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 2025

Boa Vista - Roraima, 2026

Francisco dos Santos Sampaio

Governador do Estado de Roraima

Rafaell Azevedo Nascimento

Secretário do Estado de Saúde de Roraima

Claudete da Silva Praia

Secretária Adjunta do Estado de Saúde de Roraima

Éder Rodrigo Figueira Ribeiro

Secretário Adjunto do Estado de Saúde de Roraima

Juliana Gomes da Rocha

Secretária Adjunta do Estado de Saúde de Roraima

Manuel Roque Becil Júnior

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

ORGANIZAÇÃO

Maria Soledade Garcia Benedetti

Epidemiologista, Infectologista, Sanitarista, doutora em Ciências Ambientais e Técnica da Sala de Situação de Saúde - DVE/CGVS/SESAU/RR

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, Rutiléia Paiva de Souza

MORBIDADE

Maria Soledade Garcia Benedetti

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV/AIDS E SÍFILIS

Angela Aparecida Ferreira de Lima, Cícera Raquel Feitosa, Francinete Brito Ferreira, Jamilla Karla Corrêa Reis, Maria de Aparecida Cândido Baima Carneiro, Nelma Cavalcante da Costa, Tereza Cristina Silva dos Santos, Sumaia dos Santos Dias

HEPATITES VIRAIS

Angela Aparecida Ferreira de Lima, Cícera Raquel Feitosa, Francinete Brito Ferreira, Jamilla Karla Corrêa Reis, Maria de Aparecida Cândido Baima Carneiro, Nelma Cavalcante da Costa, Tereza Cristina Silva dos Santos, Sumaia dos Santos Dias

TUBERCULOSE

Angela Maria Felix Alves de Oliveira, Elba Urzedo de Freitas Lamounier, Tatiana Maia da Silva

MICOSES ENDÊMICAS

Angela Maria Felix Alves de Oliveira, Elba Urzedo de Freitas Lamounier, Tatiana Maia da Silva, Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo

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

Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo

MALÁRIA

Gerson Castro, Jacqueline de Aguiar Barros

ZOONOSES

Lorena Rodrigues Teles, Karla Cristina Souza Rocha, Márcio Gustavo Borges, Haroldo Pimentel Trajano

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

Áquila Neiva Nascimento, Caroline Damacena de Sá Lima

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

Ana Gabriely Tolentino Sales, Maria Daiane Rodrigues Rivero, Tuanne Almeida de Amorim

IMUNIZAÇÃO

Débora Emilly Barbosa Dias, Jacy Pereira Gomes Tavares de Melo

HANSENÍASE

Ana Carolina de Lima Galvão, Érica Sousa dos Santos Soares, Keiciane Aragão Martins de Matos

DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

Eudemara Medeiros Silveira Carvalho, Maria Valquíria Barreto de Paula

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Maria Goreth Sousa Alves

CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ana Paula Carvalhal Barbosa, Danubia Basílio Boaventura, Emerson Ferreira Martins, Letícia Moreno Dantas Menezes,Luiz Henrique da Silva Junior

VIGILÂNCIA HOSPITALAR

Priscila Barros Alves Bitencourt

MORTALIDADE

Maria Soledade Garcia Benedetti

Meu Roraima, desejo ver-te à frente, sem luta inglória, sem qualquer desdém, cuidando do presente e do futuro.

Dorval de Magalhães

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 8
INTRODUÇÃO 9
METODOLOGIA 24
1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA 26
2 NATALIDADE 50
2.1 TAXA DE NATALIDADE 51
2.2 TAXA DE FECUNDIDADE 56
2.3 PAÍS DA NACIONALIDADE DA MÃE 58
2.4 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DA MÃE 61
2.5 REFERENTES À MÃE 71
2.5.1 Idade da mãe 71
2.5.2 Raça/cor da mãe 86
2.5.3 Escolaridade da mãe 94
2.5.4 Situação conjugal da mãe/estado civil 99
2.6 REFERENTES A GRAVIDEZ E AO PARTO 103
2.6.1 Assistência ao pré-natal 103
2.6.2 Duração da gestação 113
2.6.3 Tipo de gravidez e tipo de parto 120
2.7 REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO 125
2.7.1 Sexo 125
2.7.2 Peso ao nascer 126
2.7.3 Vitalidade ao nascer (Apgar) 131
2.7.4 Anomalias congênitas 134
3 MORBIDADE 151
3.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV/AIDS E SÍFILIS 156
3.2 HEPATITES VIRAIS 195
3.3 TUBERCULOSE 209
3.4 MICOSES ENDÊMICAS 246
3.5 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS: SARAMPO, RUBÉOLA, SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA, VARICELA E CAXUMBA 256
3.6 DIFTERIA, MENINGITE E COQUELUCHE 296
3.7 POLIOMIELITE, PARALISIA FLÁCIDA AGUDA, INFLUENZA, COVID-19 E TÉTANO 370
3.8 IMUNIZAÇÃO 386
3.9 HANSENÍASE 399
3.10 DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR 415
3.11 ARBOVIROSES: FEBRE AMARELA, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, MAYARO E OROPOUCHE 436
3.12 MALÁRIA 472
3.13 ZOONOSES 483
3.14 ENTOMOLOGIA 527
3.15 NÚCLEO DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMSSÍVEIS 530

3.16 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 570
3.17 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR 577
4 MORTALIDADE 587
4.1 TAXA DE MORTALIDADE GERAL 588
4.2 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA 590
4.2.1 Causas de mortalidade em menores de 1 ano 598
4.2.2 Causas de mortalidade na faixa etária de 1 a 9 anos 602
4.2.3 Causas de mortalidade na faixa etária de 10 a 19 anos 605
4.2.4 Causas de mortalidade na faixa etária de 20 a 29 anos 608
4.2.5 Causas de mortalidade na faixa etária de 30 a 59 anos 611
4.2.6 Causas de mortalidade na faixa etária de 60 e mais anos 616
4.3 MORTALIDADE POR SEXO 620
4.4 MORTALIDADE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 623
4.5 MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS 625
4.5.1 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório 630
4.5.2 Mortalidade por causas externas 635
4.5.3 Mortalidade por neoplasias 644
4.5.4 Mortalidade por doenças do aparelho respiratório 653
4.5.5 Mortalidade por algumas afecções originadas no período perinatal 662
4.5.6 Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias 669
4.5.7 Mortalidade por causas mal definidas 630
4.6 MORTALIDADE FETAL 687
4.7 MORTALIDADE MATERNA 643
4.8 MORTALIDADE NA INFÂNCIA E INFANTIL 650
4.8.1 Mortalidade na infância (< 5 anos) 650
4.8.2 Mortalidade infantil (< 1 anos) 712
4.8.2.1 Mortalidade infantil por componentes 726
5 RECOMENDAÇÕES 739

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU), por meio da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e do Departamento de Vigilância Epidemiológica, apresenta o Relatório Anual de Vigilância Epidemiológica edição 2025. Este documento consolida os dados de natalidade, morbidade das doenças, agravos e eventos de saúde pública (DAE) de notificação compulsória, imunização e mortalidade servindo como uma das principais ferramentas para o planejamento estratégico da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) local.

O ano de 2025 exigiu das equipes de saúde respostas rápidas e integradas frente aos desafios epidemiológicos em Roraima. Devido à sua posição geográfica singular, com extensas fronteiras e intensa dinâmica migratória, o estado atua como sentinela na detecção precoce de surtos e na contenção de patologias de relevância nacional e global. Neste cenário, as ações de vigilância epidemiológica foram intensificadas para além dos centros urbanos, alcançando populações em situação de vulnerabilidade e os distritos sanitários especiais indígenas.

Este relatório detalha o comportamento epidemiológico de doenças prioritárias, como as arboviroses, a malária, a tuberculose, a hanseníase, as leishmanioses e as infecções sexualmente transmissíveis, além de monitorar as coberturas vacinais e o impacto das doenças crônicas não transmissíveis. Mais do que um registro estatístico, esta publicação visa transformar dados em informações que subsidiem a tomada de decisão, a otimização de recursos e a formulação de políticas públicas de saúde mais eficazes e equitativas.

Expressamos nosso reconhecimento a todos os profissionais de saúde, pesquisadores e gestores que alimentaram os sistemas de informação e atuaram na linha de frente da proteção coletiva. Reiteramos o compromisso da gestão estadual em fortalecer a vigilância em saúde, garantindo o direito à informação e promovendo a qualidade de vida de toda a população roraimense.

Maria Soledade Garcia Benedetti
Sala de Situação de Saúde - DVE/CGVS/SESAU/RR

INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica é um processo que não pode parar. Tudo inicia com a coleta de dados pelos profissionais de saúde, e somente a partir daí é possível analisar tendências temporais de natalidade, morbidade, de coberturas vacinais e de mortalidade, monitorar fatores de risco, organizar a resposta dos sistemas de saúde, e avaliar as medidas adotadas. A informação consolidada e sistematizada é o alicerce da tomada de decisão e da definição de prioridades.

Mudanças climáticas, eventos extremos, guerras, pandemias, insegurança alimentar, crise de saúde mental e risco nuclear já não pertencem apenas ao campo das previsões distantes. São ameaças que atravessam o presente, reorganizam territórios, pressionam sistemas de saúde e desafiam a capacidade dos países de proteger a vida (Cebes Brasil, 2026). No cenário da saúde pública global, os conceitos de emergência e reemergência de patógenos deixaram de ser cenários hipotéticos para se tornarem desafios diários da vigilância epidemiológica contemporânea, refletindo a constante evolução das ameaças à saúde pública global. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) indicam que a redução das coberturas vacinais, as mudanças climáticas, a intensificação da mobilidade humana e as desigualdades sociais contribuem para o retorno de agravos previamente controlados. No Brasil, o Ministério da Saúde e a Fiocruz reforçam a importância da vigilância integrada, da qualificação dos sistemas de informação, da capacidade laboratorial e da comunicação de risco para detectar precocemente surtos e evitar a propagação (Fiocruz, 2026a). Logo, fortalecer a vigilância é proteger vidas e garantir respostas mais rápidas e eficazes às emergências em saúde pública (ESP).

Buscar por estratégias complementares aos sistemas tradicionais de vigilância epidemiológica é essencial. Nesse cenário, a Vigilância Baseada em Eventos (VBE) destaca-se como uma ferramenta importante na captura rápida e organizada de informações sobre eventos que são potenciais riscos à saúde pública. Na prática, essa estratégia permite monitorar informações que ainda não passaram por validação formal, mas que podem indicar riscos à saúde pública. Isso permite uma resposta mais rápida, especialmente em situações em que cada dia faz diferença para conter a disseminação de uma doença. A tecnologia tem ampliado muito esse tipo de monitoramento. Ferramentas automatizadas e algoritmos conseguem analisar, em tempo real,

conteúdos de redes sociais, notícias e outras fontes informais. Mas esse trabalho também pode acontecer de forma mais "analógica", com profissionais e lideranças locais atentos ao que acontece em seus territórios. E os sinais podem vir de onde menos se espera. Dados de clínicas veterinárias, por exemplo, ajudam a identificar possíveis surtos de doenças transmitidas entre animais e humanos. Informações ambientais, como aumento de mosquitos ou ocorrência de enchentes, também entram nesse radar (Fiocruz, 2025; Instituto Todos pela Saúde, 2026). Nem toda informação representa um risco real, é claro. Por isso, a VBE conta com um processo bem definido, que passa por detecção de eventos que possam representar riscos à saúde; triagem e verificação de informações de fontes formais e informais; avaliação de risco para orientar ações preventivas e emergenciais; e definição de diretrizes para ações de resposta. Quando bem utilizada, essa abordagem ajuda a antecipar cenários e fortalecer a capacidade de resposta a emergências sanitárias.

A pandemia de Covid-19 reconfigurou a vigilância em saúde global e reforçou a necessidade de atenção a agentes que combinam dois fatores críticos: facilidade de disseminação e potencial de gravidade. Nesse cenário, a vigilância constante e a integração entre instituições são essenciais para antecipar riscos e proteger a população. Aquecimento global, baixa adesão a vacinas, aumento da mobilidade humana, também são fatores que fortalecem a evolução e a propagação de vírus com maior velocidade. Especialistas apontam alguns vírus que devem permanecer sob atenção em 2026, principalmente pelo potencial de provocar novos surtos epidêmicos. Um artigo publicado na revista *The Conversation*, da Universidade da Virgínia, nos Estados Unidos, destaca a gripe aviária H5N1, o Mpox e o vírus Oropouche como agentes que merecem monitoramento contínuo. Outro estudo, publicado na revista científica *Emerging Infectious Diseases*, também dos Estados Unidos, chama atenção para a influenza D e para um coronavírus canino (HuPn-2018). Esses vírus já circulam entre animais, têm vigilância ainda limitada e podem sofrer mutações que, em determinadas condições, facilitem a transmissão entre humanos. (Fiocruz, 2026b). Apesar do potencial de disseminação desses vírus, o Ministério da Saúde do Brasil diz ter capacidade científica e técnica consolidada para monitorar riscos, fortalecer a vigilância epidemiológica e responder de forma oportuna a possíveis ameaças.

Surtos recentes de doenças como o hantavírus, dengue, influenza, chikungunya levanta uma teoria sobre um “inimigo invisível” que está preocupando especialistas, e o cenário atual merece atenção (Tiktaltv, 2026). Coincidência ou estamos entrando em

uma nova fase global de doenças?

O governo da Etiópia confirmou a ocorrência de uma epidemia do vírus de Marburg no sul do país, após a investigação de casos suspeitos de febre hemorrágica. Até o dia 16 de dezembro de 2025, foram 14 casos confirmados e 9 mortes. O vírus de Marburg, da mesma família do Ebola, é um dos patógenos mais letais conhecidos, com taxas de mortalidade de até 88%. Como não há vacina ou tratamento específico aprovado, o foco das equipes médicas está no diagnóstico rápido e no suporte clínico precoce para aumentar as chances de sobrevivência. A OMS e o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention)* África enviaram equipes de resposta rápida para as cidades de Jinka e Hawassa para conter a propagação. Autoridades monitoraram centenas de contatos e instalaram centros de isolamento, enquanto países vizinhos, como o Quênia, reforçaram a vigilância em aeroportos e fronteiras para evitar a transmissão transfronteiriça (The News, 2026).

A doença pelo vírus Ebola representa um dos desafios mais difíceis em matéria de doenças infecciosas que podemos enfrentar, e é caracterizada por uma taxa de letalidade que, historicamente, tem variado entre 25% e 90% em diferentes surtos, com uma média próxima a 50% (Rocha, 2026). A OMS declarou a epidemia de Ebola na República Democrática do Congo uma ESP de importância internacional e alertou para a possibilidade de um surto ainda maior diante do aumento de casos e mortes, e alertou que seria um erro subestimar o atual surto. A preocupação das autoridades sanitárias é maior porque o surto envolve a cepa *Bundibugyo* – considerada a mais virulenta –, para a qual ainda não existe vacina. Ao menos 177 mortes já são consideradas ligadas ao surto, que soma quase 750 casos suspeitos no país. Dois casos também foram confirmados em Uganda. Basta um único caso de contato para que o vírus se espalhe além das fronteiras da região (CNN Brasil, 2026). Em junho de 2026, foi confirmado um caso de Ebola na França, num médico proveniente de uma missão humanitária na República Democrática do Congo (Sicnoticias, 2026). A boa notícia é que há vários medicamentos em estudo, “com níveis de evidência limitados”. O candidato em estágio mais avançado é um fármaco feito com dois anticorpos capazes de neutralizar o vírus, chamado MBP134, que foi testado em primatas não humanos, com resultados encorajadores. O rendesivir, já utilizado contra a Covid-19, demonstra atividade antiviral contra a variante Bundibugyo no laboratório. No entanto, sua eficácia em humanos ainda não foi comprovada. Por fim, um antiviral chamado obeldesivir também está sendo estudado. Administrado por via oral, poderia ser particularmente interessante em

caso de epidemia, pela facilidade de rápida distribuição às pessoas expostas (Gervais, 2026). Pesquisadores no Reino Unido desenvolvem uma vacina contra a cepa *Bundibugyo* do Ebola, que mata cerca de um terço dos infectados e ainda não tem imunizante aprovado. O projeto é considerado urgente para a saúde pública global, e a expectativa é que a vacina fique disponível em poucos meses, oferecendo uma nova ferramenta de controle para surtos futuros (Daily Journal News, 2026).

Uma doença misteriosa na África Ocidental despertou grande preocupação internacional depois que mais de uma dúzia de pessoas perderam a vida em uma aldeia na República do Congo em menos de duas semanas. Autoridades de saúde alertaram sobre um surto não identificado que causa sintomas graves, segundo relatos da imprensa local (Natibomba, 2026).

A Fiocruz atua de forma preventiva na preparação do SUS para uma eventual resposta ao vírus Nipah, considerado prioritário pela OMS devido ao seu potencial pandêmico. Apesar de dois casos recentes registrados na Índia, o vírus permanece restrito ao Sul e Sudeste da Ásia, com surtos esporádicos já registrados em países como Malásia, Bangladesh e Filipinas. A transmissão do Nipah está ligada principalmente a morcegos frugívoros conhecidos como raposas-voadoras, inexistentes nas Américas, o que reduz ainda mais qualquer possibilidade de circulação do vírus em território nacional. Não há evidências de disseminação internacional nem risco para o Brasil, entretanto, protocolos, fluxos operacionais e a disponibilidade de kits diagnósticos já foram alinhados entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde como medida estratégica de vigilância (Farma ICT, 2026).

O Ministério da Saúde argentino registrou na temporada epidemiológica 2025-2026 101 casos de hantavírus e 32 casos foram fatais, o que representa uma taxa de letalidade de 31,7%. O aumento coincide com a investigação do surto identificado a bordo do navio de cruzeiro MV Hondius, que partiu de Ushuaia em 1º de abril e acumula três mortes e seis casos suspeitos entre passageiros e tripulantes (Conexão Política Brasil, 2026).

A Mpox continua exigindo atenção no mundo, mas o cenário atual é diferente do observado em 2022. Hoje observa-se circulação persistente em menor intensidade, com casos localizados e necessidade de vigilância contínua com monitoramento constante e respostas rápidas para evitar novos surtos (Sociedade Paulista de Infectologia, 2026).

A sífilis é classificada oficialmente por especialistas e pelo próprio Ministério da

Saúde como uma "epidemia silenciosa". Em outubro de 2016, o Ministério da Saúde decretou a epidemia diante dos altos índices de novos casos da doença no país. O termo aplica-se perfeitamente à realidade do país por dois grandes motivos: o comportamento biológico da infecção e a falta de percepção pública do risco. Segundo a LAIS (2019), desde 2010, foram registrados quase 480 mil novos casos. Entre os anos de 2016 e 2017 houve um aumento de 32% nos casos de sífilis entre adultos – e mais de 28% em mulheres grávidas. O último relatório da OMS revelou que os novos diagnósticos mundiais subiram para 8 milhões de casos anuais. As Américas lideram os índices globais de incidência. No cenário nacional, dados oficiais do Ministério da Saúde do Brasil registraram mais de 256.000 novos casos de sífilis adquirida em apenas um ano (OPAS, 2024).

Os vetores são organismos vivos que podem transmitir parasitas, vírus e bactérias entre humanos ou de animais para humanos. Eles são responsáveis pela transmissão de doenças como malária, dengue, esquistossomose, leishmaniose, doença de chagas e febre amarela. No Brasil, a vigilância entomológica é uma ação realizada pelas equipes municipais de saúde, com o intuito de realizar o levantamento de informações dos insetos vetores e sua interação com o ambiente. A partir desse levantamento é possível calcular indicadores para monitorar a presença, a distribuição geográfica e a densidade dos insetos no tempo e no espaço, permitindo estimar os riscos de transmissão de patógenos e definir as intervenções de prevenção e controle vetorial, preferencialmente por meio do manejo integrado de vetores (Fiocruz Bahia, 2026). Em Roraima, essa vigilância precisa ser fortalecida visando a identificação e o mapeamento dos principais vetores para a implementação de medidas de controle mais eficazes, direcionadas às especificidades ecológicas regionais, reduzindo o impacto das arboviroses e demais endemias sobre a população local.

Pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz estão liderando a retomada de uma equipe nacional voltada ao monitoramento de zoonoses em parceria com Grupo Técnico de Roedores da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. A iniciativa busca qualificar profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde para a investigação e prevenção de surtos de doenças transmitidas por animais silvestres, como a hantavirose. As atividades incluem formação teórica, capacitações em campo e monitoramento de mamíferos silvestres que podem atuar como reservatórios de patógenos. Desde 2023, a rede já capacitou profissionais em atividades realizadas em Minas Gerais, Alagoas e Bahia. Novas ações

estão previstas para a Região Amazônica. A retomada ocorre em um contexto em que especialistas alertam para a necessidade de fortalecer a vigilância ambiental diante das mudanças climáticas, das transformações nos ecossistemas e dos riscos associados à circulação de patógenos entre animais silvestres e seres humanos (IOC Fiocruz, 2026).

A raiva continua sendo uma das zoonoses mais perigosas do mundo, quase 100% fatal após o início dos sintomas, mas totalmente evitável com prevenção e informação (CRMVSP, 2025). A raiva humana no Brasil está cada vez mais associada a animais silvestres, especialmente morcegos e primatas não humanos. Apesar do avanço histórico no controle da raiva transmitida por cães, o risco permanece quando há contato com animais silvestres ou domésticos não vacinados (Vita, 2025). Após 42 anos sem registros em animais domésticos, Jundiaí-SP confirmou um caso em gato doméstico e já identificou seis morcegos positivos em 2025, reforçando a importância da prevenção em todo o país (CRMVSP, 2025). Uma descoberta importante foi realizada por pesquisadores da Escola Paulista de Medicina ao analisaram morcegos naturalmente infectados e identificaram RNA do vírus da raiva em diferentes tecidos do animal, incluindo o material fetal. As amostras apresentaram alta similaridade genética, sugerindo proximidade entre o material encontrado na fêmea e no feto. Os resultados ampliam o conhecimento sobre a dinâmica da raiva em populações de morcegos e os mecanismos que podem contribuir para a manutenção do vírus na natureza (Unifesp, 2026).

A doença de chagas, causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, continua a ser registrada em diferentes regiões do Brasil, mas hoje se apresenta sob um perfil epidemiológico profundamente diferente daquele observado ao longo do século XX. A transmissão vetorial clássica, associada à presença do barbeiro no interior das residências, deixou de ser a principal via de infecção em decorrência do êxito das políticas de controle implementadas nas últimas décadas. Em seu lugar, a transmissão oral, relacionada ao consumo de alimentos contaminados, passou a responder pela ampla maioria dos casos agudos notificados no País. Segundo o Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz aproximadamente 90% dos novos casos agudos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) já são atribuídos à transmissão oral, sendo mais de 95% concentrados na região Norte. É possível que a transmissão oral sempre existiu, mas que hoje conseguimos identificá-la melhor? Em Roraima, a transmissão vetorial está no centro das transmissões notificadas no Sinan.

A brucelose, também conhecida como febre ondulante é a zoonose bacteriana

mais comum no mundo, com mais de 500 mil novos casos por ano. A neurobrucelose, acometimento do sistema nervoso central, ocorre em cerca de 4% dos casos e representa um desafio diagnóstico considerável, dado o caráter proteiforme das suas manifestações clínicas. A apresentação desmielinizante da neurobrucelose é particularmente rara e pode mimetizar a esclerose múltipla, a vasculite cerebral ou outras doenças desmielinizantes, levando a atrasos importantes do seu diagnóstico. A brucelose é considerada, junto com a sífilis e a tuberculose, uma das "grandes imitadoras" pela medicina. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos quadros neuropsiquiátricos nos pacientes provenientes de regiões endêmicas ou com história de exposição a criação de animais ou derivados de leite sem pasteurização (Vorsatz, 2026; Varshochi; Ravanbakhsh Ghavghan, 2026). A brucelose não é ainda uma doença de notificação compulsória no Brasil, mas penso que será em breve. Em Roraima, essa vigilância epidemiológica precisa ser implantada na brevidade possível.

