de óbitos em menores de 1 ano por grupos de causas evitáveis, Roraima, 2015 a 2024

Causa evitáveis	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Causas evitáveis	131	147	126	172	184	195	190	168	216	167
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	32	47	34	50	39	58	54	31	57	42
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	15	7	11	17	8	28	12	12	30	17
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	28	25	23	28	34	36	34	38	36	32
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	17	27	22	14	30	20	41	37	43	27
1.4. Reduz. ações promoção vinc. ações de atenção	39	41	36	62	73	53	49	50	50	49
2. Causas mal definidas	10	11	6	5	13	16	5	8	4	5
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	53	54	78	93	90	64	74	73	93	59
Total	194	212	210	270	287	275	269	249	313	231

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

No período de 2015 a 2024 foram identificadas 1.695 causas de mortes evitáveis em menores de 1 ano de idade, representando 67,5% do total, destas, 0,1% (n=1) são reduzíveis pelas ações de imunizações; 26,2% (n=444) são reduzíveis atenção à mulher na gestação; 29,1% (n=276) são reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde; 17,8% são

reduzíveis ações diagnóstico e tratamento adequado; 9,3% (n=157) reduzíveis atenção gestação no parto; 18,5% (n=314) reduzível por adequada atenção ao recém-nascido; 16,4 (n=278) reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado; 26,9% (n=502) Reduzíveis por. Ações de promoção vinculados as. ações de atenção (Tabela 69).

O detalhamento das causas evitáveis de mortes em menores de 1 ano estão na Tabela 70.

Tabela 70. Número e percentual de óbitos menores de 1 ano por causas evitáveis, Roraima, 2015 a 2024

Causa evitáveis	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Causas evitáveis	131	147	126	172	184	195	190	168	216	167
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.. Sarampo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	32	47	34	50	39	58	54	31	57	42
.. Sífilis congênita	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4
.. Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.. Feto e recém-nasc afet compl placenta membranas	0	5	3	2	1	5	1	2	5	3
.. Feto e recém-nascido afet afecções maternas	2	6	6	11	10	11	11	8	6	7
.. Feto e recém-nasc afet por compl matern gravid	1	1	4	2	1	6	3	1	4	4
.. Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
.. Transt gest curta duração e peso baixo nascer	1	0	1	1	4	7	7	5	3	3
.. Síndrome da angústia respiratória recém-nascido	17	24	15	23	15	20	25	10	29	13
.. Hemorragia pulmonar originada período perinatal	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2
.. Hemorragia intracran ã traum feto e recém-nasc	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.. Isoimunização Rh ou ABO do feto e recém-nascido	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
.. Out doenç hemolít feto recém-nasc dev isoimuniz	1	2	1	3	0	1	1	1	1	3
.. Enterocolite necrotizante feto e recém-nascido	4	6	1	5	5	5	3	1	5	2
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	15	7	11	17	8	28	12	12	30	17
.. Feto recém-nasc afet placent prév descol placen	0	1	0	4	2	1	2	3	2	2
.. Feto e recém-nasc afet afecções cordão umbilic	1	1	2	1	0	1	1	0	1	0
.. Feto recém-nasc afet outr complicações parto	0	0	0	2	0	1	1	0	2	1
.. Traumatismo de parto	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0

.. Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	7	2	7	5	4	18	6	8	15	12
.. Síndr aspiração neonat excet leite alim regurg	5	2	2	5	2	5	2	1	10	2
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	28	25	23	28	34	36	34	38	36	32
.. Transt respir cardiovasc específ períod neonat	15	7	9	11	13	12	10	11	9	9
.. Infecç per neonatal exc SRC e hepat viral cong	10	12	8	11	14	14	19	19	16	14
.. Hemorragia neonatal exc intracraniana ã traumát	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0
.. Outras icterícias neonatais	0	1	0	0	1	2	1	0	2	0
.. Transt endócr metab transit esp feto recém-nasc	1	2	0	1	2	2	0	2	4	0
.. Outr transt hemotológicos feto e recém-nascido	1	1	0	0	0	2	1	0	0	1
.. Transt ap digest feto recém-nasc exc enter necr	0	0	2	2	1	0	0	3	1	2
.. Afecç compromet tegument regul térmica feto rn	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1
.. Outr transt orig período perinatal, exc P96.9	1	2	0	3	1	3	2	2	3	5
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	17	27	22	14	30	20	41	37	43	27
.. Tuberculose respirat c/confirm bacter e histol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.. Tuberculose vias respirat s/conf bacter histol	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
.. Meningite (exceto por Haemophilus)	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
.. Infecções agudas das vias aéreas superiores	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
.. Pneumonia	12	19	13	7	22	16	33	32	34	20
.. Outras infecções agudas vias aéreas inferiores	1	2	1	0	2	0	3	1	4	1
.. Algumas doenças pulmonares dev agentes externos	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0
.. Anemias nutricionais	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
.. Outras doenças bacterianas	2	1	4	5	3	2	3	1	1	5
.. Depleção de volume	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
.. Síndrome de Down	1	2	1	0	1	0	2	1	1	0
.. Infecção do trato urinário localiz não especif	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
.. Febre reumát aguda e doenç reumát crôn coração	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1.4. Reduz. ações promoção vinc. ações de atenção	39	41	36	62	73	53	49	50	50	49
.. Doenças infecciosas intestinais	1	5	9	11	17	6	9	14	16	8
.. Rickettsioses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.. Doenças devidas a protozoários	0	2	1	2	4	2	1	5	5	4
.. Doenças infecciosas, outras e não especificadas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
.. Desnutrição e outras deficiências nutricionais	5	5	2	6	11	7	10	4	9	5
.. Acidentes de transporte	1	0	1	0	2	0	1	1	1	1

.. Síndrome da morte súbita na infância	2	3	1	4	0	7	9	9	2	3
.. Quedas	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
.. Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
.. Afogamento e submersão acidentais	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
.. Outros riscos acidentais à respiração	4	1	6	4	6	3	6	5	4	7
.. Agressões	25	21	13	32	29	24	10	9	12	17
.. Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	1	2	3	3	2	3	1	2	1	2
.. Exposição a forças mecânicas inanimadas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Causas mal definidas	10	11	6	5	13	16	5	8	4	5
.. Sintomas, sinais e achados anormais	7	7	5	4	10	10	5	7	4	4
.. Morte fetal de causa não especificada	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.. Afeções orig período perinatal não especific	3	4	1	1	2	6	0	1	0	1
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	53	54	78	93	90	64	74	73	93	59
Total	194	212	210	270	287	275	269	249	313	231

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2025 (sujeitos à alteração).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Aborto está entre as cinco principais causas de mortalidade materna, 10/01/2023.** Disponível em: <https://www.apm.org.br/aborto-esta-entre-as-cinco-principais-causas-de-mortalidade-materna/>

BAHIA. **Doenças evitáveis ou reduzíveis mataram cerca e 9 mil pessoas no Brasil.** Salvador: Secretaria de Estado da Saúde, 19 mai 2022. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2022/05/19/doencas-evitaveis-ou-reduziveis-mataram-cerca-de-9-mil-pessoas-no-brasil/>

BARROS, P. S.; AQUINO, E. C; SOUZA, M. R. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.53 São Paulo 2019

BEAUVOIR S. O Segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2009.

BENEDETTI, M. S. G. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2000.** Boa Vista: SESA, 2000.

BENEDETTI, M.S.G. **Estudo da mortalidade por causas externas em Roraima, 1995-2001.** Monografia de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal de Roraima. Boa Vista: UFRR, 2002. 47 p.

BENEDETTI MSG et al. Roraima: análise da mortalidade por acidente de transporte terrestre e violência interpessoal ocorridos em roraima. in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de**

situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 305-314.

BENEDITTI MSG et al. Evolução temporal na taxa e nos potenciais de vida perdidos por homicídio no estado de Roraima, Brasil. **ContraCorrente: Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas**, [S.l.], v. 2, n. 22, p. 51-72, dez. 2024. ISSN 2525-4529. Disponível em: <<https://periodicos.uea.edu.br/index.php/contracorrente/article/view/4120>>. Acesso em: 30 jul. 2025. doi: <https://doi.org/10.59666/cc-ppgich.v2i22.4120>.

BENEDETTI MSG et al. **Meta global de eliminação da Aids como problema de saúde pública: cenário atual no estado de Roraima, Amazônia brasileira.** XV Cong. da SBDST, XI Cong. Bras. de AIDS, VI Cong. Latino Americano IST/HIV/AIDS Rio de Janeiro, 3 a 6 de junho de 2025.