A ocorrência de *Echinococcus vogeli* em *Cuniculus paca* da Amazônia Ocidental pode levar a implicações para a saúde de comunidades tradicionais locais. Um estudo em Sena Madureira e Rio Branco, no estado do Acre, entre 2022 e 2023 mostrou que das 78 famílias entrevistadas, 78% relataram a prática de caça de subsistência. Foram registrados 194 cães, dos quais 83% participavam ativamente de atividades de caça e 80% consumiam frequentemente vísceras cruas, principalmente de pacas. Entre os 23 fígados analisados, 48% continham cistos hidáticos (variando de 1 a 13 cistos por fígado), com infecção por *E. vogeli* confirmada por morfologia e PCR. Os resultados sugerem que alimentar cães com vísceras cruas pode facilitar o estabelecimento do ciclo de transmissão doméstica de *E. vogeli*, aumentando assim o risco de infecção zoonótica (Anadão et al., 2026).

A doença de *Lyme* ainda é uma das doenças infecciosas transmitidas por vetores mais comuns no hemisfério norte, e sua prevalência continua aumentando. Nos Estados Unidos, aproximadamente 476 mil casos são diagnosticados e tratados a cada ano, enquanto a Europa relata mais de 130 mil casos anuais. Apesar do significativo impacto da doença, hoje não há nenhuma vacina disponível para uso em humanos. Mas isso pode mudar em breve. Em um comunicado à imprensa, a Pfizer e a Valneva anunciaram resultados positivos da fase 3 do estudo VALOR, que avaliou a vacina VLA15 contra a doença (Van Den Heuvel, 2026).

A esporotricose, uma micose de grande impacto em saúde pública e veterinária, se tornou uma doença de notificação compulsória. O *Sporothrix brasiliensis* é o principal

agente da esporotricose zoonótica no Brasil, um fungo amplamente associado à transmissão entre animais e humanos, especialmente em áreas endêmicas (Rotina microbiológica, 2026). A cidade de Manaus-AM vive um cenário endêmico da doença, sobretudo em gatos. Agora, um estudo sugere que ambientes marinhos e aves migratórias também podem participar da manutenção e dispersão deste patógeno entre diferentes regiões geográficas, pois a acaba de ser identificado, pela primeira vez, por PCR e sequenciamento molecular, em uma ave marinha migratória, o petrel-gigante-do-sul (*Macronectes giganteus*), resgatada na Praia do Cassino-RS. O fungo foi isolado da cloaca da ave revelando um importante alerta ecológico e epidemiológico.

Para erradicar as doenças negligenciadas é necessário enfrentar a mercantilização da saúde. Há 40 anos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde lançou as bases do SUS. O artigo 196 da Constituição e a Lei 8.080 garantiram a saúde como direito universal, mas a disputa entre direito e mercado segue aberta ainda mais quando 90% dos insumos farmacêuticos são importados (Coluna Saúde, 2026). Doenças como chagas, malária, leishmaniose, hanseníase e tuberculose são determinadas socialmente. Falta investimento em pesquisa, diagnóstico oportuno e cuidado adequado. Entretanto, os pacientes conquistam espaço, em 2025, foi criado o Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas (MNDN), com assento no Comitê Interministerial do Ministério da Saúde (Cosems, 2026).

Existem avanços nessa área. Um estudo com participação da Fiocruz Bahia, investigou uma estratégia experimental que pode contribuir para o desenvolvimento de vacinas contra a leishmaniose tegumentar americana e a doença de chagas. O trabalho avaliou o potencial de proteínas estruturais recombinantes do *Triatoma virus* (VP1, VP2 e VP3) como adjuvantes em modelos experimentais de imunização (Fiocruz Bahia, 2026). Um exame de sangue, combinado a um questionário padrão e ao uso de uma ferramenta de inteligência artificial, pode ajudar a mudar a forma como a hanseníase é diagnosticada no Brasil. O método mostrou potencial para identificar a doença mais precocemente, em fases iniciais, quando os sintomas ainda são sutis e os exames laboratoriais tradicionais costumam falhar (Agência Fapesp, 2026). A abordagem combinada demonstrou 100% de sensibilidade e 100% de valor preditivo negativo na identificação de novos casos em triagens populacionais,

O HTLV (Vírus linfotrópico de células T humanas) foi recentemente incluído na lista de doenças de notificação compulsória no país. De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 800 mil pessoas vivam com HTLV-1 no Brasil. A

infecção é crônica e, na maioria dos casos, não apresenta sinais ou sintomas graves. No entanto, quando há manifestações clínicas, o HTLV pode estar associado a doenças inflamatórias crônicas e a quadros graves, como a Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto e a mielopatia associada ao HTLV-1. O Ministério da Saúde publicou uma nova nota técnica que estabelece diretrizes para gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado durante a gestação e no acompanhamento de crianças expostas ao vírus após o nascimento (Agência Aids, 2026). A vigilância epidemiológica do HTLV está em fase de implantação em Roraima.

A inclusão da doença falciforme na lista de notificação compulsória em 2023 justifica-se pelo fato de ela ser uma das condições genéticas hereditárias mais prevalentes no Brasil, afetando entre 60 mil e 100 mil pessoas no país. A doença afeta predominantemente a população negra devido à herança genética e à miscigenação. A coleta compulsória de dados integra a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visando visibilizar e combater desigualdades históricas no acesso ao tratamento (UNASUS, 2025). Cientistas ganharam prêmio por desenvolver cura para a anemia falciforme, o Casgevy, a primeira terapia gênica baseada na tecnologia de edição genética CRISPR/Cas9 aprovada no mundo, desenvolvida para tratar duas graves doenças genéticas do sangue: a anemia falciforme e a beta-talassemia transfusão-dependente. O tratamento funciona de maneira precisa ao desativar um único gene específico, o que permite ao corpo produzir células saudáveis novamente. Para pacientes que sofrem com crises de dor e danos em órgãos vitais, a inovação representa uma mudança completa na qualidade de vida. Os cientistas agora buscam formas de simplificar o avanço. A ideia é desenvolver métodos que permitam aplicar a edição genética diretamente no paciente através de uma injeção, sem a necessidade de internações longas. O objetivo agora é garantir que a descoberta chegue a quem mais precisa de forma simples e acessível (Metrópoles, 2026). A vigilância epidemiológica da doença falciforme está em fase de implantação em Roraima.

As bactérias também representam ameaça a saúde pública. Estima que até 2050 serão 10 milhões de mortes por ano mais do que todos os tipos de câncer, e que uma em cada seis infecções bacterianas é resistente a tratamentos com antibióticos (Portal G1, 2026). A OMS atualizou o rol de bactérias patogênicas prioritárias. Em 2025, a lista conta com as 24 superbactérias. Foi publicada no periódico *The Lancet Infectious Diseases* e divulgada durante o último congresso da *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ESCMID). A lista é dividida em três categorias

de prioridade: crítica, alta e média e ressalta a ameaça persistente das bactérias gram-negativas resistentes a antibióticos e a resistência emergente aos antibióticos mais recentes. Ela inclui alguns patógenos e reclassifica outros, destacando a carga desproporcional das infecções adquiridas na comunidade por *Mycobacterium tuberculosis* resistente à rifampicina e por *Salmonella* e *Shigella* resistentes a fluoroquinolonas, por exemplo, principalmente em países de baixa e média renda. A classificação final foi determinada a partir do cálculo da pontuação obtida na avaliação dos indicadores, e a *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenêmicos ficou em primeiro lugar. Esse levantamento é considerado um instrumento fundamental para a orientação de iniciativas de pesquisa e desenvolvimento, além de guiar políticas públicas para combater a resistência microbiana, classificada como um dos maiores problemas de saúde global (Miranda, 2025).

O relatório final sobre o combate global às infecções resistentes a medicamentos do *The Review on Antimicrobial Resistance*, projetou um cenário alarmante para o ano de 2050 caso nenhuma medida global seja tomada para conter a preocupante disseminação da resistência bacteriana (RAM) (O'neill, 2016). No Brasil, a RAM tem se tornado um problema crescente. Estima-se que seja responsável diretamente por cerca de 34 mil mortes por ano no país, além de estar associada a outras 138 mil mortes. O problema é causado pelo uso excessivo de antibióticos. Uma pesquisa encomendada pela Sociedade Brasileira de Infectologia em hospitais públicos e privados do país mostrou que em 87,7% das instituições, os médicos prescrevem antibióticos de forma empírica e que 1 em cada 5 hospitais não ajusta corretamente a dose de antibióticos (MSD Saúde, 2025).

Avanços nessa área é a descoberta da lariocidina, um candidato promissor a uma nova classe de antibióticos, por pesquisadores da Universidade McMaster, no Canadá (SciTechDaily, 2025), e o projeto do Ministério da Saúde que faz parte do Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS) que reduziu em 26% as infecções em UTIs nos 285 hospitais participantes, uma redução de custos estimada em R$ 151 milhões ao SUS e mira 50% de redução para dezembro de 2026 (Agencia Aids, 2026). Um estudo recente da Universidade Estadual de Goiás revelou a presença de antibióticos e bactérias multirresistentes em águas fluviais, acendendo um alerta vermelho para a saúde pública e o meio ambiente. Essas substâncias são classificadas como poluentes emergentes, compostos químicos que ameaçam a vida. Nas amostras coletadas, os pesquisadores identificaram a *Staphylococcus aureus*

resistente à meticilina (MRSA).

O cenário é alimentado pelo uso indiscriminado de remédios, descarte doméstico irregular e, principalmente, pelo lançamento de efluentes domésticos e agropecuários sem o devido tratamento. Embora a contaminação por antimicrobianos seja um desafio global presente em mais de 70 países, no Brasil a situação expõe nossa fragilidade estrutural em saneamento básico e a falta de tecnologias para remover contaminantes específicos nas estações de tratamento. Monitorar a resistência bacteriana na água não é mais apenas uma opção científica, é uma necessidade urgente de sobrevivência (Floresta Brasil, 2026).

Invasões, garimpo, desmatamento, violência territorial, desestruturação da vigilância e barreiras de acesso ao cuidado são determinantes estruturais que aprofundam, de forma desproporcional, a carga de tuberculose, malária, infecções respiratórias, enteroparasitoses e hepatites virais entre povos indígenas no Brasil. Uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por desassistência foi declarado pela primeira vez no Brasil em 2023, em resposta à situação de desassistência no Território Yanomami. O decreto ocorreu por meio da portaria GM/MS nº 28 do Ministério da Saúde.

Em 2025, foi registrado caso e óbito por coqueluche na Terra Indígena Yanomami, e no início de 2026 foi declarado um surto da doença. Até o dia 15/04/2025, foram confirmados 30 casos por RT-PCR, destes, 66,7% ocorreram em menores de 1 ano. Ocorreu hospitalização em 83,3% dos casos, e todos tiveram Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associado com a identificação de adenovírus, rinovírus e vírus sincicial respiratório. Todos os casos sem comprovação vacinal para coqueluche. A letalidade foi de 13,3%. Após três mortes por coqueluche, o Ministério enviou equipes para reforçar atendimento no território Yanomami (Baydoun, 2026).

Dados de 2024 e 2025 indicam recrudescimento global da coqueluche. Nos EUA, registraram cerca de 40 mil casos em 2024 e 28 mil em 2025. Historicamente, surtos de coqueluche têm sido recorrentes, mais do que os da maioria das outras doenças preveníveis por vacinação. Dada a alta transmissibilidade da doença, são necessários índices próximos de 95% para a imunidade coletiva, e regiões com baixa cobertura funcionaram como “bolsões suscetíveis”, favorecendo surtos localizados. Além disso, crianças não vacinadas apresentam risco cerca de oito vezes maior de contrair coqueluche em comparação àquelas com esquema vacinal completo. A experiência histórica mostra que a coqueluche persiste e tende a ressurgir sempre que há falhas na

imunidade coletiva. A queda na confiança pública nas vacinas e na ciência, a redução das opções de atendimento médico, as restrições ao acesso aos serviços de saúde ajudam a explicar o aumento de doenças imunopreveníveis (Harrison, 2026).

O ciclo de patógenos, hospedeiros e vetores está diretamente ligado a fatores climáticos como temperatura, precipitação e umidade. O clima muda, a saúde padece. As perturbações climáticas geram um desequilíbrio na biodiversidade, acelerando a transmissão de doenças infecciosas. Por exemplo, o risco de uma epidemia de malária pode aumentar em até 5 vezes nos anos seguintes a ocorrência do fenômeno *El Niño*, devido as alterações na circulação atmosférica e temperatura dos oceanos. Secas no Nordeste brasileiro já foram diretamente associados ao aumento dos casos de leishmaniose visceral nas décadas de 1970 e 1980. Por outro lado, chuvas intensas e enchentes aumentam drasticamente o risco de doenças de veiculação hídrica, como a leptospirose e a cólera (SBDN, 2026).

A possibilidade de um “mega *El Niño*” em 2026 voltou a gerar alerta entre especialistas. O fenômeno, que aquece as águas do Pacífico, pode provocar eventos extremos como secas, ondas de calor e chuvas intensas em diversas regiões do planeta. Nos últimos dias, circulam afirmações de que o evento poderia levar à morte de até 4% da população mundial. No entanto, não há confirmação científica consolidada que sustente esse número específico, sendo tratado como projeção alarmista ou especulativa.

Historicamente, episódios fortes de *El Niño* já causaram impactos significativos na agricultura, abastecimento de água e saúde pública, mas especialistas reforçam que os efeitos variam e dependem de múltiplos fatores. O monitoramento climático segue sendo feito por órgãos internacionais, e qualquer cenário mais crítico depende da evolução real do fenômeno ao longo dos próximos meses (Folha de Curitiba, 2026). A ONU pede que o mundo de prepare para o calor extremo causado pelo *El Niño* (Forbes BR, 2026).

Os impactos das mudanças climáticas na saúde são graves, mas não são sentidos de maneira uniforme. Essas mudanças exacerbam a carga sobre os sistemas de saúde já frágeis de países em desenvolvimento. Fatores como o crescimento demográfico acelerado, urbanização não planejada, desmatamento potencializam a exposição de grupos carentes a novos surtos de doenças. As doenças negligenciadas não são só um problema de tratamento, são reflexo do ambiente, clima e das desigualdades. Se não anteciparmos os riscos, vamos continuar reagindo aos surtos

(SBDN, 2026). Portanto, defendemos uma abordagem que integra vigilância ambiental, controle de vetores, participação comunitária e redução das vulnerabilidades sociais, porque saúde pública não começa no hospital, começa no território.

Para fortalecer a capacidade de resposta do SUS nos territórios de fronteira da Amazônia brasileira, o Ministério da Saúde realiza periodicamente ações voltadas à preparação de estados e municípios diante dos impactos das mudanças climáticas e dos fluxos de mobilidade humana sobre a saúde pública. Entre elas estão as “Oficinas de Ondas de Calor”, promovidas nos estados do Amazonas, Rondônia e Acre, e os “Simpósios Saúde nas Fronteiras da Amazônia: Migração, Mudanças Climáticas e Saúde”, realizados em Roraima e no Amapá. As atividades integram o projeto “Fortalecimento das Capacidades dos Municípios Fronteiriços da Amazônia Brasileira frente aos Desafios da Migração, Mudanças Climáticas e Saúde”, desenvolvido em parceria com a OPAS. Fortalecer as capacidades dos estados e municípios e apoiar a elaboração de planos de contingência é fundamental para que o SUS esteja mais preparado para responder aos impactos das mudanças climáticas e da mobilidade humana. Essa integração entre saúde, clima e migração amplia a capacidade de proteger populações vulneráveis e fortalecer a resposta às ESP (Agência Aids, 2026).

Diante do agravamento das queimadas e dos períodos de seca extrema, o Ministério da Saúde elaborou a nota técnica Nº 3/2025-CGVAM/DVSAT/SVSA/MS como uma estratégia de vigilância em saúde ambiental e do trabalhador estruturada para padronizar, aprimorar e acelerar o registro de casos de pessoas afetadas pela fumaça de incêndios no Sinan. Essa estratégia permite dimensionar o real impacto das queimadas na saúde pública, subvencionar tomadas de decisão rápidas e subsidiar políticas de saúde e alertas climáticos. Essa estratégia precisa ser efetivamente implantada no estado de Roraima.

O desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e no controle de doenças, especialmente doenças transmissíveis, é um perigo comum (Fiocruz, 2023, 2025), o mesmo se pode falar no país, onde existem diferenças regionais importantes. Para enfrentar futuras emergências sanitárias e reduzir disparidades, estados e municípios brasileiros devem fortalecer a vigilância em saúde através da integração com a atenção primária, territorialização das ações e uso de inteligência de dados. O fortalecimento passa pelo aumento do financiamento e regionalização, reduzindo a dependência de serviços privados e melhorando a resposta a doenças transmissíveis. O novo relatório da OMS serve como um chamado urgente

para que líderes mundiais priorizem o fortalecimento dos sistemas de saúde e a redução das desigualdades (Agência Aids, 2025). A OMS enfatiza que investir em saúde pública, garantir acesso equitativo a medicamentos e tecnologias, e construir sistemas resilientes não é apenas uma questão de justiça social, mas uma necessidade de segurança global. Sem ações concretas para enfrentar essas disparidades, o mundo permanecerá vulnerável a novas e antigas ameaças à saúde.

Há novidades e avanços. Após 19 anos, a comissão de epidemiologia da Abrasco retomou seu planejamento com a elaboração do V Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil (2025–2029). Esse plano surgiu em um contexto desafiador, marcado por desigualdades sociais, negacionismo científico, pandemia de Covid-19, crise climática e desinvestimento em políticas públicas, reforçando a necessidade de atualização da epidemiologia brasileira (Araújo et al., 2025). O plano expressa uma visão coletiva de futuro com vistas ao fortalecimento da epidemiologia enquanto disciplina central no campo da saúde coletiva e reafirma seu compromisso com a equidade, a justiça social e a consolidação do SUS no Brasil. O plano destaca a epidemiologia em três áreas temáticas: formação; pesquisa; e políticas, programas e serviços de saúde.

Como o estado de Roraima pode se fortalecer para enfrentar futuras emergências em saúde? Saúde Única é a resposta. É a abordagem que integra a saúde humana, animal e ambiental e surge hoje não como um conceito novo, mas como uma resposta urgente e indispensável para o cenário global. Essa urgência é reforçada por dados da UNAIDS (2025), que apontam o combate às desigualdades como um fator crucial para a redução de novas pandemias. Para que essa integração saia da teoria, torna-se mandatório articular os planos de vigilância diretamente com a atenção primária à saúde, um movimento cujo sucesso depende da implementação efetiva da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) de 2018.

Na prática operacional, a VBE consolida-se como a ferramenta ideal para materializar a Saúde Única. Ao capturar rapidamente informações sobre potenciais riscos antes mesmo de uma validação formal, a VBE complementa os sistemas epidemiológicos tradicionais e garante o tempo necessário para conter a disseminação de doenças. Ao unir política, tecnologia e território, a Saúde Única deixa de ser um plano abstrato e transforma-se em capacidade real de antecipação e resposta a emergências sanitárias. Além disso, é fundamental o fortalecimento da Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Reveh) e da Rede Cievs no estado. A

importância dessas redes é de estarmos nos antecipando para a detecção precoce de possíveis ESP.

Maria Soledade Garcia Benedetti
Sala de Situação de Saúde - DVE/CGVS/SESAU/RR

METODOLOGIA

Foi realizado a análise descritiva dos dados epidemiológicos de natalidade, morbidade, vacinação e mortalidade. Para padronizar o formato do relatório 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 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, transformadas em códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Edição (CID-10).

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 relatório apresenta as características sociodemográficas e epidemiológicas do estado de Roraima, descrevendo a evolução dos principais indicadores em 2025 e dos últimos anos.

Os dados do Sinasc e SIM foram levantados no mês de julho e agosto, 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. Todas as séries históricas foram atualizadas.

Os dados de morbidade foram levantados do Sinan e demais sistemas pelas áreas técnicas do DVE e finalizado até 31 de julho de 2026.

A numeração das tabelas, quadros 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: (1) Caracterização sociodemográfica; (2) Natalidade; (3) morbidade – cada área técnica fez o levantamento de dados e análise de seus agravos/doenças –; (4) mortalidade; e (5) recomendações.

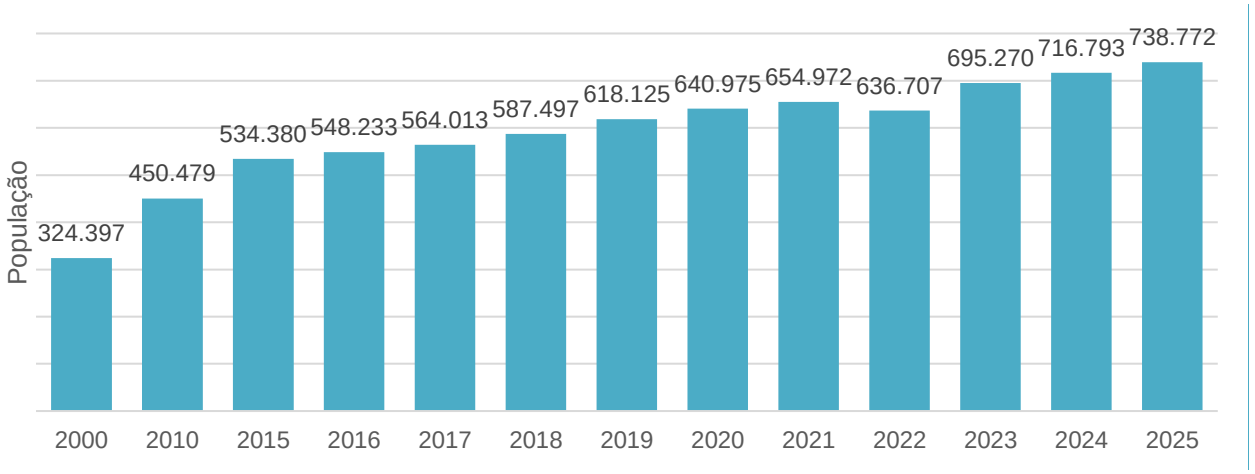
1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

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).

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.

O estado é o menos populoso e densamento povoado do país. Em 2025, as estimativas demográficas apontaram a população de 738.772 habitantes e a densidade demográfica foi de 3,3 habitantes por km^2. Foi o estado em que a população mais cresceu em 2024 no país (O Globo, 2024). No período de 2000 a 2025 teve o crescimento populacional de 127,7% (Figura 1). A população total, a área em quilômetros quadrado (Km^2) e a densidade demográfica por municípios do ano de 2025 encontram-se na Tabela 1.

Figura 1. População residente do estado de Roraima, 2000, 2010, 2015 a 2025



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Censo 2000, 2010 e 2022. Demais projeção do IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2070 (edição 2024). Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def

Tabela 1. População, área e densidade demográfica por municípios, Roraima, 2025

Municípios	População		Área (Km²)	Densidade demográfica (Habitantes/ Km²)
	N°	%		
Alto Alegre	23.589	3,2	25.454,30	0,9
Amajari	16.112	2,2	28.473,45	0,6
Boa Vista	485.477	65,7	5.687,04	85,4
Bonfim	15.570	2,1	8.075,91	1,9
Cantá	21.102	2,9	7.664,83	2,8
Caracaraí	22.750	3,1	47.379,90	0,5
Caroebe	12.004	1,6	17.065,90	0,7
Iracema	10.937	1,5	14.011,70	0,8
Mucajaí	20.006	2,7	12.337,85	1,6
Normandia	16.323	2,2	6.959,87	2,3
Pacaraima	23.112	3,1	8.025,05	2,9
Rorainópolis	37.787	5,1	33.579,74	1,1
São João da Baliza	9.969	1,3	4.284,51	2,3
São Luiz	7.848	1,1	1.526,90	5,1
Uiramutã	16.186	2,2	8.113,60	2,0
Total	738.772	100,0	223.644,53	3,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2070 (edição 2024). Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def.

A Tabela 2 apresenta o número e o percentual de município segundo o porte populacional em 2025. 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. Para encontrar o crescimento ou redução percentual, utilizamos a fórmula matemática padrão de variação relativa:

$$Variação\ (\%) = \frac{\text{Valor Final} - \text{Valor Inicial}}{\text{Valor Inicial}} \times 100$$

Na comparação populacional entre 2022 e 2025 houve aumento de 16,0% no estado e esse fenômeno foi percebido em todos os municípios, sendo Pacaraima o de maior crescimento, de 19,7%.

Tabela 2. População e variação (%) por municípios, Roraima, 2022 e 2025

Municípios	2022	2025	Variação (%)
Alto Alegre	21.096	23.589	11,8
Amajari	13.927	16.112	15,7
Boa Vista	413.486	485.477	17,4
Bonfim	13.923	15.570	11,8
Cantá	18.682	21.102	12,9
Caracaraí	20.957	22.750	8,5
Caroebe	10.656	12.004	12,6
Iracema	10.023	10.937	9,1
Mucajaí	18.095	20.006	10,5
Normandia	13.986	16.323	16,7
Pacaraima	19.305	23.112	19,7
Rorainópolis	32.647	37.787	15,7
São João da Baliza	8.858	9.969	12,5
São Luiz	7.315	7.848	7,3
Uiramutã	13.751	16.186	17,7
Total	636.707	738.772	16,0

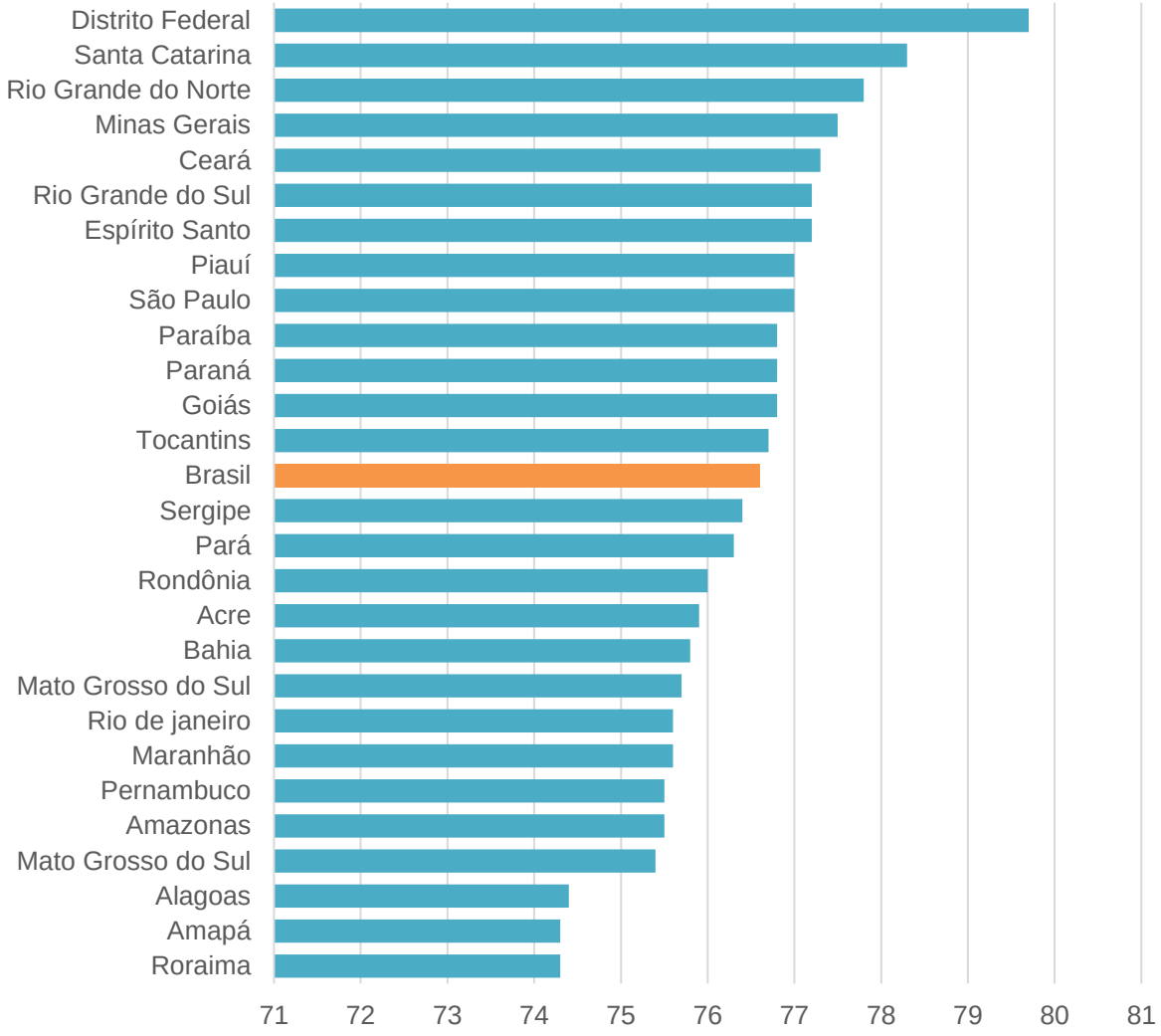
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2070 (edição 2024). Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def.

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).

No estudo de Gouveia (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 (Figura 2).

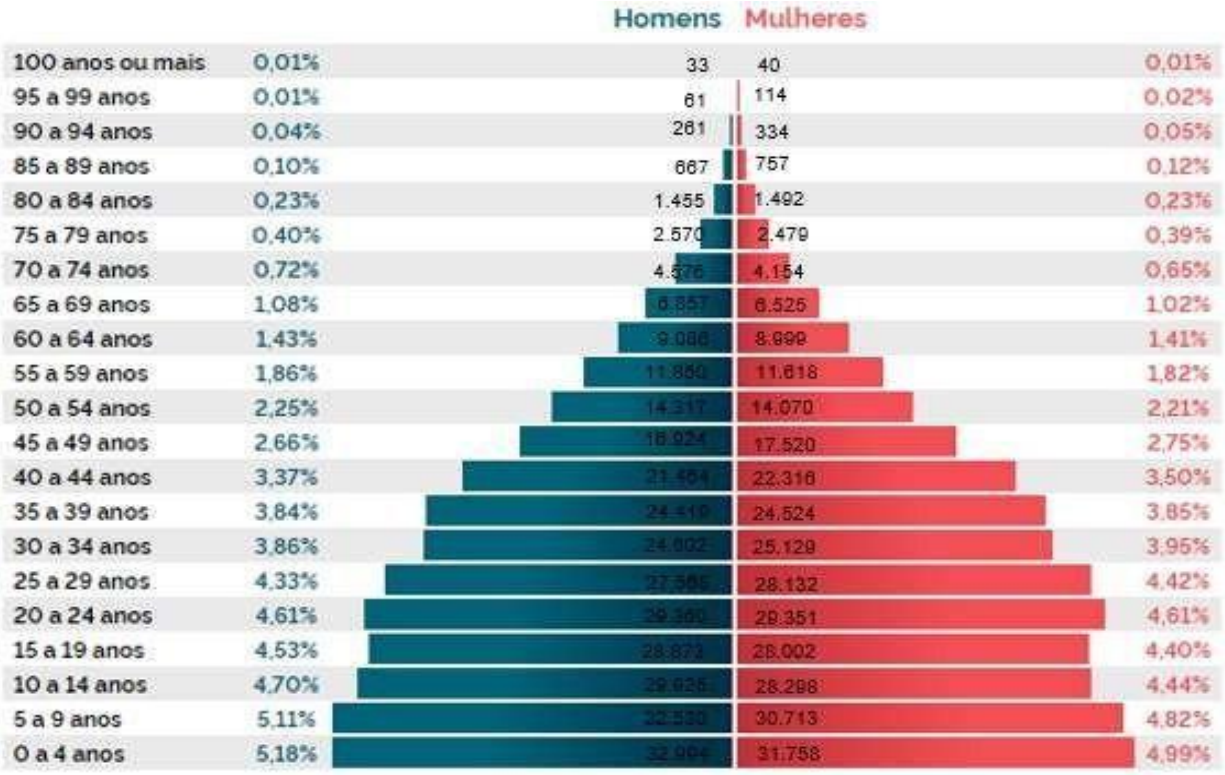
Figura 2. Esperança de vida ao nascer (anos) por unidade da federação, Brasil, 2024



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

A pirâmide populacional do estado em 2022 tem um padrão de país em desenvolvimento (Figura 3). Nesse padrão, percebe-se um envelhecimento populacional é crescente, e 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.

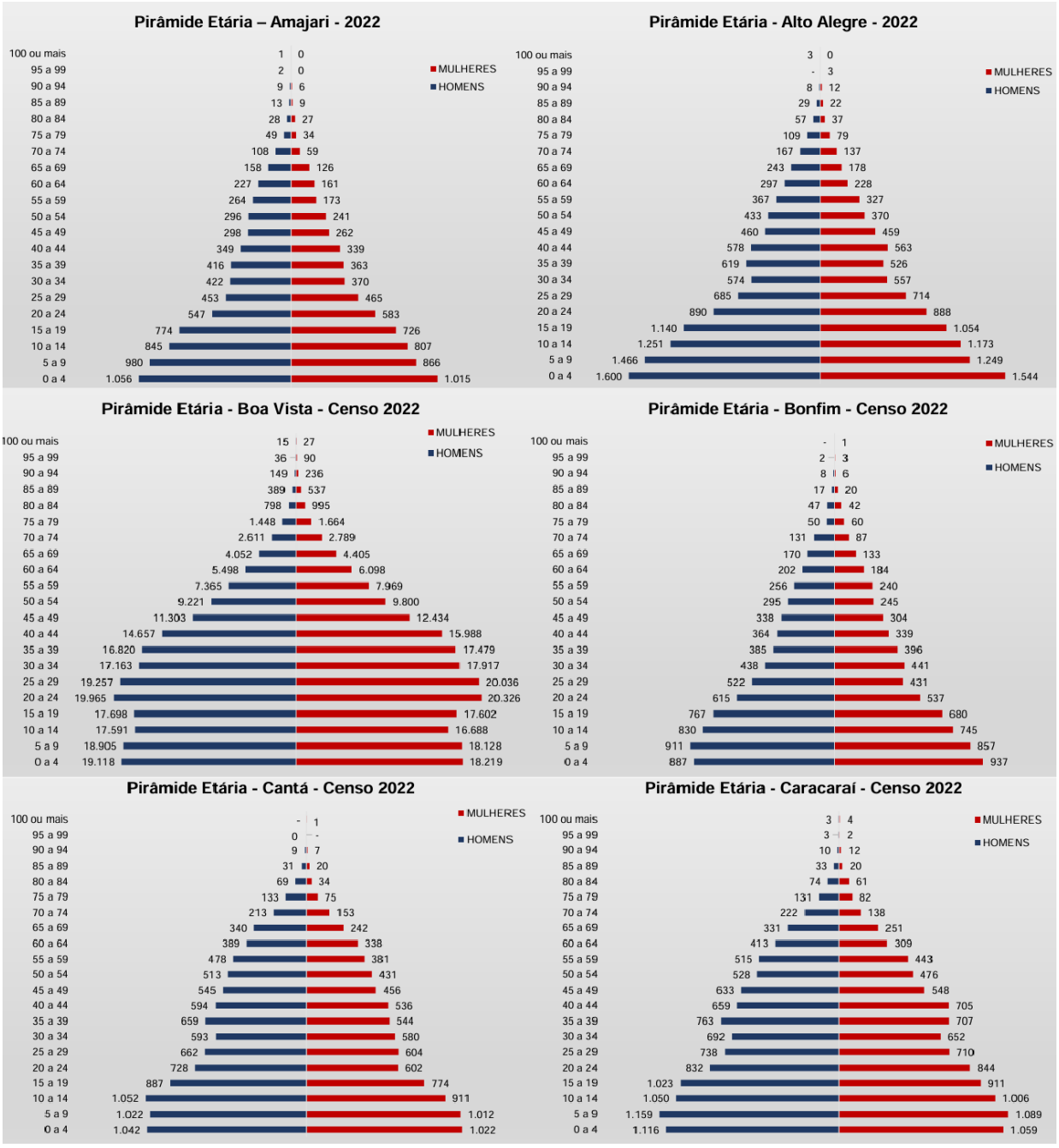
Figura 3. Pirâmide etária, Roraima, 2022



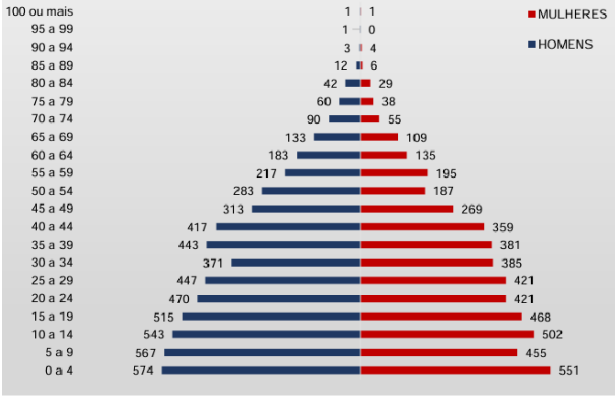
Fonte: IBGE. Censo demográfico. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 22 jan 2024.

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 ocorrre o inverso (IBGE, 2024a).

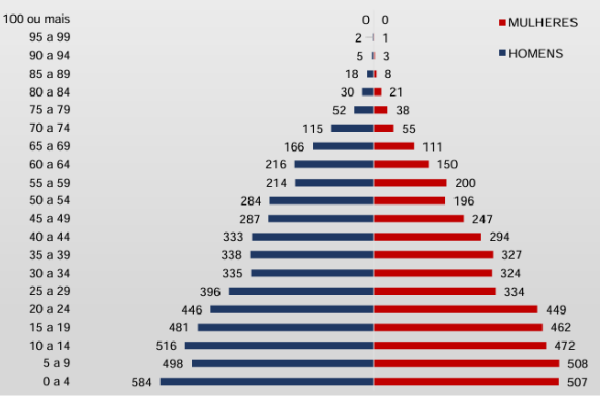
Figura 4. Pirâmide etária dos municípios de Roraima, 2022



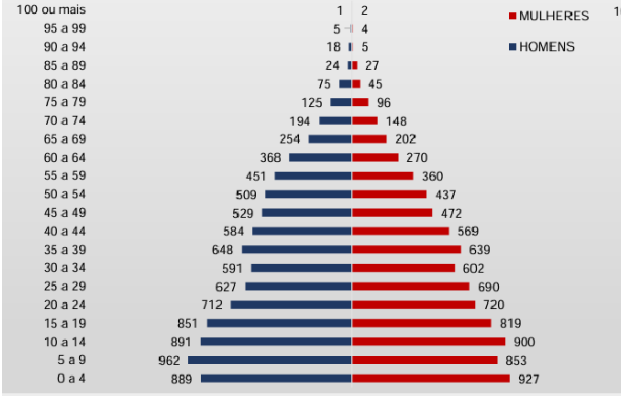
Pirâmide Etária - Caroebe - Censo 2022



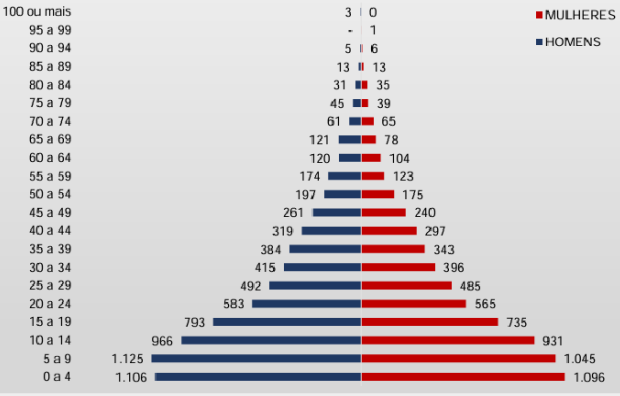
Pirâmide Etária - Iracema - Censo 2022



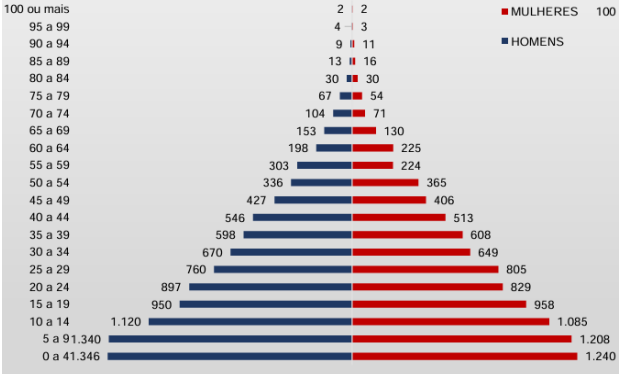
Pirâmide Etária - Mucajaí - Censo 2022



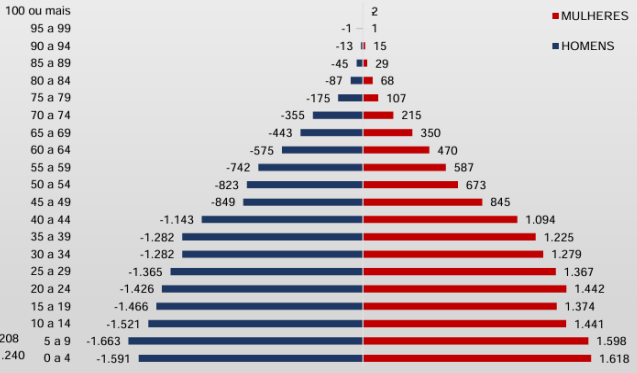
Pirâmide Etária - Normandia - Censo 2022



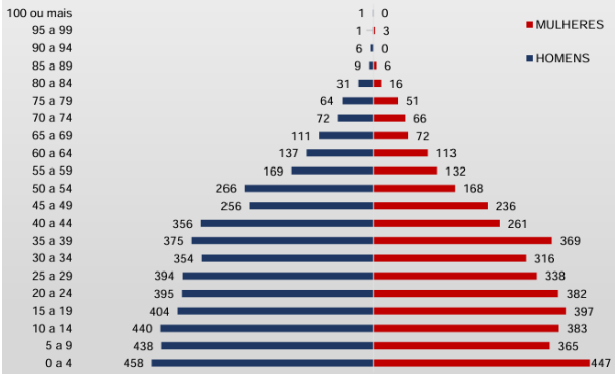
Pirâmide Etária - Pacaraima - Censo 2022



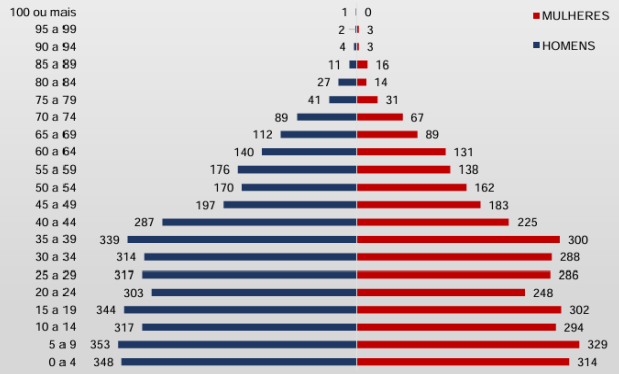
Pirâmide Etária - Rorainópolis - Censo 2022

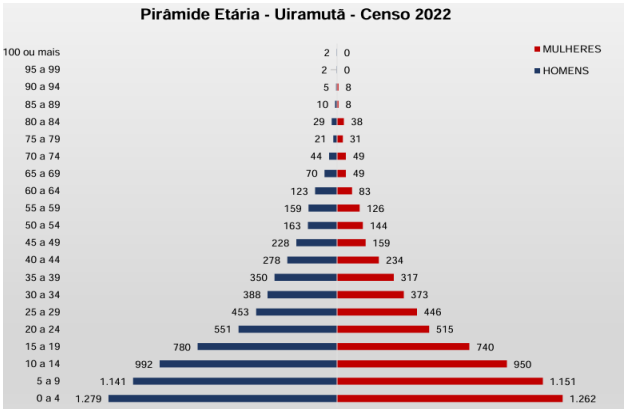


Pirâmide Etária - São João da Baliza - Censo 2022



Pirâmide Etária - São Luiz- Censo 2022





Fonte: Andrade Júnior, 2025.

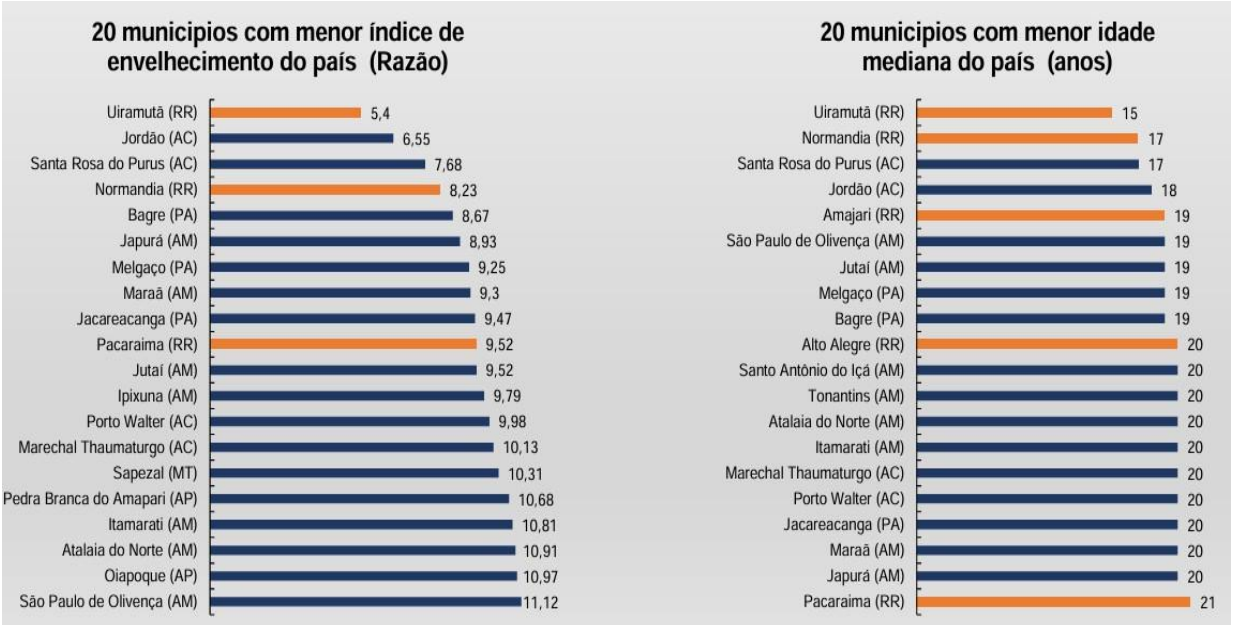
De acordo com os dados divulgados pela Secretaria de Planejamento estadual, Roraima é o estado com a população mais jovens do país. Sendo a idade mediana da população de 26 anos, 38,17% da população tem entre 0 e 9 anos, 33,47% entre 20 e 39 anos e 28,35% tem 40 anos ou mais (Andrade Júnior, 2025). A população entre 0 e 6 anos, da primeira infância, com 90.338 crianças, corresponderam a 14,2% da população total no estado, no país correpondem a 8,9%. A maioria, 51,6% são parda, 22% branca, 21,9% indígena, 4,2 preta, e 0,07% amarela.

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



Fonte: ANDRADE JÚNIOR, 2025.

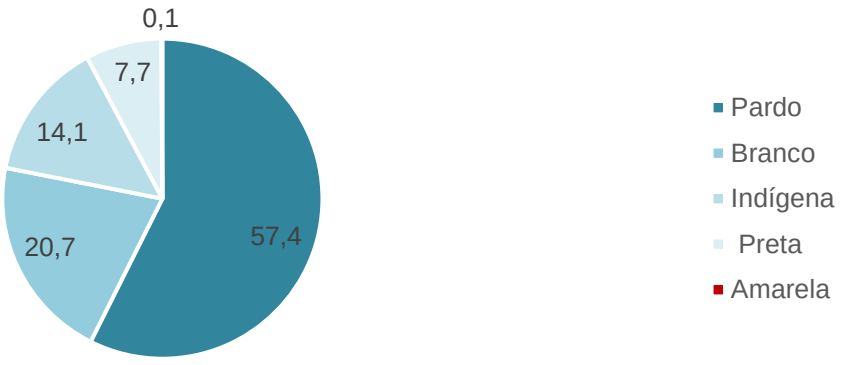
Figura 6. Distribuição dos municípios com o menor índice de envelhecimento e menor idade mediana do pais, Brasil, 2022



Fonte: ANDRADE JÚNIOR, 2025.