BENGUIGUI, Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 2022, 10(1), 13-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2012: Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações.** Brasília, 2013. 538 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília, 2014. 384 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Estatísticas do câncer, 2018b.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 422 p.

BRASIL. **Brasil registra queda de óbitos por aids, mas doença ainda mata mais pessoas negras do que brancas.** Brasília: Ministério da saúde, 01/12/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/brasil-registra-queda-de-obitos-por-aids-mas-doenca-ainda-mata-mais-pessoas-negras-do-que-brancas>

BRASIL. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores demográficos.** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa07.htm>. Acesso em: mar 2024b.

BRASIL. RIPSa. **Indicadores de Mortalidade.** Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc07.htm>. Acesso em mar 2024c.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** - Tuberculose 2024c. Número Especial, mar 2024d.

BRASIL. **Indicadores epidemiológicos.** Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/privado/tuberculose.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Informações de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados apresentados no Seminário Tuberculose um desafio constante.** Boa Vista, 11 e 12 abr 2024d. BRASIL. Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos. Brasília: Ministério da saúde, março, 2024f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos#:~:text=O%20Brasil%20registrou%20em%202023,uma%20s%C3%A9rie%20hist%C3%B3rica%20desde%201996>.

BRASIL. **Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 22/03/2024f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos>

BROOKS, M. **Novas pistas de como a poluição atmosférica pode causar câncer de pulmão em não fumantes,** abril 2023. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6509480?ecd=mkm_ret_230501_mscpmrk-OUS_TreAlert_PT&uac=323778SG&implID=5376389&faf=1

CABRERA MAS, ANDRADE SM, WAJNGARTEN M. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. **Geriatrics & Gerontologia**, 1(1):14-20, 2007.

CAMED BRASIL. **Câncer no Brasil: Análise abrangente com base na Estimativa 2023 do INCA,** 05 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://www.camed.com.br/noticias/cancer-no-brasil-analise-abrangente-com-base-na-estimativa-2023-do-inca>

CANIATO B. Quais as doenças que mais mataram brasileiros em 2024. Veja, 27 dez 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/maquiavel/quais-as-doencas-que-mais-mataram-brasileiros-em-2024/>

CASTIGLIONI AH. Mortalidade diferencial por causas externas no Brasil no período de 2000 a 2022. **Geografare** [Online], 39, 2024. Disponível em: <http://journals.openedition.org/geografares/16423>

CENTRO DE LIDERANÇA PÚBLICA. [Notas técnicas](https://clp.org.br/um-diagnostico-sobre-os-acidentes-de-transito-no-brasil-em-2023/) - Um diagnóstico sobre os acidentes de trânsito no Brasil em 2023. 15/05/2024. Disponível em: <https://clp.org.br/um-diagnostico-sobre-os-acidentes-de-transito-no-brasil-em-2023/>

CERQUEIRA DRC et al. (ORG.). **Atlas da violência 2020**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. 96 p.

CERQUEIRA D. Atlas da Violência. Rio de Janeiro: Ipea; Forum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. 176 p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde. 03 agosto 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-cao-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude_64714.html

COLLUCCI, C. **Pandemia leva à redução de consultas no pré-natal e de apoio para cuidar de bebês**, FOLHA UOL. 6 out 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/10/pandemia-leva-a-reducao-de-consultas-no-pre-natal-e-de-apoio-para-cuidar-de-bebes.shtml> ou as

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Campanha nacional busca estimular aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Agosto, 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2584-campanha-nacional-busca-estimular-aleitamento-materno>

ESTADO DE MINAS GERAIS. **Paz no trânsito começa por você**, Secretaria de Estado da saúde, março, 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/vidanotransito>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Comunicado vacina HPV – SBIm/SBP/SBI/FEBRASGO**. 2019. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/902-comunicadovacinahpvsbim-sbp-sbi-febrasgo>. Acessado em 26 de setembro de 2023.