Roraima registra o menor índice de envelhecimento do Brasil (17,39 idosos para cada 100 jovens) e a menor idade mediana (26 anos) devido a uma combinação de alta fecundidade, forte imigração recente de jovens e expansão demográfica acelerada (Faria; Spode, 2024). Na Figura 5 encontra-se a distribuição proprocional do envelhecimento por idade e índice de envelhecimento (razão) de Roraima em 2022. Três municípios do estado estão entre os 20 menores do país no *ranking* nacional de envelhevimento, e cinco municípios entre os 20 primeiros do país em relação a menor idade mediana (Andrade Júnior, 2025) (Figura 6).

Figura 7. 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.

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 7).

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 8) (TechCripto, 2024).

Figura 8. As 20 piores cidades do Brasil em 2024, segundo o Índice de Progresso Social

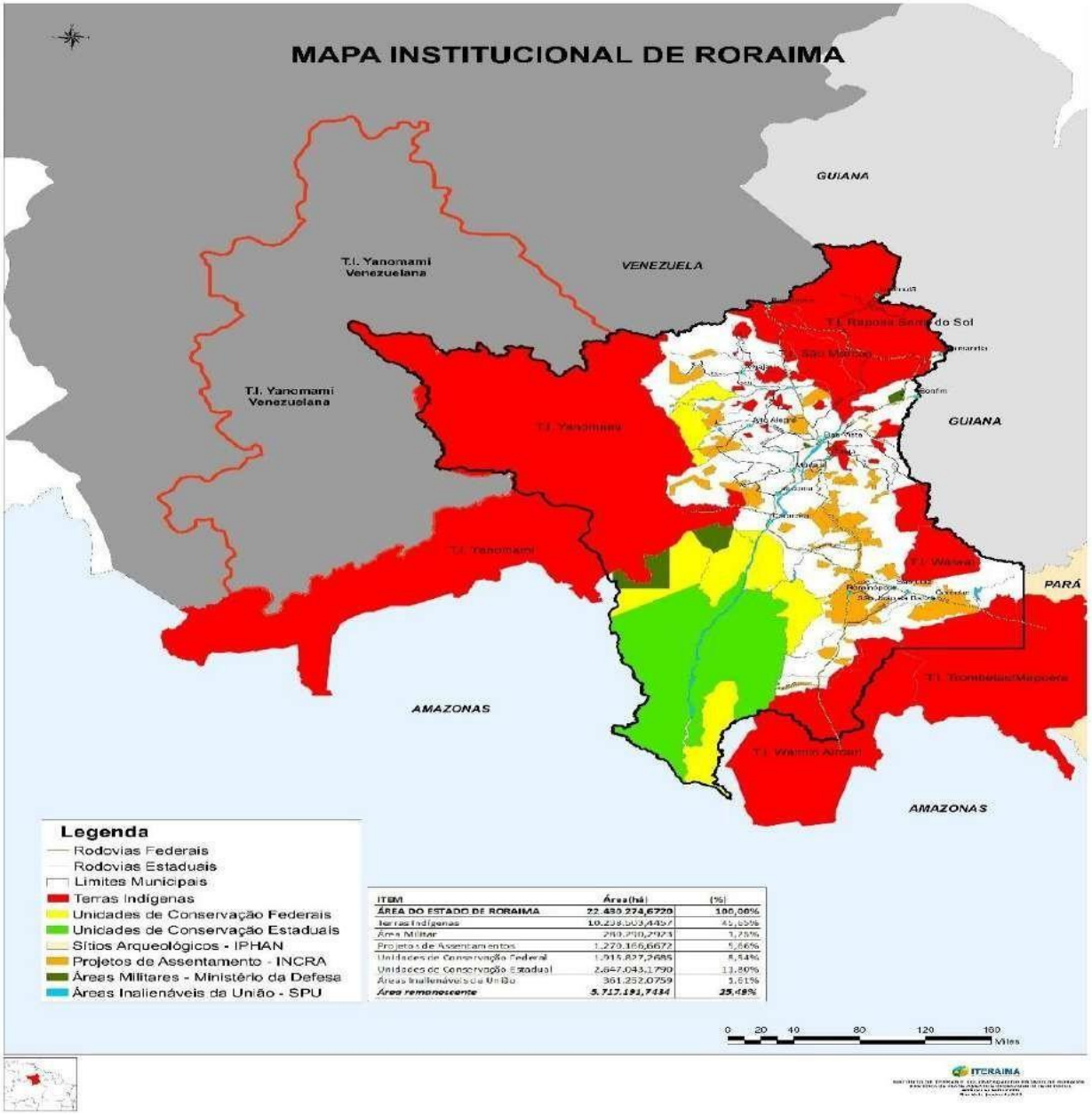
1. **Uiramutã, RR** – 37,63
2. **Alto Alegre, RR** – 38,38
3. **Trairão, PA** – 38,69
4. **Bannach, PA** – 38,89
5. **Jacareacanga, PA** – 38,92
6. **Cumaru do Norte, PA** – 40,64
7. **Pacajá, PA** – 40,70
8. **Uruará, PA** – 41,26
9. **Portel, PA** – 42,23
10. **Bonfim, RR** – 42,27
11. **Anapu, PA** – 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) (Figura 9). 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).

Figura 9. Mapa Institucional com a identificação da Terra Indígena, Roraima, 2023



Fonte: Instituto de Terras e Colonização do estado de Roraima- ITERAIMA. Diretoria de Planejamento e Ordenamento Territorial. Gerência de Cartometria, janeiro, 2023.

A maioria da população indígena vive fora dos territórios indígenas. De acordo

com o Censo: 36,7% vive em terra indígena e 63,3% fora dela. Dentre todas essas terras delimitadas no Brasil, a com maior presença de pessoas indígenas é a Yanomami (Figura 10). 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).

Figura 10. Percentual de indígenas por terra indígena, Brasil, 2022



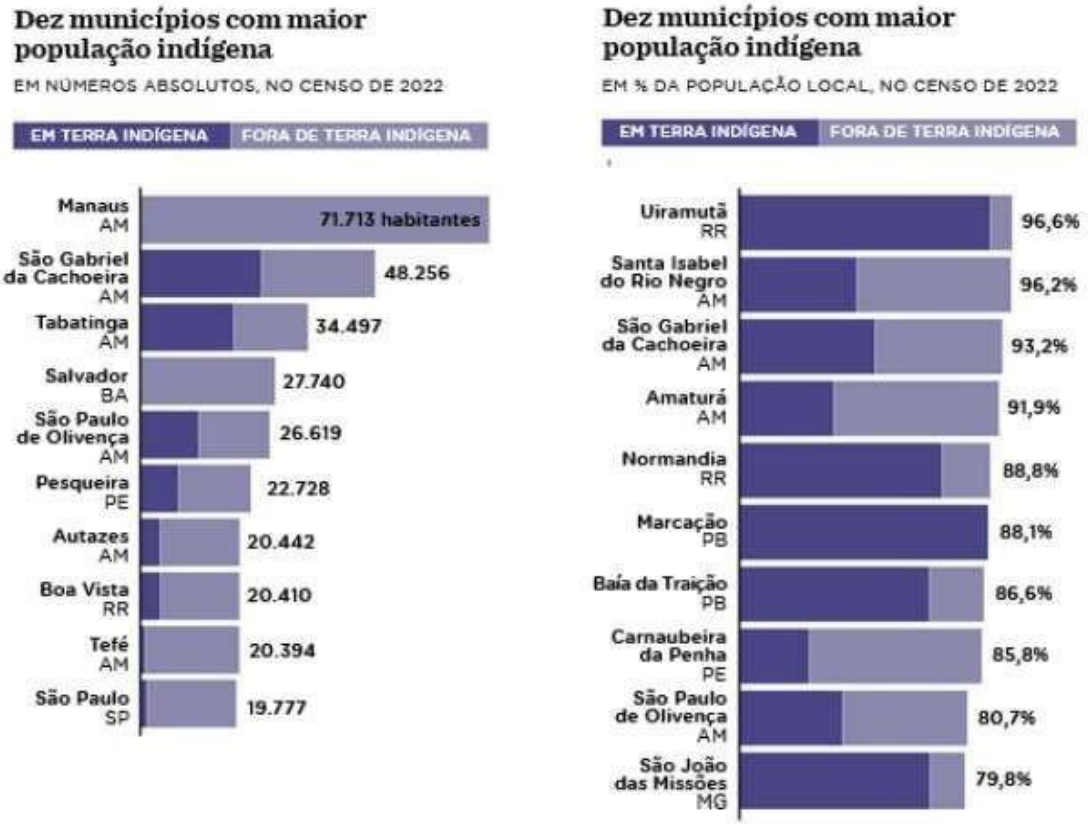
Fonte: ZANLORENSSI; FRONER, 2023. Censo 2022, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Roraima e Amazonas lideram o percentual de população indígena no Brasil, com 15,3% e 12,4% de seus habitantes autodeclarados indígenas no Censo de 2022. Essa realidade reflete a preservação territorial – Em Roraima, abrigam áreas vastas e de grande contingente populacional tradicional, como a Terra Indígena Yanomami e a Raposa Serra do Sol – , a baixa densidade demográfica geral – Roraima possui a menor densidade populacional do país, o que faz com que o peso relativo da população indígena seja maior no cálculo proporcional estadual –, e mudanças metodológicas do IBGE (IBGE, 2022).O Censo de 2022 aprimorou a coleta e a proximidade com aldeias, ampliando o reconhecimento e a autodeclaração étnica. Foram considerados indígenas as pessoas que declararam ser da cor/raça indígena ou se identificam indígenas, mesmo se declarando de outra cor (branca, amarela, preta ou parda) (Zanlorenssi; Froner, 2023).

Na Figura 11 há a distribuição do número e percentual da população indígena segundo os 10 municípios com maior população no país e detalhando a população em terra indígena e fora de terra indígena.

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.

Figura 11. Distribuição do número e percentual da população indígena segundo os 10 municípios com maior população, Brasil, 2022



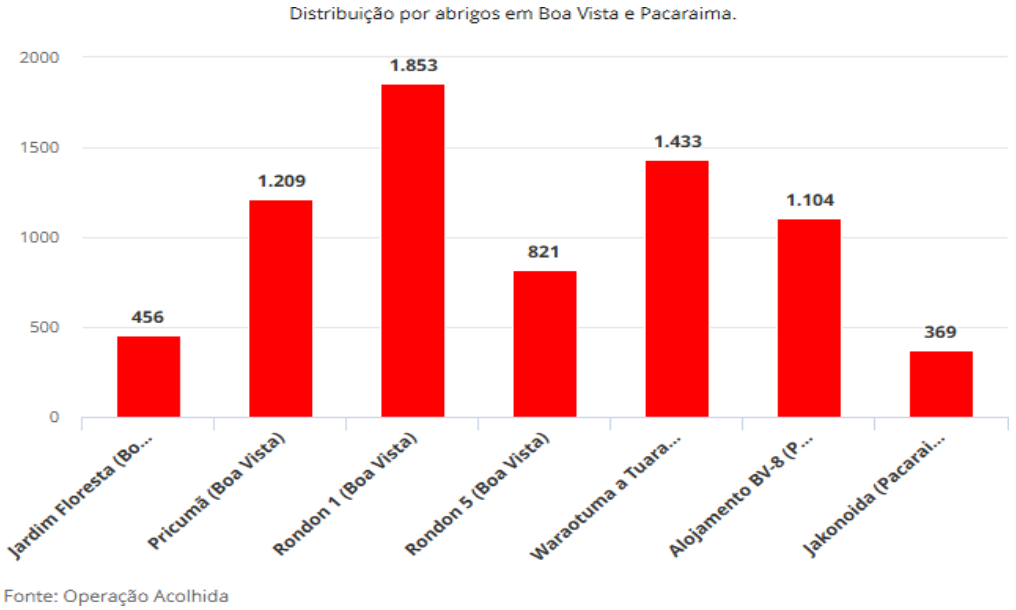
Fonte: ZANLORENSSI; FRONER, 2023. Censo 2022, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

A mensuração precisa do contingente de imigrantes no estado de Roraima constitui um desafio metodológico, dada a inexistência de uma estatística universal consolidada entre os diferentes setores institucionais. As divergências quantitativas refletem os escopos específicos de cada órgão regulador. Enquanto os relatórios da Polícia Federal fundamentam-se no registro formal de entradas e saídas pela fronteira, os dados do IBGE via Censo Demográfico capturam estritamente o estoque de imigrantes residentes fixados no território. E o dado Humanitário (Operação Acolhida / ACNUR) é focado no número de pessoas acolhidas em abrigos oficiais ou cadastradas em programas de interiorização. Paralelamente, os setores locais de assistência social

e saúde baseiam-se na demanda ativa por serviços públicos, gerando variações estatísticas que flutuam ao acompanhar a alta dinamicidade e rotatividade desse fluxo migratório.

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 12,6% se comparado com o ano anterior, e o maior crescimento populacional no país (G1, 2024).

Figura 12. População venezuelana vivendo em abrigos de Roraima, 2024

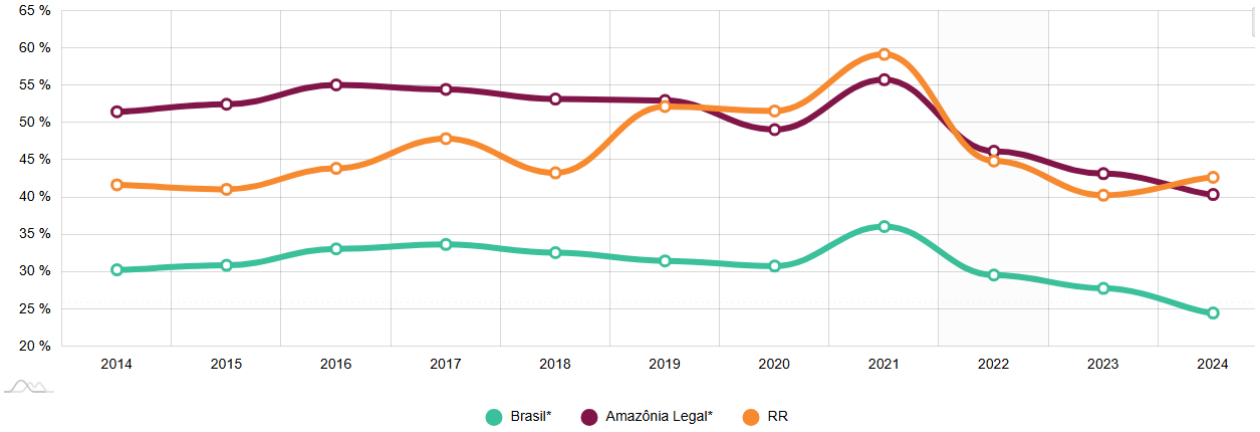


Fonte: Operação Acolhida

Desde janeiro de 2017, quando o governo federal passou o 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 12).

Além da intensidade de sua ocorrência, o fluxo migratório venezuelano trouxe 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 13 . Percentual da população com rendimento domiciliar *per capita* inferior a 8,30 dólares PPC (2021) por dia, equivalente a uma linha média de pobreza de aproximadamente R$ 736 mensais em valores de 2024, Brasil, Amazonia Legal e Roraima, 2024



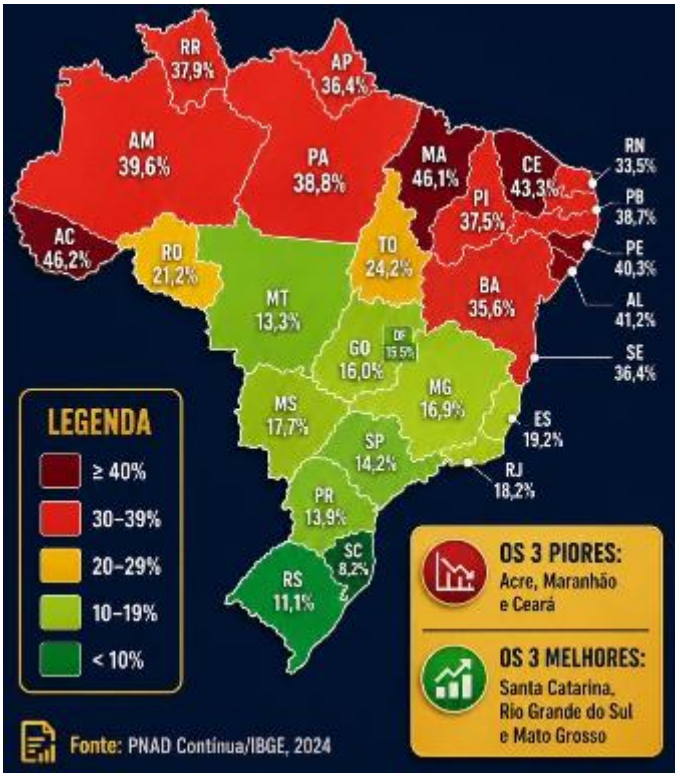
Fonte: Amazônia em Dados, 2026. Nota: * Brasil sem os estados da região da Amazônia Legal. Amazônia Legal sem Roraima.

Em 2025, Roraima registrou o maior crescimento populacional proporcional do país (3,07%), impulsionado principalmente pela migração de venezuelanos. A contínua entrada de migrantes vulneráveis sobrecarrega a rede de assistência social, saúde e habitação (Ramalho, 2025). O reflexo urbano da crise gerou um contingente de pessoas nessa situação. O estado concentra quase metade da população de rua da região Norte e está entre as 10 maiores do Brasil. No total, são 9.954 pessoas em situação de rua. O número coloca o estado em 9º lugar no *ranking* nacional. A população em situação de rua se concentra quase totalmente na capital. Do total, 9.928 dessas pessoas estão em Boa Vista, apenas 26 estão em outros municípios. O número coloca a cidade em 6º lugar no país com mais pessoas nesta situação, acima de metrópoles como Brasília (8.970) e Porto Alegre (6.420). Esses dados são do relatório do

Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (ObPopRua-POLOS), vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os dados do relatório são coletados com base no Cadastro Único (CadÚnico) do governo federal (Leitão, 2025).

Quanto a economia, 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).

Figura 14. Proporção da população que vive em situação de vulnerabilidade por unidade da federação, Brasil, 2024



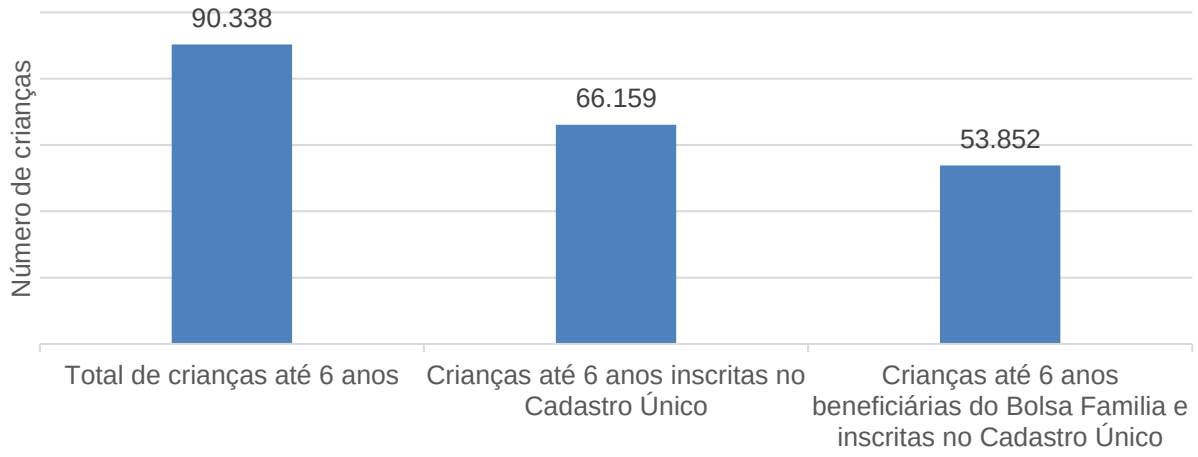
Fonte: EDUCANAL, 2026.

Considerando a linha de pobreza de US$ Paridade de Poder de Compra (PCC) de 6,85 ao dia, em 2024, havia 42,7% da população na condição de pobreza em Roraima, percentual maior que o resto da região e maior que o resto do país. Roraima

apresentou aumento em sua taxa, subindo de 40,3% em 2023 para os atuais 42,7% (Amazônia em Dados, 2026) (Figura 13).

Os dados do IBGE mostram a proporção da população que vive em situação de vulnerabilidade em cada unidade da federação. Com base especificamente nos dados reais do mapa da PNAD Contínua/IBGE de 2024 Roraima apresenta 37,9% de sua população vivendo em situação de vulnerabilidade. Embora tenha um índice elevado, apresenta uma situação ligeiramente melhor que seus vizinhos diretos da Região Norte, como o Acre (46,2%), o Amazonas (39,6%) e o Pará (38,8%), mas está consideravelmente pior que Rondônia (21,2%). Entretanto, o índice de 37,9% coloca o estado bem distante dos estados com melhor desempenho do país (como Santa Catarina, com apenas 8,2%), evidenciando que mais de um terço da população local ainda enfrenta condições severas de vulnerabilidade social (Educanal, 2026) (Figura 14).

Figura 15. 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/

Em 2024, do total de 90.338 crianças de 0 a 6 anos em Roraima, 73,2% (66.159 crianças) estão no Cadastro Único e 59,6% (53.852 crianças) são beneficiárias do Bolsa Família (Figura 15). 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 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.

Quadro 1. Resumo da análise comparativa dos indicadores sociais, Roraima e Brasil, 2024

Indicador Social	Cenário em Roraima (2024)	Comportamento vs. Brasil
População na Pobreza	**42,7%** vivem nessa condição	**Aumentou**, na contramão da queda nacional.
Insegurança Alimentar	**43,6%** dos domicílios afetados	Um dos **4 estados** onde a fome cresceu.
População de Rua	**Quase 10 mil** indivíduos registrados	Concentra **49,2%** de todo o extremo Norte.
Risco de Enchentes	**46,4%** das zonas urbanas vulneráveis	**Maior proporção** urbana ameaçada do país.

Fonte: Elaboração baseada em AMAZÔNIA EM DADOS, 2026; CARVALHO, 2025; G1RR, 2026.

O estado saltou de 36,4% de domicílios com algum grau de insegurança alimentar para 43,6% em 2024. Esse resultado coloca Roraima como o 5º pior estado do país em segurança alimentar, agravado sobretudo nas áreas rurais e comunidades indígenas isoladas (Carvalho, 2025). A infraestrutura urbana intensifica a vulnerabilidade social. Roraima lidera o *ranking* nacional com 46,4% de sua área urbana sob risco severo de enchentes. Populações mais pobres acabam habitando essas cotas baixas próximas a rios (Quadro 1).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA AIDS. **Novo relatório global**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DQkgq1Oklbs/?igsh=MmZnaXdyM3ZhOWw4. Acesso em: 2/11/2025.

AGENCIA Aids. **UNAIDS diz que combate a desigualdades pode reduzir pandemias**, 17 de dezembro de 2025. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DSYRlNrj-KY/?igsh=czc4YXZ3ZzI3aGU0

AGENCIA AIDS. **Segurança hospitalar: projeto reduz 26% das infecções em UTI públicas e gera economia de 151 milhões ao SUS**. 05/01/2026a. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DTI4E7EDFfL/?igsh=MXV6enE0eXY1cW1mZA==

AGENCIA AIDS. **Saúde e Mudanças climáticas**. Brasília, 2026b. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DZtO2THnQzz/

AGÊNCIA AIDS. **Bebes livres do HTLV. Ministério da saúde pública nota técnica com orientações para a prevenção da transmissão vertical do HTLV**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DSiwMeAEvaG/?igsh=MTBibHhxdTlsMmR3aA== Acesso em maio 2026c.

ANADÃO LS et al. Occurrence of *Echinococcus vogeli* in *Cuniculus paca* from the Western Amazon and its implications for the health of local traditional communities. **Acta Amaz**. 56, 2026. https://doi.org/10.1590/1809-4392202502022

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.

AMAZONIA EM DADOS. Percentual de pobres. Disponível em: https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?regiao=Roraima&area=Desenvolvimento%20Social__353&indicador=TX_PNAD_POP_POBRES_UF__353. Acesso: 07/08/2026.

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-fech am-acesso-a-raposa-serra-do-sol-para-evitar-contaminacao-de-covid-19.ghtm

ARAÚJO, TM, et al. V Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil (2025–2029). **Rev Bras Epidemiol**. 2025; 28(Suppl 1): e250001supl1

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. **Após três mortes por coqueluche, Ministério envia equipes para reforçar atendimento no território Yanomami**. Folha BV, 19/02/2026. Disponível em:

https://www.folhabv.com.br/saude-e-bem-estar/apos-tres-mortes-por-coqueluche-ministerio-envia-equipes-para-reforcar-atendimento-no-territorio-yanomami/

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/relatorioanualdeepidemiologia_2019%20(3).pdf

CARVALHO, R. **Fome aumenta em Roraima e Estado tem o 5º pior índice de segurança alimentar do país, diz IBGE**. Boa Vista: FolhaBV, 16/10/2025**.** Disponível em: https://www.folhabv.com.br/cotidiano/fome-aumenta-em-roraima-e-estado-tem-o-5o-pior-indice-de-seguranca-alimentar-do-pais-diz-ibge/

CEBES Brasil. **Ameaças sanitárias globais**. 23 jun. 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DZ6AHzMRoV5/

CONEXÃO POLÍTICA BRASIL. **Argentina registra 101 casos e 32 mortes de hantavírus na temporada e amplia investigação de surto em cruzeiro.** 07 mai. 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DYD6DVdjF9d/?igsh=eXE3OHBvY2c1ZGFo

CNN BRASIL. **OMS África diz que risco de propagação do Ebola não deve ser subestimado**. 22 de maio de 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DYp1GVZgVRO/

CRMVSP. **Caso de raiva em felino acende alerta geral**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DSUwV9bEmcw/?igsh=NWZobHVsd3k1M3Uz. Acesso em: nov 2025.

DAILYJOURNAL NEWS. **Cientistas britânicos desenvolvem vacina contra cepa do Ebola**. 22 de maio de 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DYpiUKtKUIO/

EDUCANAL. Nível de pobreza dos estados. Disponível em: https://www.instagram.com/reel/DbsiUauNWuY/. Acesso: 07/08/2026.

FARMA ICTQ. **SUS se antecipa e conta coma Fiocruz na preparação contra o vírus Nipah**.7 de fevereiro de 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DUd4G7TkRMF/?igsh=bWxpdXdraWtvcWY3

FARIA, R; SPODE, P. O envelhecimento populacional brasileiro sob uma perspectiva regional e urbana. Geousp, v. 28, n. 3, e221106. 2024. geo 28 (3) • 2024 • https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2024.221106pt

FIOCRUZ. **Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil.** ENSP, Observatório do SUS, out 2023. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=VsyXI6KHsak&t=1s.

FIOCRUZ. **Dependência Internacional em Emergências de Saúde Pública.** 2 set

2025. Disponível em: https://bioeticaediplomacia.org/dependencia-internacional-emergencia-saude-publica.

FIOCRUZ. **Vigilância Baseada em Eventos: monitoramento ágil para respostas em saúde pública**. 21 de abril de 2025. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DItVAqaN8ff/

FIOCRUZ. **O que é uma doença reemergente?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 18 de abril de 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DXRqiKKFW1M/?img_index=2&igsh=MTBsbWFpa2M4cXo3Mw==Instituto Todos pela Saúde. https://www.instagram.com/p/DXKlLP0FJDj/. Acesso em: 06/05/2026a.

FIOCRUZ. **Doenças virais que exigem atenção da vigilância em saúde nacional e internacional**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DXFAYTuAMNS/?igsh=cDc5cTczZDJqenZ4 Acesso em: 06/05/2026b.

FIOCRUZ BAHIA. **Você sabia?** Disponível em: https://www.instagram.com/p/DWEEXQRDUNL/?igsh=NmlveHA5NDNjN2lt. Acesso em: jun 2026

FLORESTA BRASIL. **Farmácia a céu aberto**. 7 de abril de 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DW2NCl8kS1N/?igsh=MXd6am4wMWU1ZnpoZQ==

FOLHA DE CURITIBA. MEGA EL NIÑO EM 2026 ACENDE ALERTA GLOBAL E PREOCUPA CIENTISTAS, 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DXX13nzjdP_/?igsh=NGxzamdtMnJ3dDht

FORBES BR**. Organização Meteorológica Mundial alerta para riscos, 2026**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DZGNM3wE7X2/

G1 RR. **Roraima lidera ranking nacional de áreas urbanas vulneráveis a enchentes, diz estudo.** Boa Vista: G1 RR, 05/03/2026. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2026/03/05/roraima-lidera-ranking-nacional-de-areas-urbanas-vulneraveis-a-enchentes-diz-estudo.ghtml

GERVAIS, JB. **Cepa Bundibugyo do vírus Ebola: o que sabemos sobre as vacinas.** 08 de junho de 2026. Disponível em: https://portugues.medscape.com/viewarticle/cepa-bundibugyo-do-v%C3%ADrus-ebola-sabemos-vacinas-2026a1000j2d?ecd=wnl_t5fy_ous_pt_etid8423391_260614_1&uac=323778SG&impID=8423391

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.

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

HARRISON, C. **Ressurgimento global da coqueluche: devemos nos surpreender? Medscape,** 28 de abril de 2026. Disponível em: https://portugues.medscape.com/viewarticle/ressurgimento-global-coqueluche-devemos-nos-surpreender-2026a1000dgg

HICKS, R **Chance de uma nova pandemia em cinco anos supera 25%, diz agência do Reino Unido. Medscape,** 22 de julho de 2026. Disponível em: https://portugues.medscape.com/viewarticle/chance-nova-pandemia-cinco-anos-supera-25-diz-ag%C3%AAnica-2026a1000ort

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

IOC FIOCRUZ. Monitoramento de zoonoses. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DZ7fVvvgbV_/. Acesso em: mai 2026.

LEITÃO, JG. **Roraima tem quase metade da população de rua da região Norte e uma das 10 maiores do Brasil, diz relatório.** Boa Vista: G1 RR, 10/11/2025. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2025/11/10/roraima-tem-quase-metade-da-populacao-de-rua-da-regiao-norte-e-uma-das-10-maiores-do-brasil-diz-relatorio.ghtml

METRÓPOLES. Saúde e ciência. Cientistas ganham prêmio por desenvolver cura para a anemia falciforme. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DXXfphIgaYk/?igsh=MWs5NXJkMWM3NTFsbw==. Acesso: abri 2026.

MIRANDA, G. **As 24 superbactérias mais perigosas para a saúde global**. Medscape, 16 de abril de 2025. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6512596?ecd=mkm_ret_251119_mscpmrk-PT_ReaList_etid7887133&uac=323778SG&impID=7887133

MSD SAÚDE. **A gravidade da resistência bacteriana**. 08/10/2025. Disponível em: saude@mail.msd.com.br,

NOTIBOMBA. **Pânico na África**. 23 jun. 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DZ5VgETxh5T/

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

O'NEILL, Jim. **Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations**. London: Review on Antimicrobial Resistance, 2016. Disponível em: amr-review.org. Acesso em: 21 set. 2026.

OPAS. **Casos de sífilis aumentam nas Américas**, 22 maio 2024. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentam-nas-americas

PORTAL G1. **Superbactérias**. 24 de março de 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/reel/DWRy9BrDgK7/?igsh=MXZ2ZThmcGl0bmV1Mg==

RAMALHO Y. **Impulsionado pela migração venezuelana, Roraima tem maior crescimento populacional do país e chega a 738 mil habitantes**. Boa Vista: G1 RR, 29/08/2025. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2025/08/29/impulsionado-pela-migracao-venezuelana-roraima-tem-maior-crescimento-populacional-do-pais-e-chega-a-738-mil-habitantes.ghtml

ROTINA MICROBIOLOGICA. **Primeiro Relato de S brasiliensis**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DYdKeJtlBAA/?igsh=MWl5ZzZleWE5ajdm. Acesso em: abr2026.

ROCHA, H. **Teste Rápido: Abordagem inicial do paciente com suspeita de Ebola,** 04 de junho de 2026. Disponível em: https://portugues.medscape.com/viewarticle/teste-r%C3%A1pido-abordagem-inicial-do-paciente-suspeita-2026a1000ik7?ecd=wnl_t5fy_ous_pt_etid8405050_260607_2&uac=323778SG&impID=8405050

SBDN. **O clima muda, a saúde padece: a urgência das Doenças Negligenciadas.** Belo Horizonte: Simpósio Brasileiro de Doenças Negligenciadas, 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DX2kMTMGQFR/?img_index=7&igsh=MXJyZmx3ZjN1cTJtMA==

SBMT. Novo perfil da doença de chagas coloca a transmissão oral no centro da resposta em saúde pública. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DV6AFXuERBG/?igsh=ZXp2cTRvYmt1OWVr. Acesso: abr 2026.

SCI TECH DAILY. **A primeira em 30 anos: Cientistas descobrem nova classe de antibióticos.** 8 de junho de 2025. Disponível em: https://scitechdaily.com/the-first-in-30-years-scientists-discover-new-class-of-antibiotics/

SIC NOTICIAS. **Confirmado primeiro caso de Ebola na França**. 23 de jun. 2026. Disponível em https://www.instagram.com/p/DZ9sC6sjBHp/

SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA. **Mpox**. Spinfectologia, 2026.

THE NEWS. **Etiópia confirma surto de Marburg com 14 casos e 9 mortes.** Jan 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DS5FUOkF3r6/?igsh=MWpkbmo3b2RjczY4Ng==

TIKTALTV. O Brasil está sendo assombrado por um vírus invisível, 2026. Disponível em: https://www.instagram.com/reel/DYkaHZnDKUC/?igsh=cTlyYmZyZ3AwcG4=

UNASUS. **Doença Falciforme passa a ser de notificação compulsória em todo o país: Nota técnica orienta profissionais de saúde sobre como notificar casos suspeitos e confirmados no sistema e-SUS Sinan, fortalecendo o monitoramento e o cuidado integral à população afetada.** Brasília, 11 de agosto de 2025. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/doenca-falciforme-passa-a-ser-de-notificacao-compulsoria-em-todo-o-pais

UNIFESP. **Estudo detecta material genético do vírus da raiva em fêmea de morcego e no feto**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DUYFbYzkVKS/?igsh=MzQwcXp6MmJiZ2Ix. Acesso em: abr 2026.

VAN DEN HEUVEL, M. **Primeira vacina contra a doença de Lyme em décadas está perto de ser aprovada. Mescape,** 22 de mai de 2026. Disponível em: https://portugues.medscape.com/viewarticle/primeira-vacina-contra-doen%C3%A7a-lyme-d%C3%A9cadas-2026a1000gqa?ecd=a2a

VARSHOCHI M, RAVANBAKHSH GHAVGHANI F. *Demyelinating Neurobrucellosis Presenting With Neuropsychiatric Manifestations*. **Case Reports in Medicine**. 2026; 2026:2210460. DOI: 10. 1155/carm/2210460

VITA, F.A. **Raiva Humana no Brasil em 2025: O que os dados mostram até agora**. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DSdWOfzkeCA/?igsh=MTY1Y3hod21wdHZt. Acesso em: dez 2025.

VORSATZ, C. **Caso Clínico: Neurobrucelose desmielinizante com manifestações neuropsiquiátricas. Medscape,** 30 de março de 2026. Disponível em: https://portugues.medscape.com/viewarticle/caso-cl%C3%ADnico-neurobrucelose-desmielinizante-2026a10009m9?ecd=wnl_t5fy_ous_pt_etid8243474_260405_1&uac=323778SG&implD=8243474

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

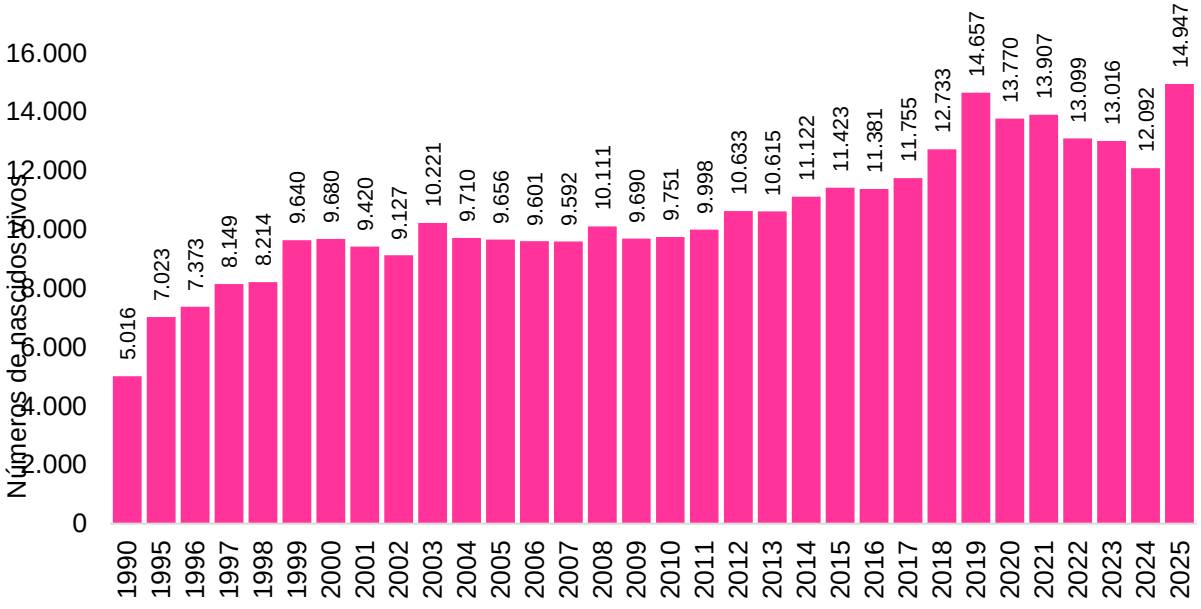
2 NATALIDADE

A natalidade 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. Com base nesses dados é possível analisar as condições da gestação, do nascimento e do recém-nascido, além das condições sociais da mãe. Os dados são 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.

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.

Figura 1. Número de nascidos vivos de mães residentes, Roraima, 1990, 1995 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Até o dia 03 de agostode 2026, o Sinasc captou um total de 15.037 nascidos vivos ocorridos no estado, destes 14.947 (99,4%) dos nascidos vivos são de mães residentes. Um total de 90 nascidos vivos foram de mães residentes em outras unidades

da federação (UF).

No período de 2016 a 2025, o número de nascimentos no estado atingiu o seu pico em 2025 com 14.947 nascimentos, consolidando um aumento de 31,3% no volume anual ao longo do decênio. Nota-se um salto expressivo em 2019 (14.657), seguido por uma leve retração e estabilização (2020-2023), uma queda acentuada em 2024 (12.092), e uma forte recuperação com o recorde registrado em 2025 (Figura 1).

Historicamente, o maior volume acumulado de nascimentos ocorre em outubro (11.644), seguido de perto por janeiro (11.484) e setembro (11.434). O menor volume histórico acumulado concentra-se em junho (10.190) e fevereiro (10.208) (Tabela 1).

Tabela 1. Número de nascidos vivos de mães residentes por mês de nascimento, Roraima, 2016 a 2025

Mês	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Janeiro	1.013	990	1.042	1.291	1.217	1.118	1.233	1.183	1.096	1.301
Fevereiro	933	921	878	1.082	1.172	1.000	1.051	1.091	905	1.175
Março	958	1.012	1.040	1.220	1.263	1.177	1.100	1.135	1.009	1.217
Abril	851	932	1.019	1.210	1.086	1.170	1.103	1.103	931	1.208
Maio	916	918	1.053	1.182	1.151	1.188	1.027	1.059	974	1.212
Junho	836	958	1.055	1.118	1.050	1.080	1.031	1.005	895	1.162
Julho	864	876	1.027	1.155	1.099	1.163	1.005	981	971	1.152
Agosto	988	1.017	1.098	1.247	1.094	1.163	1.127	1.084	1.004	1.242
Setembro	1.015	1.051	1.074	1.378	1.123	1.269	1.022	1.115	1.099	1.288
Outubro	1.051	1.006	1.164	1.341	1.183	1.252	1.059	1.134	1.130	1.324
Novembro	966	1.042	1.153	1.253	1.151	1.159	1.181	1.097	1.036	1.270
Dezembro	990	1.032	1.130	1.180	1.181	1.168	1.160	1.029	1.042	1.396
Total	11.381	11.755	12.733	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	12.092	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.1 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. 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, população e taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes, Roraima, Região Norte e Brasil, 2006 a 2025

Ano	Roraima			Norte			Brasil		
	Nº	População	Taxa	Nº	População	Taxa	Nº	População	Taxa
2006	9.601	422.550	22,7	317.493	15.083.626	21,0	2.944.928	187.535.030	15,7
2007	9.592	434.778	22,1	311.813	15.367.681	20,3	2.891.328	189.458.827	15,3
2008	10.111	446.905	22,6	321.998	15.647.620	20,6	2.934.828	191.335.196	15,3
2009	9.690	458.716	21,1	310.726	15.919.181	19,5	2.881.581	193.174.036	14,9
2010	9.751	469.991	20,7	306.422	16.158.154	19,0	2.861.868	194.749.329	14,7
2011	9.998	481.480	20,8	313.745	16.374.290	19,2	2.913.160	196.158.610	14,9
2012	10.633	493.876	21,5	308.375	16.591.669	18,6	2.905.789	197.670.620	14,7
2013	10.615	507.022	20,9	313.272	16.808.083	18,6	2.904.027	199.226.702	14,6
2014	11.122	520.569	21,4	321.682	17.025.334	18,9	2.979.259	200.811.131	14,8
2015	11.423	534.380	21,4	320.924	17.236.948	18,6	3.017.668	202.403.642	14,9
2016	11.381	548.233	20,8	307.526	17.429.371	17,6	2.857.800	203.871.925	14,0
2017	11.755	564.013	20,8	312.682	17606346	17,8	2.923.535	205.211.557	14,2
2018	12.733	587.497	21,7	319.228	17.783.329	18,0	2.944.932	206529038	14,3
2019	14.657	618.125	23,7	313.696	17.970.930	17,5	2.849.146	207.900.099	13,7
2020	13.770	640.975	21,5	301.635	18.137.222	16,6	2.730.145	209.164.889	13,1
2021	13.907	654.972	21,2	309.362	18.272.491	16,9	2.677.101	210.103.642	12,7
2022	13.099	673.404	19,5	289.158	18.403.491	15,7	2.561.922	210.862.983	12,1
2023	13.016	695.270	18,7	284.197	18.535.113	15,3	2.537.576	211.695.158	12,0
2024	12.092	716.793	16,9	265.670	18.669.345	14,2	2.389.325	212.583.750	11,2
2025	14.947	738.772	20,2	275.171	18.801.282	14,6	2.452.875	213.421.037	11,5

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Observamos três fases distintas na evolução da taxa de natalidade no estado. A primeira fase entre 2006 e 2017 onde o estado manteve uma taxa de natalidade altamente estável, oscilando estritamente entre 20,7 (2010) e 22,7 (2006). Mesmo com a população crescendo ano a ano, o número de nascimentos acompanhava o ritmo proporcionalmente, indicando um comportamento demográfico regular. A segunda fase entre 2018 e 2019 com o *Boom* migratório. A partir de 2018, a taxa começa a subir, rompendo a estabilidade anterior e atingindo o recorde histórico da série em 2019, com 23,7. Esse salto aconteceu porque o volume de nascidos vivos cresceu com muito mais velocidade do que a própria base populacional do estado (refletindo o auge do fluxo migratório e o perfil jovem das mulheres que ingressaram no estado). E a terceira fase há um declínio acentuado e o repique (2020 a 2025). Após o pico, o estado experimentou uma queda consecutiva por cinco anos, chegando ao mínimo histórico da série em 2024, com 16,9. No entanto, há uma quebra abrupta dessa tendência em

2025, com a taxa voltando a subir fortemente para 20,2, impulsionada pelo recorde absoluto em volume de partos (14.947) (Tabela 2).

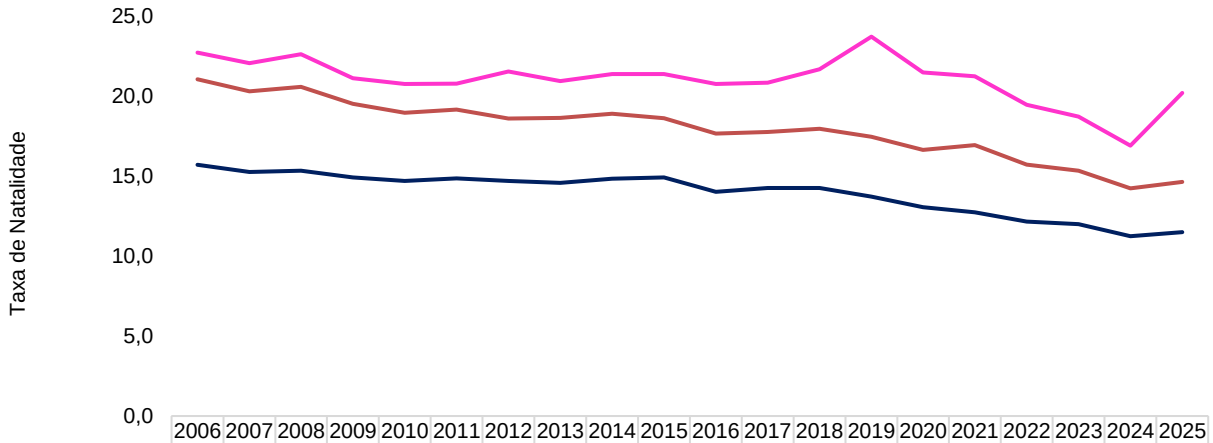
Os dados de natalidade revelam um comportamento completamente divergente entre o estado de Roraima e as médias regional (Norte) e nacional (Brasil). Enquanto o Brasil e a Região Norte passam por uma transição demográfica acelerada (queda contínua de natalidade), Roraima apresenta forte crescimento populacional e oscilações intensas no volume de nascimentos. Entre 2006 e 2024, a taxa de natalidade do Brasil despencou de 15,7 para 11,2 (uma redução de aproximadamente 28%). A Região Norte seguiu a mesma tendência, caindo de 21,0 para 14,2. Ambas tiveram uma sutil recuperação técnica em 2025. Roraima manteve taxas historicamente mais elevadas e registrou seu pico absoluto de natalidade em 2019 (23,7 por 1.000 habitantes), impulsionado por um forte fluxo migratório e crescimento populacional acelerado. O estado cresceu sua população em 74,8% no período (de 422 mil para 738 mil habitantes). O ano de 2019 marcou o ápice com a maior taxa de natalidade da série (23,7). Após um período de queda consecutiva que culminou no mínimo de 2024 (16,9), o ano de 2025 apresentou uma explosão de registros, atingindo o recorde absoluto em volume (14.947 nascidos vivos) e fazendo a taxa de natalidade aumentar para 20,2 (Tabela 3 e Figura 2).