FERREIRA, A.F. et al. Mortalidade por hanseníase em contextos de alta endemicidade: análise espaço-temporal integrada no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 43, 2019. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.87>

FILOMENO, F. **Hipertensão arterial já acomete cerca de 30% da população adulta no Brasil**. [Medscape Notícias Médicas](https://portugues.medscape.com/verartigo/6509503?ecd=mkm_ret_230429_mscpmr_k-OUS_TreAlert_PT&uac=323778SG&implID=5379798&faf=1). 26 abr 2023a. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6509503?ecd=mkm_ret_230429_mscpmr_k-OUS_TreAlert_PT&uac=323778SG&implID=5379798&faf=1

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Combate à Sífilis: tratamento de gestantes evita transmissão para 71% dos bebês, 16/10/2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/tratamento-de-gestantes-evita-transmissao-de-sifilis-para-71-dos-bebes/>

DIAS DEM et al. Análise da tendência da mortalidade por causas externas em pessoas idosas no Brasil, 2000 a 2022. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, n27, 2024 • <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230204.pt>

DRAGER L. 65% das pessoas acima dos 60 anos são hipertensas. Veja, 18 nov 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/coluna/guenta-coracao/65-das-pessoas-acima-dos-60-anos-sao-hipertensas/>

FARIAS ECMH et al., Impacto da pandemia de COVID-19 nas doenças respiratórias: Um estudo sobre bronquite e bronquiolite aguda em crianças na região norte do Brasil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(2), 569–580, 2024. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p569-580>

FEITOSA, S. F. ET AL. Culture and infanticide in brazilian indigenous communities: the zuruaha case. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 853-865, 2010. FOLHA WEB. **Aumento alarmante: Um terço dos assassinatos em Roraima tem como vítimas venezuelanos.** 2023. Disponível em: Link: <https://www.folhabv.com.br/policia/aumento-alarmante-um-terco-dos-assassinatos-em-roraima-tem-como-vitimas-venezuelanos/>

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** São Paulo: FBSP, 2023. 357 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDA BRASIL. **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso.** UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>

G1. **Roraima tem maior taxa de estupro de mulheres e meninas do Brasil, aponta anuário.** Boa Vista, 23/07/2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2024/07/23/roraima-tem-maior-taxa-de-estupro-de-mulheres-e-meninas-do-brasil-aponta-anuario.ghtml>

G1. **Inca divulga estimativas de incidência de tipos de câncer no Brasil; veja listas.** 12 nov 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/11/23/brasil-tera-704-mil-novos-casos-de-cancer-por-ano-ate-2025-preve-estudo-do-inca.ghtml>

G1. **Amazonas lidera no número de suicídios em indígenas por quatro anos.** Julho 2023a. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2023/08/01/amazonaslidera-numero-de-suicidios-entre-indigenas-por-quatro-anos-seguidosaponta-cimi.ghtml>

G1. **Roraima é o estado da Amazônia Legal com a maior taxa de mortes violentas de indígenas,** diz estudo, dez 2023b. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2023/12/11/roraima-e-o-estado-amazonialegal-com-a-maior-taxa-de-mortes-violentas-de-indigenas-diz-da->

[estudo.ghtml](#)

GANDRA, A. **Brasil teve, em 2021, 107 mortes de mães a cada 100 mil nascimentos.** Agência Brasil: Rio de Janeiro, 28 mai 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasil-teve-em-2021-media-de-107-mortes-cada-100-mil-nascimentos#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20Painel,a%20cada%20100%20mil%20nascimentos>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Roraima.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr.html>. Acesso em: 31/07/2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. 160 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rio de Janeiro : INCA, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/hpv>

LACERDA, N. **Brasil retrocede no controle da mortalidade infantil: duas a cada três mortes de bebês são evitáveis.** Brasil de Fato, maio, 2022. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/brasil-retrocede-no-controle-da-mortalidade-infantil-2-a-cada-3-mortes-de-bebes-sao-evitaveis/>

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. Rev. Panam. Salud. Publica, v. 23, n. 5, mayo 2008. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9983>. Acesso em: 23 jul. 2025.

LEASK, H. Os casos de câncer de início precoce dispararam? Não tão rápido, dizem os especialistas. Medscape, 22 de setembro de 2023.

MALTA, D. C. ET AL. Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de carga global de doenças. **São paulo Med J.**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 213-221, 2017.

MENEZES M. **Aumento dos casos de malária tem correlação direta com o garimpo ilegal.** Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 12/04/2023. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/noticias/aumento-dos-casos-de-malaria-na-terra-yanomani-tem-correlacao-direta-com-o-garimpo-ilegal-0>

Moreira JPL et al. **Perfil epidemiológico de mortalidade de pessoas idosas longevas no município de Ribeirão Preto, SP.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 28, 2025 • <https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.240042.pt>

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Relatório sobre Mortalidade Infantil 2023**, março 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/263674-relat%C3%B3rio-sobre-mortalidade-infantil-2023>

OLIVEIRA, G. M. M; RIBEIRO, A. L. R. Estatística Cardiovascular Brasil 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** 115 (3) • Set 2020 • <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>

OLIVEIRA, GMM et al. **Estatística Cardiovascular – Brasil 2023**. Arq. Bras. Cardiol. 121 (2),2024. <https://doi.org/10.36660/abc.20240079>

OPAS. **HPV e câncer do colo do útero**. <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 08/08/2024.