Tabela 3. Comparativo de extremos entre 2006 e 2025 entre Roraima, Região Norte e Brasil do número de nascidos vivos e taxa de natalidade de mães residentes

Indicador / Região	Cenário em 2006	Cenário em 2025	Variação Absoluta (Nº Nascidos)	Tendência da Taxa
Roraima	9.601 nascidos (22,7)	14.947 nascidos (20,2)	**+ 55,6%**	Oscilante (Alta persistente)
Região Norte	317.493 nascidos (21,0)	275.171 nascidos (14,6)	**- 13,3%**	Queda estrutural
Brasil	2.944.928 nascidos (15,7)	2.452.875 nascidos (11,5)	**- 16,7%**	Queda estrutural

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Figura 2. Taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes, Roraima, Região Norte e Brasil, 2006 a 2025



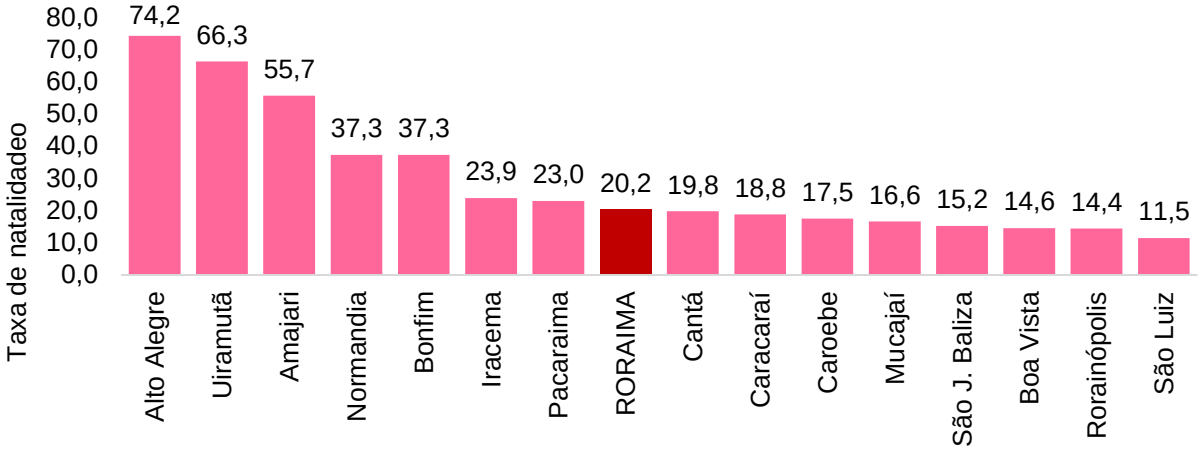
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Brasil	15,7	15,3	15,3	14,9	14,7	14,9	14,7	14,6	14,8	14,9	14,0	14,2	14,3	13,7	13,1	12,7	12,1	12,0	11,2	11,5
Norte	21,0	20,3	20,6	19,5	19,0	19,2	18,6	18,6	18,9	18,6	17,6	17,8	18,0	17,5	16,6	16,9	15,7	15,3	14,2	14,6
Roraima	22,7	22,1	22,6	21,1	20,7	20,8	21,5	20,9	21,4	21,4	20,8	20,8	21,7	23,7	21,5	21,2	19,5	18,7	16,9	20,2

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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).

O município de Boa Vista centraliza a maior parte dos registros, sendo responsável por 47,3% dos nascidos vivos do estado (7.069 nascimentos). Os municípios de Alto Alegre (11,7%) e Uiramutã (7,2%) ocupam o segundo e o terceiro lugar em volume de nascimentos, respectivamente. O menor volume de nascidos vivos ocorre em São Luiz (0,6%) e São João da Baliza (1,0%) (Tabela 4 e Figura 3).

Figura 3. Taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes por município de residência da mãe, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O município de Alto Alegre lidera isolado com a maior taxa de natalidade do estado: 74,2 nascimentos por 1.000 habitantes. Uiramutã (66,3) e Amajari (55,7) também apresentam taxas altíssimas, muito acima da média estadual. Esse comportamento é comum em regiões com forte presença de populações indígenas e rurais. O município de São Luiz apresenta o menor índice, com 11,5 nascimentos por 1.000 habitantes. Boa Vista (14,6) e Rorainópolis (14,4), apesar de serem os dois municípios mais populosos do estado, registram as menores taxas de natalidade proporcional. Isso reflete o perfil urbano dessas cidades, onde o custo de vida e o planejamento familiar tendem a reduzir o número de filhos por habitante.

Tabela 4. Número e percentual de nascidos vivos e taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) de mães residentes por município de residência, Roraima, 2025

Município	Nascidos vivos		População	Taxa de natalidade
	Nº	%		
Alto Alegre	1.750	11,7	23.589	74,2
Amajari	897	6,0	16.112	55,7
Boa Vista	7.069	47,3	485.477	14,6
Bonfim	580	3,9	15.570	37,3
Cantá	418	2,8	21.102	19,8
Caracaraí	428	2,9	22.750	18,8
Caroebe	210	1,4	12.004	17,5
Iracema	261	1,7	10.937	23,9
Mucajaí	333	2,2	20.006	16,6
Normandia	609	4,1	16.323	37,3
Pacaraima	531	3,6	23.112	23,0
Rorainópolis	546	3,7	37.787	14,4
São João da Baliza	152	1,0	9.969	15,2
São Luiz	90	0,6	7.848	11,5
Uiramutã	1.073	7,2	16.186	66,3
Total	14.947	100,0	738.772	20,2

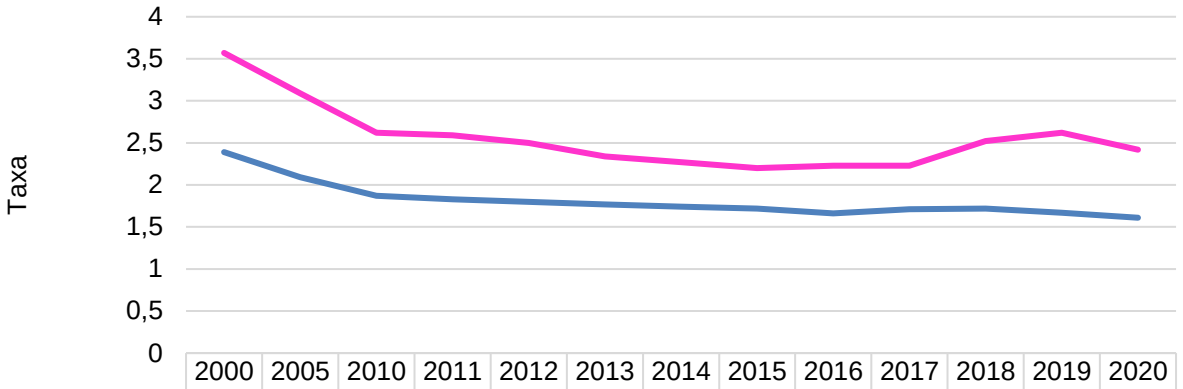
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.2 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).

Entre 2000 e 2015, tanto Roraima quanto o Brasil registraram uma queda contínua nas taxas gerais de fecundidade. Em Roraima, a taxa recuou de 3,57 em 2000 para 2,20 em 2015, e no Brasil, a média nacional caiu de 2,39 para 1,72 no mesmo intervalo, ficando abaixo do nível de reposição populacional (2,1). Houve um aumento expressivo em Roraima (2017 a 2019), provavelmente influenciado pelo intenso fluxo migratório no período, ao contrário do Brasil, que seguiu estável ou em leve queda. Em 2020, Roraima voltou a registrar recuo, fechando em 2,42 (Figura 4).

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

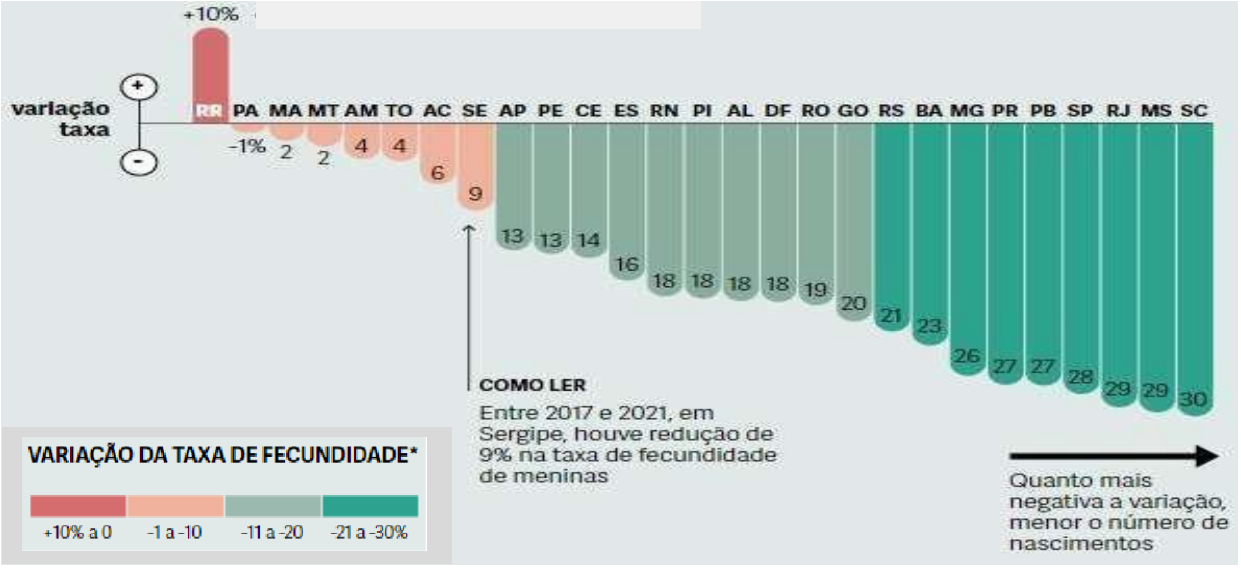


	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Roraima	3,57	3,09	2,62	2,59	2,5	2,34	2,27	2,2	2,23	2,23	2,52	2,62	2,42
Brasil	2,39	2,09	1,87	1,83	1,8	1,77	1,74	1,72	1,66	1,71	1,72	1,67	1,61

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.

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 (Alves; Semente, 2023) (Figura 5).

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



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

Segundo o Clima Info (2023) 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 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.

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).

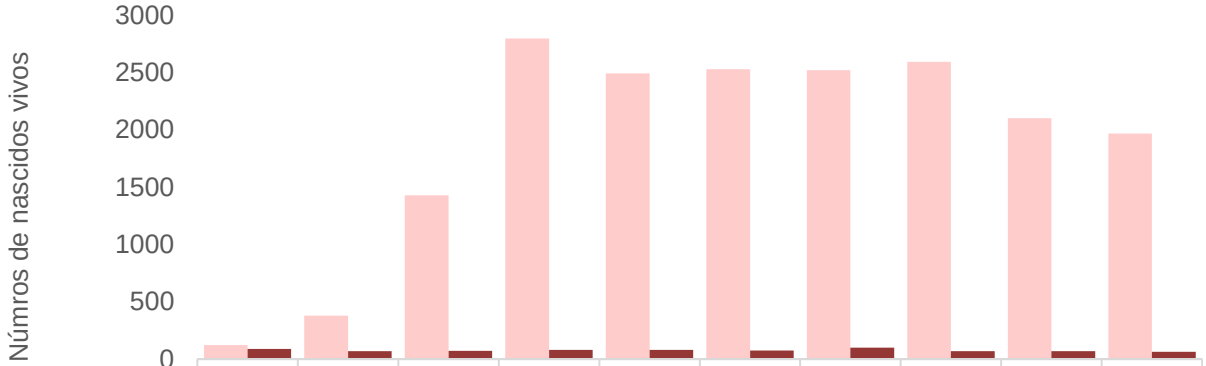
A OMS alertou sobre a "catástrofe climática" e sua ameaça urgente para gestantes, bebês e crianças. Em 2023, a entidade lançou o documento "Proteger a saúde materna, neonatal e infantil dos impactos das alterações climáticas", o texto destaca que essas populações têm sofrido com os efeitos das mudanças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

2.3 PAÍS DA NACIONALIDADE DA MÃE

Os nascimentos de mães venezuelanas saltaram de 121 em 2016 para um pico de 2.798 em 2019 (um aumento de mais de 2.200% em apenas três anos). No auge (2019 a 2023), os filhos de mães venezuelanas chegaram a representar cerca de 19% a 20%. Após anos de estabilidade em patamares elevados (na faixa de 2.500 anuais), houve uma tendência de recuo em 2024 e 2025, fechando o último ano com 1.967 nascimentos. A Guiana mantém-se como a segunda maior comunidade estrangeira de mães, com uma média constante (totalizando 769 nascimentos no período), devido à

proximidade geográfica e fronteira direta. Cuba e Haiti aparecem logo em seguida como fluxos migratórios secundários expressivos na década, acumulando 106 e 101 nascimentos, respectivamente. A forte alta observada na Figura 4 da taxa de fecundidade geral de Roraima entre 2017 e 2019 (que analisamos anteriormente) encontra sua explicação direta com o reflexo do ápice de nascimentos de mães vindas da Venezuela, que elevou temporariamente os índices demográficos de todo o estado.

Figura 6. Número de nascidos vivos (de mães residentes) segundo o país de naturalidade da mãe (Venezuela e Guiana), Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
VENEZUELA	121	378	1430	2798	2492	2530	2520	2594	2102	1967
GUYANA	88	69	71	80	81	76	101	70	70	63

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 4. Número de nascidos vivos (de mães residentes) segundo o país de naturalidade da mãe, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

País natural mãe	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
BRASIL	11.127	11.267	11.182	11.727	11.158	11.260	10.452	10.324	9.887	12.879	111.263
VENEZUELA	121	378	1.430	2.798	2.492	2.530	2.520	2.594	2.102	1.967	18.932
GUYANA	88	69	71	80	81	76	101	70	70	63	769
CUBA	16	15	8	9	6	9	10	7	9	17	106
HAITI	10	11	20	18	19	11	5	2	0	5	101
COLOMBIA	9	3	8	8	5	5	2	6	8	2	56
PERU	3	3	1	5	3	3	1	3	2	3	27
CHINA	2	6	6	2	1	2	2	0	0	0	21
SIRIA	0	0	2	3	0	1	2	1	3	2	14
SURINAME	0	1	0	0	0	2	1	2	1	3	10
GUIANA FRANCESA	0	0	0	0	0	2	0	2	4	1	9
BOLIVIA	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
NIGERIA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4
PARAGUAI	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	4
REPUBLICA DOMINICANA	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
ALEMANHA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
BELGICA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
BENIN	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
COSTA DO MARFIM	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
DOMINICA	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
ESTADOS UNIDOS	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
FRANCA	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
JAPAO	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
LIBANO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
MEXICO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
PORTUGAL	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
ANGOLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ARABIA SAUDITA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ARGENTINA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
BELIZE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
BULGARIA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
HONDURAS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
KUWEIT	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
LIBIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
PAQUISTAO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TRINIDAD AND TOBAGO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
URUGUAI	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
ESLOVAQUIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	11.381	11.755	12.733	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	12.092	14.947	131.357

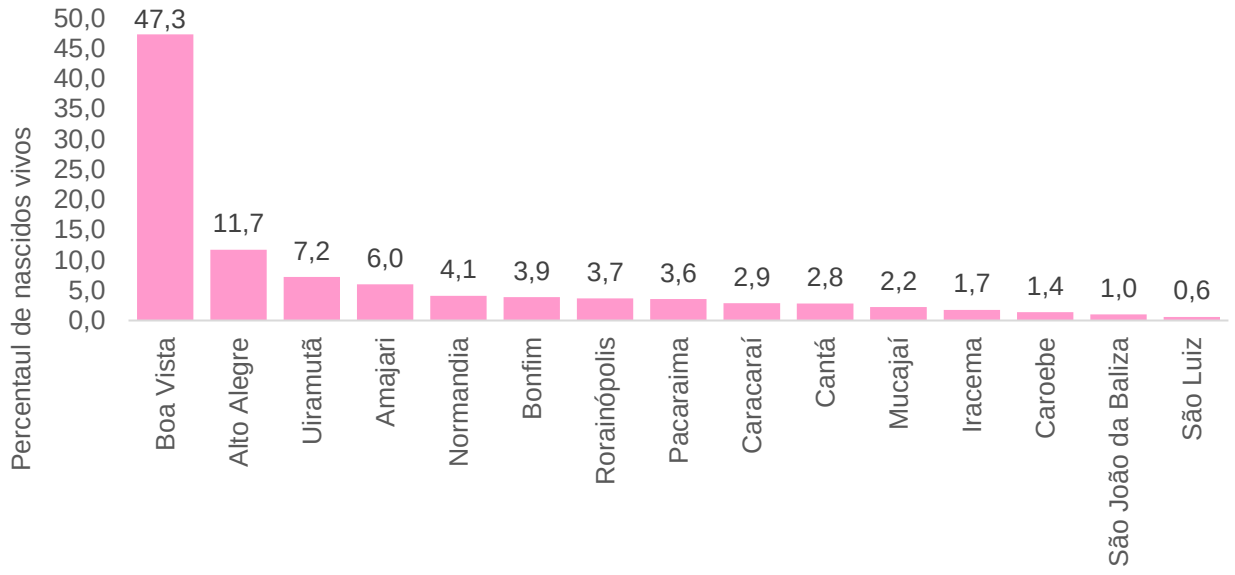
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.4 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DA MÃE

Historicamente, a capital Boa Vista, concentra a maioria dos nascimentos, em torno de 60%. Em 2025, a capital registrou sua menor participação histórica, caindo bruscamente para 47,3% (7.069 nascimentos). Embora continue sendo o maior polo, o interior ganhou um peso inédito no fechamento da década. Três municípios do interior registraram saltos numéricos massivos em 2025, alterando a dinâmica demográfica do estado. O município de Alto Alegre que mantinha uma média de 600 a 700 nascimentos por ano (representando cerca de 5% do estado), em 2025, os registros mais que dobraram, atingindo 1.750 nascimentos (11,7% do total), Uiramutã, de uma média histórica de 400 a 600 nascimentos, saltou para 1.073 nascidos vivos (7,2%) em 2025, e Amajari, teve um crescimento expressivo, saltando de uma média estável de 400 nascimentos para 897 registros (6,0%).

O expressivo aumento do total de nascidos vivos em Roraima em 2025 (recorde de 14.947) não foi impulsionado pela capital, mas sim por um crescimento atípico e concentrado em Alto Alegre, Uiramutã e Amajari, que juntos responderam por um quarto (24,9%) de toda a natalidade do estado naquele ano (Tabela 5 e Figura 7).

Figura 7. Percentual de nascidos vivos segundo o município de residência da mãe, de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 5. Número e percentual de nascidos vivos de mães residentes por municípios, de residentes em Roraima 2016 a 2025

Município	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto Alegre	620	5,4	528	4,5	433	3,4	715	4,9	737	5,4	769	5,5	704	5,4	631	4,8	672	5,6	1.750	11,7
Amajari	332	2,9	355	3,0	315	2,5	446	3,0	395	2,9	435	3,1	432	3,3	415	3,2	423	3,5	897	6,0
Boa Vista	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	59,8	6.901	57,1	7.069	47,3
Bonfim	365	3,2	379	3,2	390	3,1	471	3,2	464	3,4	435	3,1	432	3,3	417	3,2	396	3,3	580	3,9
Cantá	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	3,1	418	2,8
Caracaraí	382	3,4	407	3,5	377	3,0	448	3,1	433	3,1	424	3,0	332	2,5	355	2,7	344	2,8	428	2,9
Caroebe	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	1,4	210	1,4
Iracema	140	1,2	154	1,3	125	1,0	185	1,3	152	1,1	142	1,0	145	1,1	162	1,2	143	1,2	261	1,7
Mucajaí	308	2,7	309	2,6	310	2,4	374	2,6	337	2,4	370	2,7	323	2,5	353	2,7	327	2,7	333	2,2
Normandia	428	3,8	416	3,5	425	3,3	490	3,3	556	4,0	477	3,4	446	3,4	511	3,9	459	3,8	609	4,1
Pacaraima	357	3,1	380	3,2	412	3,2	559	3,8	512	3,7	610	4,4	544	4,2	540	4,1	472	3,9	531	3,6
Rorainópolis	542	4,8	563	4,8	628	4,9	574	3,9	598	4,3	561	4,0	570	4,4	532	4,1	549	4,5	546	3,7
São João da Baliza	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	1,1	152	1,0
São Luiz	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	90	0,6
Uiramutã	510	4,5	446	3,8	431	3,4	615	4,2	603	4,4	704	5,1	514	3,9	528	4,1	624	5,2	1.073	7,2
Ignorado	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	0	0,0
Total	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	12.092	100,0	14.947	100,0

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 6. Número e percentual de nascidos vivos segundo o município de residência da mãe, de residentes em Roraima, 2016 e 2025

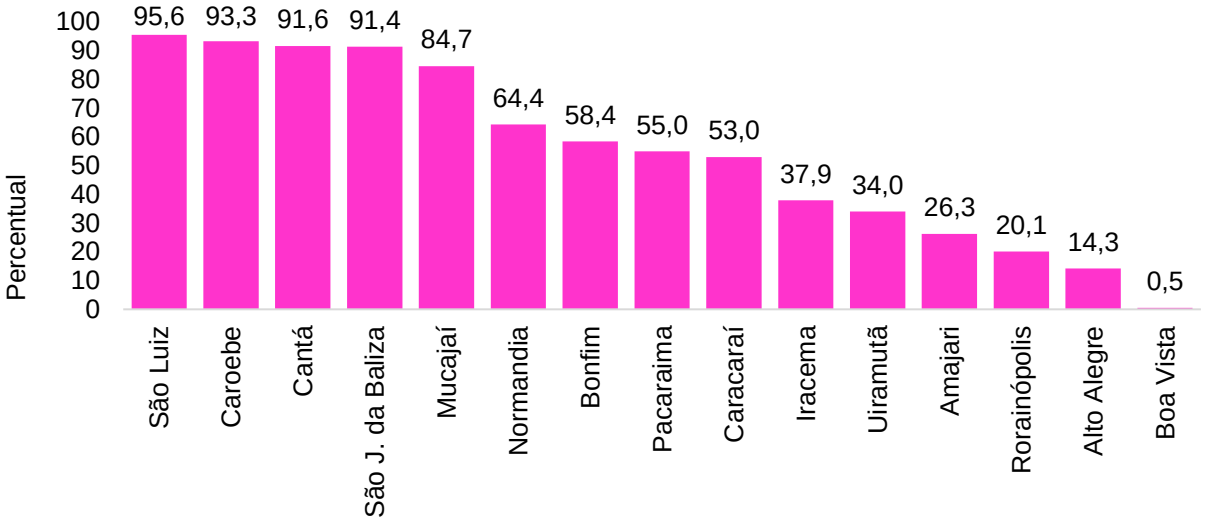
Município	2016		2025		% de Variação entre 2016 e 2025
	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	620	5,4	1.750	11,7	182,3
Amajari	332	2,9	897	6,0	170,2
Boa Vista	6.740	59,2	7.069	47,3	4,9
Bonfim	365	3,2	580	3,9	58,9
Cantá	323	2,8	418	2,8	29,4
Caracaraí	382	3,4	428	2,9	12,0
Caroebe	145	1,3	210	1,4	44,8
Iracema	140	1,2	261	1,7	86,4
Mucajaí	308	2,7	333	2,2	8,1
Normandia	428	3,8	609	4,1	42,3
Pacaraima	357	3,1	531	3,6	48,7
Rorainópolis	542	4,8	546	3,7	0,7
São João da Baliza	106	0,9	152	1,0	43,4
São Luiz	83	0,7	90	0,6	8,4
Uiramutã	510	4,5	1.073	7,2	110,4
Total	11.381	100,0	14.947	100,0	31,3

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).
Obs: 01 nascimentos de município ignorado foi incluido no Municipio de Boa Vista.

Rorainópolis, o segundo município mais populoso há uma década flutua rigorosamente entre 530 e 620 nascimentos anuais, perdendo participação percentual em 2025 (3,7%) apenas devido ao crescimento desproporcional dos vizinhos do norte (Alto Alegre e Uiramutã). São Luiz e São João da Baliza permanecem como os menores volumes de nascidos vivos do estado durante toda a série histórica, raramente passando de 1% de participação cada um.

O forte contraste entre os municípios evidencia a dependência de infraestrutura hospitalar para partos majoritariamente centralizada na capital, Boa Vista. Os municípios de São Luiz, Caroebe, São João da Baliza e Iracema apresentam os maiores índices de deslocamento, todos acima de 80% (Figura 9). Isso significa que a esmagadora maioria das mães residentes nessas localidades precisa dar à luz em outros municípios devido à ausência de maternidades ou leitos de alta complexidade locais. Municípios como Cantá, Mucajaí, Caracaraí e Bonfim ocupam uma posição intermediária.

Figura 9. Percentual de nascidos vivos de mães residentes ocorridos fora do município de residência da mãe, de residentes em Roraima, 2025



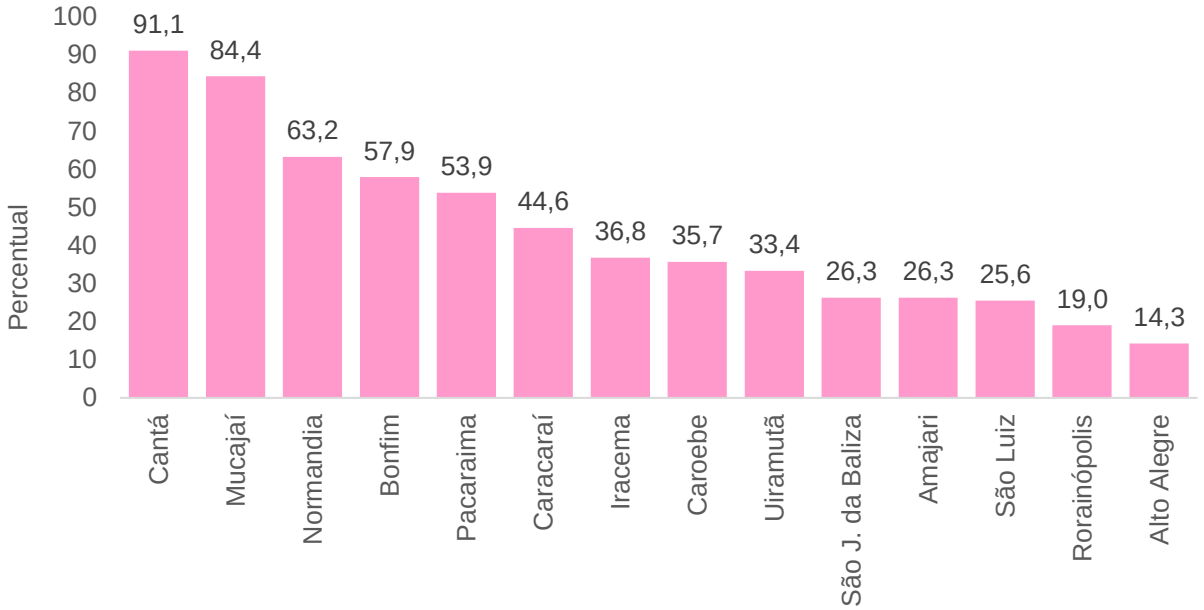
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Rorainópolis, que mesmo sendo o segundo polo populacional do estado, e desde 2021, a Maternidade Thereza Monay Montessi atende as demandas da região sul do estado, inclusive as demandas obstétricas, ainda registra uma parcela significativa de suas mães se deslocando para o parto.

O índice extremamente baixos de Alto Alegre, Uiramutã e Amajari, como quase 100% dos partos dessas mães ocorreram dentro do próprio município, pode ser explicado pelo fato desses três municípios concentrarem algumas das maiores populações indígenas do Brasil (como na Terra Indígena Raposa Serra do Sol e na Terra Indígena Yanomami), muitas mulheres indígenas optam por realizar o parto em suas próprias comunidades ou aldeias, seguindo tradições culturais, com o auxílio de parteiras tradicionais e profissionais de saúde indígena. Como esses partos acontecem dentro do território tradicional, o nascimento é obrigatoriamente computado no município de residência da mãe, sem que haja a necessidade de remoção para a capital.

Os municípios de Cantá e Mucajaí lideram o percentual de mães que se deslocam para Boa Vista para dar à luz, registrando 91,1% e 84,4% de seus partos na capital, respectivamente. Além deles, os municípios de Normandia (63,2%), Bonfim (57,9%) e Pacaraima (53,9%) enviam a maioria absoluta de suas gestantes para realizar o parto na capital. Esse grupo destaca-se pela proximidade geográfica ou facilidade de acesso rodoviário a Boa Vista (Figura 10).

Figura 10. Percentual de nascidos vivos ocorridos no município de Boa Vista de mães residentes de outros municípios, de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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 no estado. No período de 2020 a 2024, observa-se essa hegemonia do setor público, onde a rede pública respondeu de forma muito estável por exatos 82% a 83% de todos os nascimentos do estado. O pico de partos na rede pública nesse intervalo ocorreu em 2021, com 11.446 nascidos vivos (Tabela 7).

Tabela 7. Número e percentual de nascidos vivos segundo a esfera administrativa (pública e privada) de mães residentes, Roraima, 2020 a 2025

Ano	Nº de nascidos vivos	Público		Privado	
		Nº	%	Nº	%
2020	13.770	11.427	83,0	718	5,2
2021	13.907	11.446	82,3	801	5,8
2022	13.099	10.883	83,1	781	6,0
2023	13.016	10.876	83,6	811	6,2
2024	12.092	10.033	83,0	598	4,9
2025	14.947	10.482	70,1	590	3,9

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

A rede privada atende a uma parcela muito pequena da população local. O seu melhor momento foi em 2023, quando atingiu 6,2% do total de partos (811

nascimentos). Nos anos de 2024 e 2025, o setor privado encolheu tanto em números absolutos quanto percentuais, fechando o último ano com apenas 3,9% de participação (590 nascimentos). O ano de 2025 chama a atenção por uma mudança estatística. Apesar de o estado registrar o maior número total de nascidos vivos da série (14.947), o percentual na rede pública despencou para 70,1%. Como a soma de público (70,1%) e privado (3,9%) em 2025 resulta em apenas 74%, há uma fatia invisível de 26% dos nascimentos (cerca de 3.875 partos) que não foi classificada nessas duas esferas administrativas tradicionais. Essa lacuna coincide perfeitamente com a explosão de partos domiciliares em terras indígenas que analisamos anteriormente (em Uiramutã, Alto Alegre e Amajari), os quais entram na estatística geral de nascidos vivos, mas ocorrem fora de hospitais públicos ou privados (geralmente registrados como "domicílio" ou "outro").

Tabela 8. Número de nascidos vivos de mães residentes por estabelecimentos de saúde, Roraima, 2020 a 2025

Estabelecimento de saúde	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	9.976	82,1	10.022	81,8	9.681	83,0	9.583	82,0	8.882	83,5	9.328	84,2
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO	843	6,9	779	6,4	710	6,1	747	6,4	717	6,7	760	6,9
HOSPITAL LOTTY IRIS	128	1,1	183	1,5	229	2,0	278	2,4	272	2,6	283	2,6
HOSPITAL UNIMED DE BOA VISTA	384	3,2	318	2,6	315	2,7	240	2,1	56	0,5	0	0,0
HOSPITAL DA MULHER	197	1,6	291	2,4	225	1,9	279	2,4	261	2,5	293	2,6
HOSPITAL DELIO DE OLIVEIRA TUPINAMBA	126	1,0	184	1,5	148	1,3	159	1,4	125	1,2	118	1,1
UNIDADE MISTA RUTH QUITERIA	179	1,5	106	0,9	75	0,6	75	0,6	71	0,7	70	0,6
CENTRO DE SAUDE DE UIRAMUTA	72	0,6	114	0,9	87	0,7	99	0,8	52	0,5	67	0,6
UNIDADE MISTA IRMA AQUILINA	74	0,6	64	0,5	48	0,4	51	0,4	38	0,4	31	0,3
HOSPITAL PEDRO ALVARO RODRIGUES	41	0,3	43	0,4	40	0,3	41	0,4	30	0,3	36	0,3
ESTABELECIMENTO FORA DO ESTADO DE RORAIMA	27	0,2	48	0,4	44	0,4	38	0,3	35	0,3	35	0,3
UNIDADE MISTA DE CAROEBE	35	0,3	24	0,2	13	0,1	27	0,2	22	0,2	11	0,1
UNIDADE MISTA SAO JOAO DA BALIZA	10	0,1	11	0,1	19	0,2	13	0,1	15	0,1	12	0,1
HOSPITAL JOSE GUEDES CATAO	14	0,1	19	0,2	2	0,0	9	0,1	7	0,1	7	0,1
CENTRO DE SAUDE JAIR DA SILVA MOTA	4	0,0	12	0,1	6	0,1	15	0,1	5	0,0	7	0,1
HOSPITAL EPITACIO DE ANDRADE LUCENA	7	0,1	1	0,0	4	0,0	12	0,1	10	0,1	6	0,1
UNIDADE MISTA ROSA VIEIRA VO PRETA	7	0,1	9	0,1	2	0,0	5	0,0	8	0,1	0	0,0

HOSPITAL FRANCISCO RICARDO DE MACEDO	4	0,0	5	0,0	9	0,1	3	0,0	6	0,1	2	0,0
HOSPITAL HELIO MACEDO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,1	0	0,0
UNIDADE MISTA IRMA CAMILA	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
UPA 24H COSME E SILVA	4	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0
CASA DE SAUDE INDIGENA YANOMAMI E YEKWANA	0	0,0	2	0,0	0	0,0	4	0,0	0	0,0	0	0,0
POSTO DE SAUDE CICERO RODRIGUES DE MORAIS	0	0,0	3	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR	0	0,0	3	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0
HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0
UNIDADE BASICA DE SAUDE EDITE CARDOSO	4	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CENTRO DE SAUDE WALTER GOMES PORTELA	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
CENTRO DE SAUDE IRACEMA GALVAO	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
SAMU 192 SAV	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SAMU 192 BRAVO 1	0	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CASA DE SAUDE INDIGENA LESTE DE RORAIMA	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0
POSTO DE SAUDE ANA HIPOLITO DOS SANTOS	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ESCOLA MUNICIPAL NOVA CANAA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
POSTO DE SAUDE DO ANZOL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
UNIDADE MISTA BOM SAMARITANO	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
POSTO DE SAUDE INDIGENA RAIMUNDAO II	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
POSTO DE SAUDE INDIGENA MUTAMBA	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
UNIDADE BASICA DE SAUDE MECEJANA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
UNIDADE BASICA DE SAUDE SAYONARA MARIA DANTAS LICARIAO MATOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
CONSULTORIO DA MULHER	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
CENTRAL DE REGUL DAS URGENCIAS DO ESTADO DE RORAIMA SAMU 192	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFRR	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
UBS ALESSANDRA ROSAS SARMENTO NOVA ESPERANCA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
CENTRO DE SAUDE CRISTINO JOSE DA SILVA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0
POSTO DE SAUDE MANOEL PACHECO DE MENEZES NUNES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
WALTER PROTESE DENTAL	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

SAMU 192 DE NORMANDIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
UNIDADE BASICA DE SAUDE REGINA RIBEIRO PAIVA	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	12.145	100,0	12.247	100,0	11.664	100,0	11.687	100,0	10.631	100,0	11.072	100

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth domina completamente o cenário da saúde pública estadual, concentrando 84,2% de todos os partos hospitalares de Roraima em 2025 (9.328 nascimentos). A dependência desse único hospital cresceu proporcionalmente ao longo da série, subindo de 82,1% em 2020 para o seu ápice em 2025. O Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto (em Rorainópolis) consolida-se como a segunda força e a única barreira de descentralização real no interior, mantendo-se estável com 6,9% dos partos hospitalares (760 nascimentos) em 2025. Ele evita que a totalidade das gestantes do sul precise subir até a capital (Tabela 8).

Tabela 9. Número de nascidos vivos de mães residentes segundo o local de ocorrência do parto e município de residência da mãe, Roraima, 2025

Município	Local de Nascimento										Total
	Hospital		Outro Estabelecimento de Saúde		Domicílio		Outros		Ignorado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	245	14,0	0	0,0	13	0,7	13	0,7	1.479	84,5	1.750
Amajari	239	26,6	0	0,0	19	2,1	6	0,7	633	70,6	897
Boa Vista	6.961	98,5	5	0,1	79	1,1	24	0,3	0	0,0	7.069
Bonfim	366	63,1	1	0,2	197	34,0	16	2,8	0	0,0	580
Cantá	376	90,0	1	0,2	31	7,4	10	2,4	0	0,0	418
Caracaraí	253	59,1	0	0,0	8	1,9	5	1,2	162	37,9	428
Caroebe	205	97,6	1	0,5	1	0,5	3	1,4	0	0,0	210
Iracema	102	39,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	159	60,9	261
Mucajaí	285	85,6	0	0,0	1	0,3	2	0,6	45	13,5	333
Normandia	444	72,9	0	0,0	148	24,3	17	2,8	0	0,0	609
Pacaraima	396	74,6	1	0,2	130	24,5	4	0,8	0	0,0	531
Rorainópolis	544	99,6	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	546
São João da Baliza	150	98,7	0	0,0	2	1,3	0	0,0	0	0,0	152
São Luiz	87	96,7	0	0,0	3	3,3	0	0,0	0	0,0	90
Uiramutã	346	32,2	64	6,0	648	60,4	12	1,1	3	0,3	1.073
Total	10.999	73,6	73	0,5	1.281	8,6	113	0,8	2.481	16,6	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Os municípios de fronteira, Bonfim, Pacaraima e Normandia e com extensas áreas de reserva indígena também registraram forte atividade de partos domiciliares.

Em Bonfim, foram 34,0% (197 partos); em Pacaraima, 24,5% (130 partos); e em Normandia, 24,3% (148 partos) (Tabela 9).

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 10. Número de nascidos vivos de partos domiciliares de mães residentes segundo a raça/cor, Roraima, 2025

Município	Branca		Preta		Parda		Indígena		Não informado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alto Alegre	0	0,0	0	0,0	2	15,4	10	76,9	1	7,7	13
Amajari	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	94,7	1	5,3	19
Boa Vista	3	3,8	3	3,8	47	59,5	26	32,9	0	0,0	79
Bonfim	0	0,0	1	0,5	3	1,5	193	98,0	0	0,0	197
Cantá	1	3,2	0	0,0	3	9,7	27	87,1	0	0,0	31
Caracaraí	0	0,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	0	0,0	8
Caroebe	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Iracema	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Mucajaí	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Normandia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	148	100,0	0	0,0	148
Pacaraima	0	0,0	0	0,0	3	2,3	127	97,7	0	0,0	130
Rorainópolis	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
São João da Baliza	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
São Luiz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3
Uiramutã	0	0,0	0	0,0	0	0,0	648	100,0	0	0,0	648
Total	6	0,5	4	0,3	67	5,2	1.202	93,8	2	0,2	1.281

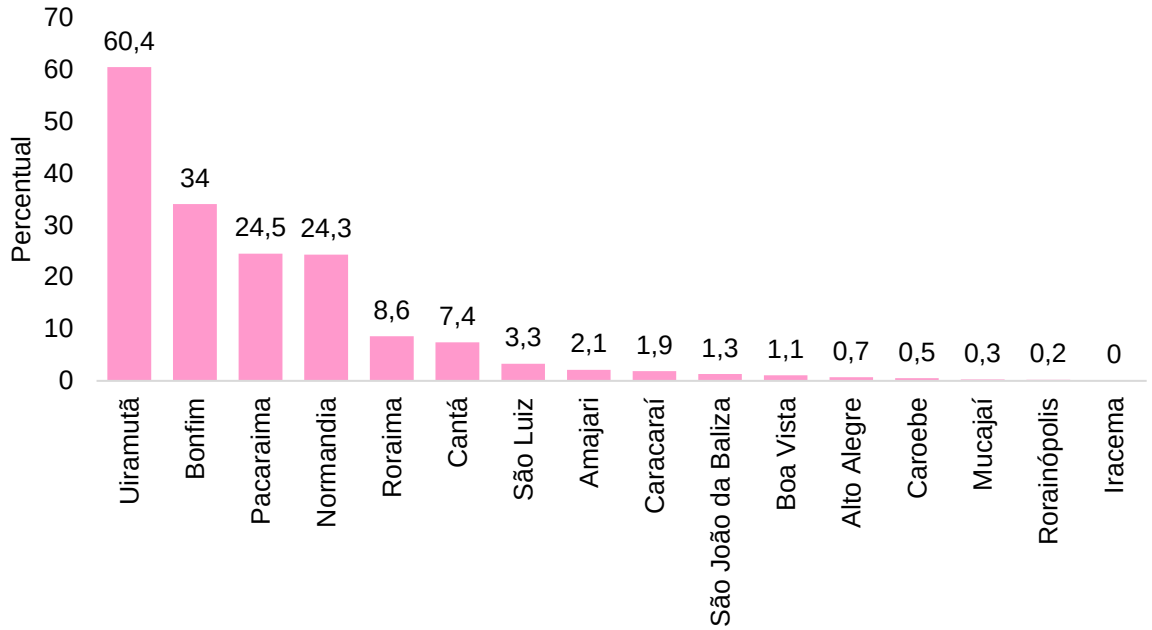
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O perfil dos partos domiciliares no estado não é homogêneo: ele é um indicador direto da demografia indígena e rural local. A concentração de quase 94% desses nascimentos em mães indígenas realça a necessidade de políticas públicas de saúde

materno-infantil que respeitem a obstetrícia tradicional e garantam o suporte adequado pós-parto diretamente nas comunidades e aldeias. Nos municípios do norte do estado, Uiramutã e Normandia 100% e em Amajari 94,7% dos partos domiciliares são de mães indígenas. Bonfim e Pacaraima seguem o mesmo padrão, com a população indígena respondendo por 98,0% e 97,7% dos partos domiciliares, respectivamente. Esses números refletem tanto as barreiras geográficas de acesso aos hospitais urbanos quanto a forte preservação de aspectos culturais e de partos tradicionais assistidos por parteiras e equipes de saúde indígena dentro das comunidades (Tabela 10 e Figura 11).

O comportamento na capital, Boa Vista, difere do interior profundo. Dos 79 partos domiciliares registrados, a maioria (59,5%) foi de mães pardas, enquanto as mães indígenas responderam por 32,9%. Em contextos urbanos, o parto domiciliar de mães pardas ou brancas costuma estar atrelado ou a emergências (partos a caminho da maternidade) ou a escolhas planejadas de partos humanizados privados — diferentemente do interior, onde o fator é estrutural e cultural. Os nascimentos em domicílio de mães brancas (0,5%) e pretas (0,3%) são estatisticamente residuais em todo o estado, somando apenas 10 casos no ano.

Figura 11. Percentual de nascidos vivos com parto domiciliar de mães residentes, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.5 REFERENTES À MÃE

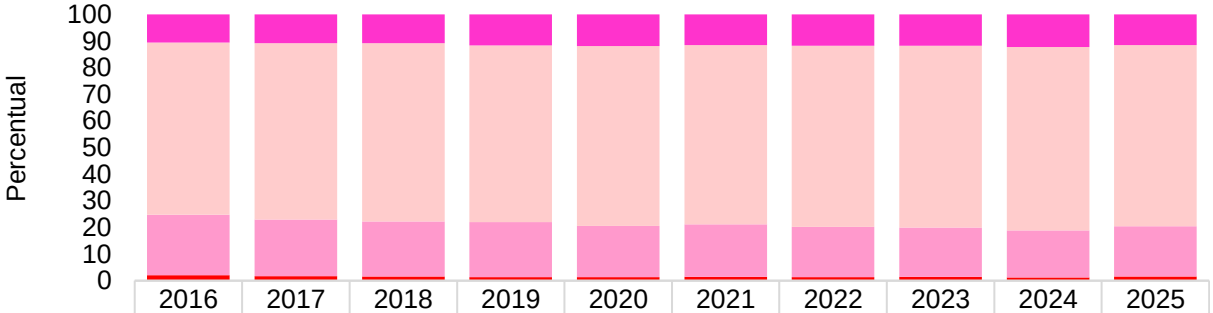
2.5.1 Idade da mãe

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.

O período de 2016 a 2025 revela a coexistência de dois cenários no estado. Primeiro, uma redução gradual na gravidez na adolescência ao longo da década; segundo um salto expressivo em todas as faixas etárias no ano de 2025, impulsionado pelo aumento geral de nascimentos no interior (Tabela 11 e Figura 12).

A faixa dos 20 aos 24 anos consolida-se como o principal grupo reprodutivo do estado durante todo o período, mantendo de forma muito estável entre 27% e 29% de todos os partos. Em 2025, essa faixa registrou seu recorde absoluto com 4.230 nascimentos. Logo em seguida, o grupo de 25 a 29 anos responde por quase um quarto dos nascimentos (23,7% em 2025, com 3.546 casos).

Figura 12. Percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a idade da mãe, Roraima, 2016 a 2025



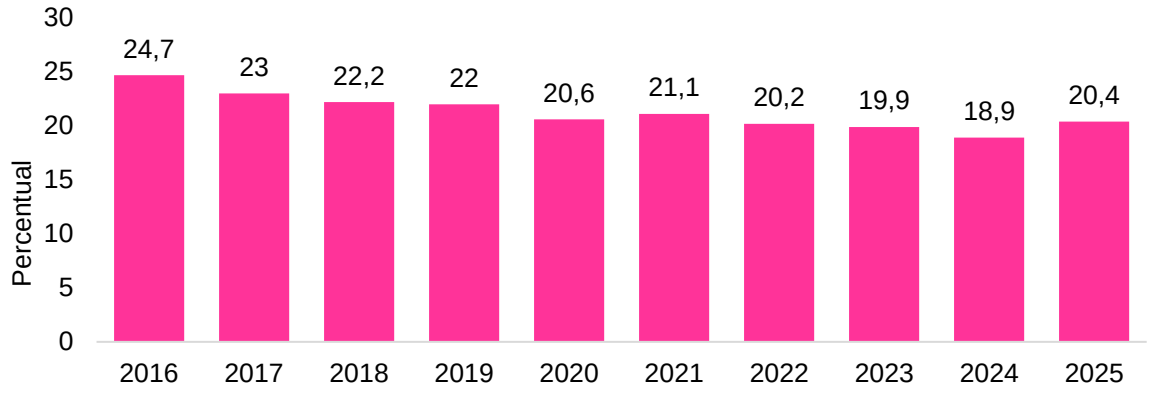
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
35 e +	10,6	10,8	10,8	11,7	11,9	11,5	11,8	11,8	12,3	11,6
20 a 34	64,7	66,2	67,0	66,3	67,5	67,4	68,1	68,2	68,8	68,0
15-19a	22,7	21,3	20,6	20,7	19,2	19,6	18,8	18,5	17,7	18,8
10-14a	2,1	1,7	1,5	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5	1,2	1,6

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

A gravidez na adolescência (10 a 19 anos) está com tendência de queda na década. Se somarmos as jovens de 10 a 19 anos, elas representavam 24,7% (quase

um quarto) de todas as mães do estado em 2016. Essa proporção caiu de forma consistente, atingindo o menor patamar em 2024 (18,9%). Acompanhando a explosão geral de natalidade do estado, o volume absoluto de mães adolescentes voltou a subir em 2025, registrando 238 partos de meninas de 10 a 14 anos (1,6%) e 2.815 de jovens de 15 a 19 anos (18,8%). Esse aumento de 2025 está diretamente correlacionado aos dados que analisamos anteriormente (alto volume de partos domiciliares e populações indígenas no interior profundo), onde a maternidade tende a iniciar-se mais cedo por fatores culturais (Figura 13).

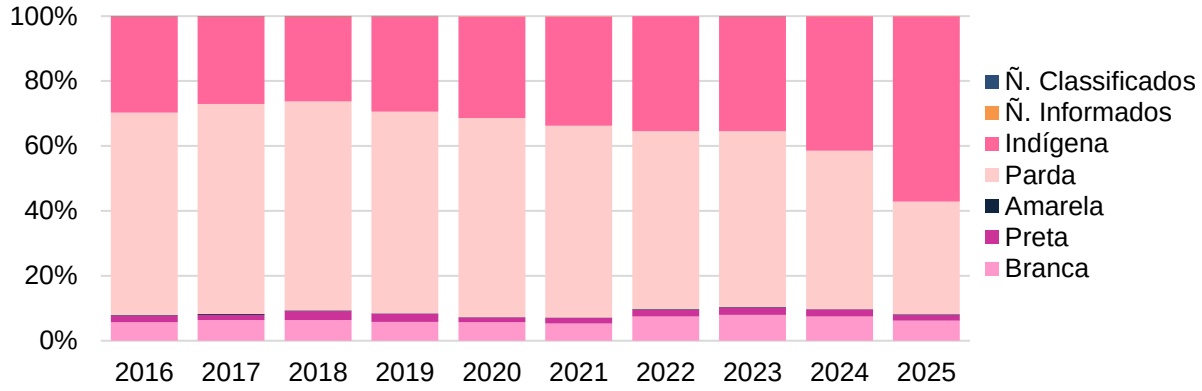
Figura 13. Percentual de nascidos vivos segundo o percentual de mãe adolescente(< 20 anos), de residentes de Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração)

O perfil da gravidez na adolescência no estado mudou de identidade. O que antes era um fenômeno predominantemente urbano e pardo (focado na capital) passou a ser, em 2025, um fenômeno essencialmente rural, florestal e indígena, concentrado no interior do estado. No início da série, em 2016, as adolescentes pardas representavam a grande maioria absoluta das mães jovens do estado, com 62,2% de participação (1.750 partos), enquanto as jovens indígenas respondiam por 29,6% (833 partos). Ao longo dos anos, o número de mães adolescentes pardas caiu de forma acentuada e contínua, encolhendo para 34,8% em 2025 (1.061 partos). No sentido oposto, a participação das adolescentes indígenas disparou, atingindo a maioria absoluta com 57,1% de todos os partos jovens do estado (1.743 nascimentos) no último ano (Tabela 12 e Figura 14).