PREZOTO K H et al. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. **Acta Paul Enferm**, v. 36, eAPE02322, abril de 2023.

REVISTA GALILEU. **A violência contra povos indígenas no Brasil cresceu em 2022**, jul, 2023. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/sociedade/noticia/2023/07/violenciacontra-povos-indigenas-no-brasil-cresceu-em-2022-veja-dados.ghtml>

ROCHA, L. **Por que a hanseníase ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil**. CNN, São Paulo, 30 jan 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/por-que-a-hanseniase-ainda-persiste-como-problema-de-saude-publica-no-brasil/>

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 1996**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 1996.

RORAIMA. **Análise de Situação de Saúde: dados e Indicadores de Mortalidade, Roraima, 2006 a 2023**, n. 01, mar 2024a. Boa Vista: Sala de Situação deSaúde/DVE/CGVS/SESAU/RR. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>

RORAIMA. **Análise de Situação de Saúde: panorama da Tuberculose em Roraima, 2013 a 2023**, n. 03. Boa Vista: Sala de Situação de Saúde/DVE/CGVS/SESAU/RR, abril, 2024b. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>

RORAIMA EM FOCO. **Lei Seca: Número de multas por embriagues no volante cresce 30,35% em Roraima, 2023**. Disponível em: <https://roraimaemfoco.com/lei-seca-numero-de-multas-por-embriaguez-novolante-cresce-3035-em-roraima/>

RORAIMA EM TEMPO. **Roraima registra quase 300 casos de estupro de vulnerável de janeiro a julho deste ano, 2023**. Disponível em: <https://roraimaemtempo.com.br/cidades/roraima-registra-quase-300-casos-deestupro-de-vulneravel-de-janeiro-a-julho-deste-ano/>

RORAIMA. **Reduz em 39% o número de acidentes com vítimas fatais na Capital**. Boa Vista: Departamento Estadual de Trânsito de Roraima, 28/06/2023. Disponível em: <https://www.detran.rr.gov.br/reduz-em-39-o-numero-de-acidentes-com-vitimas-fatais-na-capital/>

RORAIMA. **Acidentes nas BRs de Roraima tem queda de 37% em 2023**. Boa Vista: Departamento Estadual de Trânsito de Roraima, 29/01/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/prf/pt-br/noticias/estaduais/roraima/2024/janeiro/acidentes-nas>

[brs-de-roraima-tem-queda-37-em-2023](#)

SÁ R. **Brasil tem 5 mil crianças e adolescentes assassinados por ano, aponta debate.** Agência Senado, 23/08/2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/08/23/brasil-tem-5-mil-criancas-e-adolescentes-assassinados-por-ano-aponta-debate>

SANTOS PAB; SARAIVA JPM. **Dados Consolidados de Óbitos no Trânsito Brasileiro – 2022.** Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV), jan. 2024. Disponível em: <https://www.onsv.org.br/pdi/analise-datasus-2022>

SEBASTIÃO M. **Estudo aponta que taxas de suicídio e autolesões aumentam no Brasil.** Cidacs/Fiocruz Bahia, fev. 2024. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2024/02/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil>

SECRETARIA DE ESTAO DA BAHIA. **Óbitos por causas evitáveis 0 a 4 anos – Notas Técnicas.** http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/sim/docs/NT_Obitos_EvitM5.pdf. Acesso Em: março 2024

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade.** 17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Boletim Informativo da SOPERJ: abuso Sexual de Crianças e Adolescentes: Um Problema de Saúde Pública**, out. 2007. Disponível em: <https://soperj.com.br/abuso-sexual-de-criancas-e-adolescentes-um-problema-de-saude-publica/>

SOARES ES, MENEZES GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(1):51-60, jan-mar 2010.

[UNAIDS. Estatísticas - UNAIDS Brasil. Disponível em: https://unaid.org.br/estatisticas/#:~:text=Em%202024%2C,de%20doen%C3%A7as%20relacionadas%20%C3%A0%20AIDS.](#) Acesso em: 04/08/2025.

UNICEF. Levels & trends in child mortality: report 2012: estimates developed by the Uninter-agency group for child mortality estimation. UNICEF, 2012.

UNILESTE. **Maio Amarelo 2024: taxa de mortalidade no trânsito brasileiro aumentou 2,3% no último ano.** Disponível em: <https://unileste.catolica.edu.br/portal/maio-amarelo-2024-taxa-de-mortalidade-no-transito-brasileiro-aumentou-23-no-ultimo-ano/>. Acesso: 07/08/2024

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Global study on homicide 2019. Executive summary, Vienna, 2019, 46 p.

WAACK, W. **Violência no Brasil é doença social.** CNN Brasil, jul 2023.

<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/waack-violencia-no-brasil-e-doenca-social/#:~:text=Mesmo%20sendo%20o%20menor%20da,de%2020%25%20das%20mortes%20violentas>

WASELFISZ JJ. Ministério da Justiça. **Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, Ministério da Justiça, p-207-212, 2012.

WASELFISZ, J. J. Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2014. 144 p.

WEEKLY. **Alerta vermelho nas comunidades indígenas**. Disponível em: https://home.fis.org.br/destaque-weekly-by-fis-alerta-vermelho-nas-comunidades-indigenas?utm_campaign=newsletter_resumo_da_semana_-_139&utm_medium=email&utm_source=RD+Station. Acesso em: julho 2024.

WHO. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2018.

YONESHIGUE B. Casos de HIV e Aids crescem no Brasil pelo terceiro ano consecutivo. O Globo, 13/12/2024. Disponível em: [https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/12/13/casos-de-hiv-e-aids-crescem-no-brasil-pelo-terceiro-ano-consecutivo.ghtml#:~:text=Em%202024%2C%20os%20n%C3%BAmeros%20parciais,Pr%C3%A9%20Exposi%C3%A7%C3%A3o%20\(PrEP\)](https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/12/13/casos-de-hiv-e-aids-crescem-no-brasil-pelo-terceiro-ano-consecutivo.ghtml#:~:text=Em%202024%2C%20os%20n%C3%BAmeros%20parciais,Pr%C3%A9%20Exposi%C3%A7%C3%A3o%20(PrEP))

9 RECOMENDAÇÕES

Recomendamos a divulgação do Relatório Anual de Vigilância Epidemiológica de Roraima ao Gabinete do Governador, Casa Civil, Assembleia Legislativa, gestores estaduais e municipais de saúde, de educação e de segurança pública, profissionais da área da saúde e instituições de ensino e pesquisa.

Recomendamos que sejam empenhos esforços para o estreitamento das relações entre a vigilância epidemiológica estadual com a assistência em saúde (Atenção Básica e Urgência/Emergência) e os estabelecimentos de saúde de gestão privada.

Recomendamos o fortalecimento das relações da vigilância epidemiológica estadual com as vigilâncias epidemiológicas municipais para melhor articulação de estratégias de prevenção, controle e promoção à saúde.

Recomendamos o fortalecimento do CIEVS estadual, além da vigilância epidemiológica hospitalar e da sala de situação de saúde para a captação precoce de DAEs e seu permanente monitoramento.

Recomendamos o fortalecimento dos laboratórios de análise clínica nos estabelecimentos de saúde hospitalares e com atendimento de urgência e emergência, sobretudo, no interior do estado, quanto a coleta, armazenamento e transporte de amostras biológicas ao LACEN/RR (atendendo todas as normas técnicas necessárias para a adequabilidade da amostra) deve ser considerado uma prioridade no estado.

Recomendamos que a CGVS apresente periodicamente o panorama das coberturas vacinais e sua homogeneidade ao Conselho Estadual de Saúde, afim de buscar, conjuntamente, estratégias para melhorar essas coberturas.

Recomendamos a criação do Serviço de Verificação de Óbito, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, visando reduzir o número de mortes com causas mal definidas. Essa é uma demanda que a vigilância epidemiológica estadual vem desde 1996 cobrando da SESA/RR.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Rua Dr. Arnaldo Brandão nº 283, com a Av. Capitão Júlio Bezerra
Bairro São Francisco, CEP 69.305-080
Telefone (95) 3623-2757
E-mail: cgvs@saude.rr.gov.br
Boa Vista – Roraima