Figura 14. Percentual de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a raça/cor, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Em 2025, o estado registrou um repique no total de mães adolescentes (3.053). Esse aumento foi impulsionado exclusivamente pelo recorde de partos entre jovens indígenas, que quase dobraram em volume absoluto em relação a 2024 (saltando de 947 para 1.743 nascimentos). Este dado se alinha perfeitamente com as figuras anteriores: a explosão de partos no interior (Uiramutã, Alto Alegre, Amajari) ocorreu de forma domiciliar ou sem classificação de hospital ("ignorados") exatamente dentro desse perfil populacional jovem e indígena. 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).

As mães adolescentes brancas mantêm uma participação linear e de baixa escala, oscilando sempre entre 5% e 8% do total (fechando 2025 com 6,2%). As adolescentes pretas mantiveram-se estáveis na faixa de 1,5% a 2,8% durante toda a década.

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, 2024a).

Tabela 12. Número e percentual de mães adolescentes segundo a raça/cor, Roraima, 2016 a 2025

Ano	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Não classificados		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2016	159	5,7	59	2,1	7	0,2	1.750	62,2	833	29,6	3	0,1	1	0,0	2.812
2017	173	6,4	42	1,6	7	0,3	1.747	64,8	724	26,8	2	0,1	3	0,1	2.698
2018	179	6,3	78	2,8	7	0,2	1.816	64,4	733	26,0	6	0,2	2	0,1	2.821
2019	186	5,8	85	2,6	1	0,0	2.004	62,1	943	29,2	5	0,2	1	0,0	3.225
2020	161	5,7	42	1,5	4	0,1	1.734	61,3	887	31,3	3	0,1	0	0,0	2.831
2021	157	5,3	52	1,8	1	0,0	1.736	59,1	987	33,6	4	0,1	0	0,0	2.937
2022	197	7,5	56	2,1	5	0,2	1.448	54,8	935	35,4	0	0,0	0	0,0	2.641
2023	207	8,0	58	2,2	6	0,2	1.406	54,2	915	35,2	2	0,1	2	0,1	2.596
2024	170	7,4	50	2,2	2	0,1	1.118	48,9	947	41,4	1	0,0	0	0,0	2.288
2025	188	6,2	55	1,8	5	0,2	1.061	34,8	1.743	57,1	1	0,0	0	0,0	3.053
Total	1.777	6,4	577	2,1	45	0,2	15.820	56,7	9.647	34,6	27	0,1	9	0,0	27.902

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito 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.

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, 2024a).

O grupo de mulheres que dão à luz entre 35 e 44 anos mostrou um avanço gradual na sua participação percentual. Em 2016, representavam 10,4% do total do estado (1.185 partos); em 2025, essa participação subiu para 11,3% (1.686 partos).

Esse comportamento sinaliza que, paralelamente à realidade rural de casamentos precoces, há também um movimento (provavelmente concentrado no perfil urbano de Boa Vista) de adiamento da maternidade devido ao planejamento familiar, estudo e carreira. Os partos em idades muito avançadas (acima de 50 anos) são estatisticamente residuais e excepcionais. Em 2025, registraram-se três partos na faixa de 50 a 54 anos e 1 caso raro de uma mãe com mais de 60 anos.

Tabela 13. Número de nascidos vivos segundo a faixa da mãe e município de residência, Roraima, 2025

Município	< 14		15-19		20-34		35 e+		Ignorado	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Alto Alegre	49	2,8	422	24,1	1.125	64,3	151	8,6	3	1.750
Amajari	22	2,5	203	22,6	581	64,8	91	10,1	0	897
Boa Vista	40	0,6	964	13,6	5.105	72,2	960	13,6	0	7.069
Bonfim	8	1,4	128	22,1	374	64,5	69	11,9	1	580
Cantá	11	2,6	89	21,3	281	67,2	37	8,9	0	418
Caracaraí	17	4	91	21,3	283	66,1	37	8,6	0	428
Caroebe	3	1,4	40	19	150	71,4	17	8,1	0	210
Iracema	3	1,1	69	26,4	161	61,7	28	10,7	0	261
Mucajaí	11	3,3	75	22,5	208	62,5	39	11,7	0	333
Normandia	17	2,8	164	26,9	365	59,9	61	10	2	609
Pacaraima	23	4,3	134	25,2	315	59,3	59	11,1	0	531
Rorainópolis	1	0,2	108	19,8	394	72,2	43	7,9	0	546
São João da Baliza	2	1,3	30	19,7	106	69,7	14	9,2	0	152
São Luiz	3	3,3	13	14,4	62	68,9	12	13,3	0	90
Uiramutã	28	2,6	285	26,6	648	60,4	112	10,4	0	1073
Total	238	1,6	2.815	18,8	10.158	68	1.730	11,6	6	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 11. Número e percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a idade da mãe, Roraima, 2016 a 2025

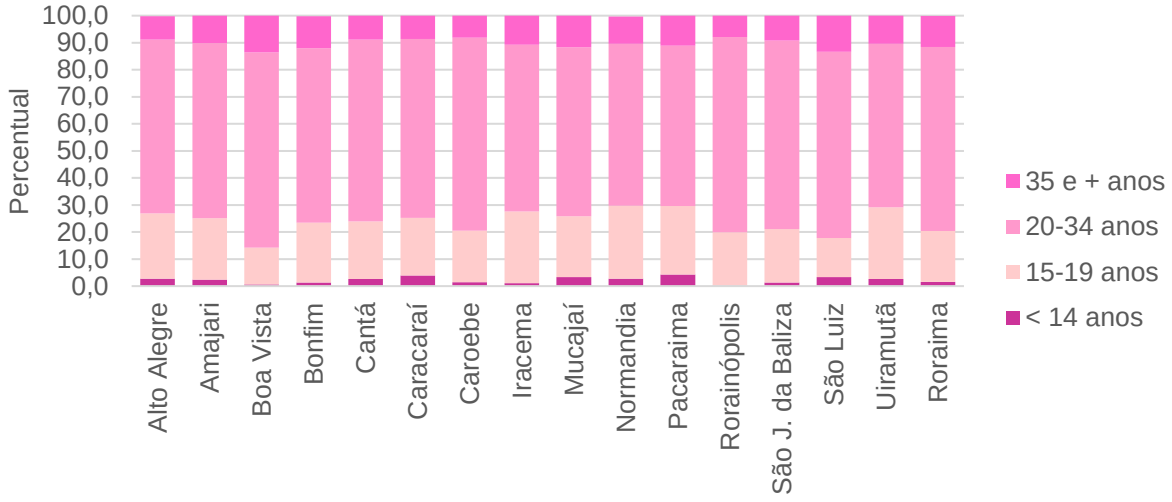
Faixa etária	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-14a	235	2,1	197	1,7	197	1,5	194	1,3	189	1,4	208	1,5	177	1,4	192	1,5	144	1,2	238	1,6
15-19a	2.577	22,6	2.501	21,3	2.624	20,6	3.031	20,7	2.642	19,2	2.729	19,6	2.464	18,8	2.404	18,5	2.144	17,7	2.815	18,8
20-24a	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	3.384	28,0	4.230	28,3
25-29a	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	2.914	24,1	3.546	23,7
30-34a	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	2.018	16,7	2.382	15,9
35-39a	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	1.127	9,3	1.316	8,8
40-44a	232	2,0	264	2,2	271	2,1	364	2,5	337	2,4	366	2,6	325	2,5	364	2,8	335	2,8	370	2,5
45-49a	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	40	0,3
50-54a	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	3	0,0
55-59a	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	0	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	1	0,0	1	0,0
Ignorado	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	6	0,0
Total	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	12.092	100,0	14.947	100,0

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Observa-se na Tabela 11 a existência de faixa etária da mãe ignorada. 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.

Enquanto na capital, Boa Vista, as mães com menos de 19 anos representam 14,2% do total, no interior do estado esses índices sobem drasticamente, impulsionados por fatores culturais, rurais e indígenas. Os maiores percentuais de partos entre crianças menores de 14 anos ocorrem em Pacaraima (4,3%), Caracaraí (4,0%), Mucajaí (3,3%) e São Luiz (3,3%). Em números absolutos, Alto Alegre lidera com 49 meninas nesta faixa etária, seguida por Boa Vista (40) e Uiramutã (28). Em diversos municípios, mais de um quarto de todos os nascimentos é de mães adolescentes (15-19 anos). Os maiores percentuais estão em Normandia (26,9%), Uiramutã (26,6%), Iracema (26,4%) e Pacaraima (25,2%) (Tabela 13 e e Figura15).

Figura 15. Percentual de nascidos vivos segundo a idade da mãe e município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Boa Vista concentra o perfil reprodutivo mais tardio: É o município com o menor percentual de mães jovens e, ao mesmo tempo, apresenta o maior índice de mães na faixa considerada madura (35 anos ou mais, com 13,6%), empatada com São Luiz

(13,3%). Esse dado confirma o comportamento urbano de Boa Vista, onde o maior acesso a métodos contraceptivos, escolaridade e mercado de trabalho adia a gestação. No interior, as mães com mais de 35 anos raramente passam de 8% a 10% do total de partos de cada município.

A faixa de 20 a 34 anos continua sendo o motor reprodutivo de todas as localidades. Ela é mais expressiva em Boa Vista (72,2%) e Rorainópolis (72,2%), e ligeiramente menor nos municípios de forte base indígena, como Pacaraima (59,3%) e Normandia (59,9%), exatamente porque nesses locais as faixas mais jovens ganham mais peso na balança.

O cruzamento do acesso ao pré-natal com a idade das mães, revelando uma grave vulnerabilidade na saúde materno-infantil, especialmente entre as gestantes mais jovens e no interior do estado em 2025. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda no mínimo 7 consultas de pré-natal para uma gestação segura*.

A análise dos dados da Tabela 14 mostra uma desproporção no pré-natal de crianças e adolescentes (< 19 anos). Menores de 14 anos é o grupo com o pior índice de cobertura. Apenas 21,8% (52 de 238) das meninas nessa faixa conseguiram realizar o número ideal de 7 ou mais consultas. A maioria absoluta (63,8%) realizou apenas de 1 a 6 consultas ou nenhuma pré-natal. Embora 36,2% das adolescentes (15 a 19 anos) tenham atingido as 7 ou mais consultas, uma parcela expressiva de 31,1% (somando nenhuma e 1 a 3 consultas) teve um acompanhamento considerado precário ou inexistente. Mães de 20 a 34 anos e 35 anos ou mais apresentam os melhores indicadores de pré-natal do estado. A maioria absoluta dessas mães (52,2% e 57,6%, respectivamente) conseguiu realizar 7 ou mais consultas. Esse dado reforça o perfil que analisamos anteriormente: mulheres adultas, mais concentradas em áreas urbanas (como Boa Vista), possuem maior acesso à rede assistencial e planejamento (Figura 16).

---

*Historicamente, as diretrizes tradicionais do Ministério da Saúde do Brasil e da OMS estabeleciam o mínimo de 6 consultas de pré-natal. Contudo, atualizações recentes promovidas pelo Ministério da Saúde elevaram essa recomendação oficial para no mínimo 7 consultas ao longo de uma gestação de risco habitual. De acordo com o protocolo atualizado (reforçado inclusive nas edições recentes da Caderneta Brasileira da Gestante), a distribuição recomendada funciona da seguinte forma: Sete ou mais consultas de pré-natal no total; O atendimento deve ser intercalado entre profissionais da medicina e da enfermagem; e inclusão de pelo menos uma consulta odontológica.

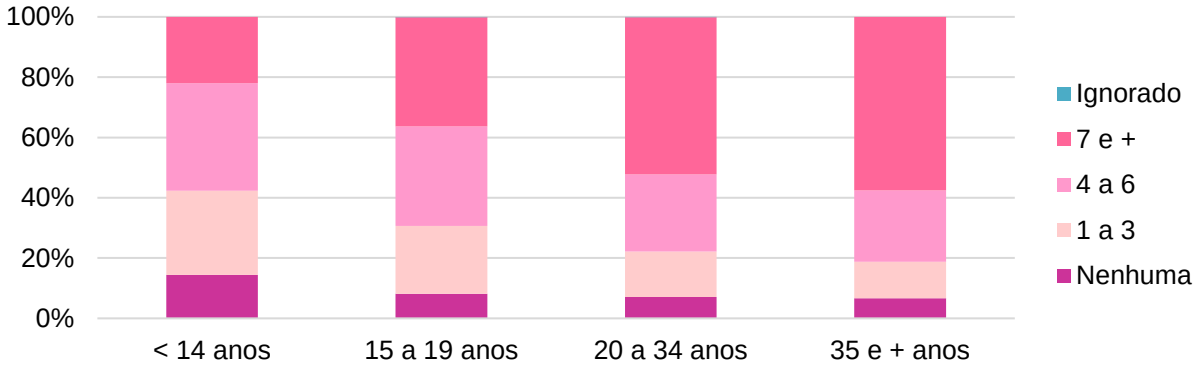
Tabela 14. Número e percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a faixa etária e o número de consultas pré-natal, Roraima, 2016 a 2025

Número de consultas	< 14 anos		15 a 19 anos		20 a 34 anos		35 e + anos		Ignorado	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Nenhuma	34	1,7	228	8,1	719	7,1	116	6,7	0	1.097
1 a 3	67	3,3	633	22,5	1.532	15,1	209	12,1	4	2.445
4 a 6	85	4,2	930	33	2.598	25,6	408	23,6	2	4.023
7 e +	52	2,6	1.020	36,2	5.300	52,2	997	57,6	0	7.369
Ignorado	0	0	4	0,1	9	0,1	0	0	0	13
Total	238	11,7	2.815	100	1.0158	100	1.730	100	6	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

No total do estado, 1.097 mães não realizaram uma única consulta de pré-natal em 2025. O dado mais alarmante está na faixa de 15 a 19 anos, onde 8,1% das adolescentes não tiveram nenhum acompanhamento médico durante a gestação.

Figura 16. Percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo a faixa etária e o número de consultas pré-natal, Roraima, 2016 a 2025

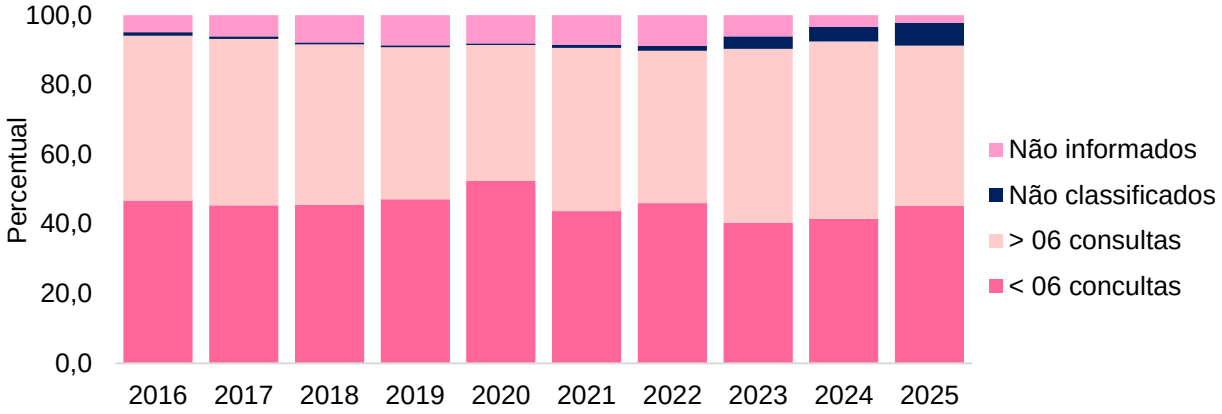


Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Ao longo de 10 anos, Roraima não conseguiu solucionar o problema estrutural do pré-natal na adolescência. O fato de que quase metade das mães menores de 20 anos inicia a maternidade sem o acompanhamento mínimo de saúde acende um alerta vermelho para os índices de mortalidade materna e neonatal no estado, especialmente sabendo que a maioria desse grupo passou a ser de origem indígena e residente no interior. Os dados revelam um cenário crônico de baixa cobertura de saúde para esse grupo vulnerável. Metade das adolescentes grávidas não atinge o mínimo de consultas. Durante quase toda a década, o percentual de mães adolescentes que realizaram menos de 6 consultas flutuou perto da metade dos casos. O pior momento da série

histórica ocorreu em 2020 (ano da pandemia), quando 52,3% das adolescentes grávidas (1.482 jovens) deram à luz sem alcançar o patamar mínimo de consultas, refletindo o colapso e o medo do contágio na rede de atenção básica (Tabela 15 e Figura 17).

Figura 17. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a realização de pré-natal (< 6 semanas e ≥ 6 semanas), Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Entre 2023 e 2024, houve uma melhora perceptível na cobertura, com o percentual de adolescentes que realizaram mais de 6 consultas atingindo o seu ápice (50,0% e 50,9%, respectivamente). No entanto, essa tendência positiva foi interrompida em 2025, quando o índice de consultas adequadas recuou para 46,0%. Em 2025, a situação permaneceu estagnada e dividida: 45,3% das adolescentes tiveram menos de 6 consultas, enquanto 46,0% conseguiram superar essa marca. O ano de 2025 registrou o maior índice de dados não classificados da série histórica, atingindo 6,5% (198 casos).

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, 2016 a 2025

Ano	< 6 consultas		> 6 consultas		Não classificados		Não Informados		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2016	1.316	46,8	1.331	47,3	27	1,0	138	4,9	2.812
2017	1.225	45,4	1.289	47,8	20	0,7	164	6,1	2.698
2018	1.283	45,5	1.302	46,2	15	0,5	221	7,8	2.821
2019	1.520	47,1	1.407	43,6	18	0,6	280	8,7	3.225
2020	1.482	52,3	1.105	39,0	14	0,5	230	8,1	2.831
2021	1.285	43,8	1.377	46,9	26	0,9	249	8,5	2.937
2022	1.215	46,0	1.157	43,8	35	1,3	234	8,9	2.641
2023	1.046	40,3	1.299	50,0	94	3,6	157	6,0	2.596
2024	949	41,5	1.165	50,9	97	4,2	77	3,4	2.288
2025	1.383	45,3	1.404	46,0	198	6,5	68	2,2	3.053

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Os dados de prematuridade (partos com 36 semanas ou menos de gestação) entre as mães adolescentes no estado ao longo da última década (2016 a 2025) se conecta os problemas de pré-natal vistos anteriormente com os resultados clínicos reais dos bebês. Observamos uma alta taxa de prematuridade entre adolescentes. A OMS aponta que a taxa média de prematuridade no Brasil gira em torno de 11% a 12%. No entanto, entre as mães adolescentes no estado, o índice é consistentemente superior: flutuou entre 14,3% e 21,5% ao longo da década. O pior ano da série histórica foi 2022, quando 21,5% de todos os bebês de mães adolescentes nasceram prematuros (569 de 2.641 nascimentos). Isso significa que, naquele ano, 1 em cada 5 bebês de jovens nasceu antes do tempo. Em 2025, acompanhando o expressivo aumento geral da natalidade no estado, Roraima registrou 518 bebês prematuros nascidos de mães menores de 20 anos. Embora o volume absoluto seja o segundo maior da década, a taxa proporcional recuou para 17,0% dos partos adolescentes (uma melhora em relação aos 19,1% de 2024), mas ainda permanecendo muito acima da média aceitável de saúde pública (Tabela 16 e Figura 17).

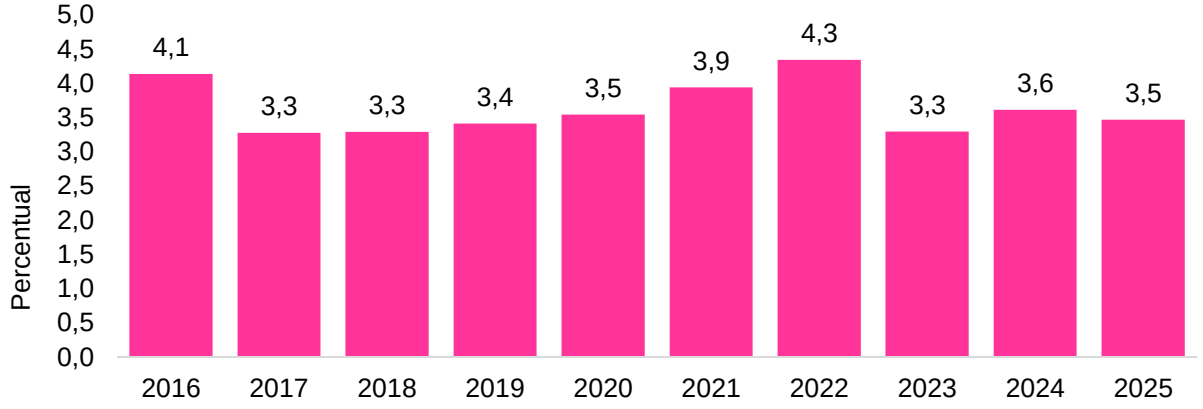
Tabela 16. Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a duração da gestação (≤36 semanas de gestação), Roraima, 2016 a 2025

Ano	Total de nascidos vivos residentes de Roraima	Total de mães adolescentes	Total de N.V prematuros demães adolescentes	% de N.V prematuros entre mães adolescentes	% de N.V prematuros de mães adolescentes em relação ao total de N.V de Roraima
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	12.092	2.288	437	19,1	3,6
2025	14.947	3.053	518	17,0	3,5

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Existe um peso desse grupo no total de nascimentos. Ano após ano, os bebês prematuros de mães adolescentes respondem por cerca de 3,3% a 4,3% de todos os nascidos vivos do estado. Em 2025, representaram 3,5% de todos os partos. Como a prematuridade exige leitos de UTI Neonatal e cuidados de alta complexidade, esse fluxo constante pressiona diretamente a infraestrutura da Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, na capital.

Tabela 17. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) segundo a duraçã da gestação (≤36 semanas de gestação) em relação ao total de nascidos vivos, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

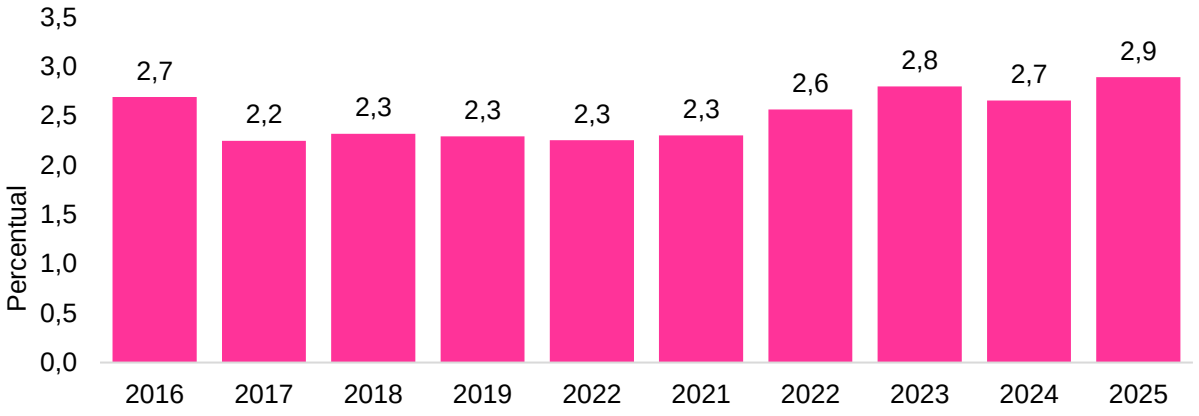
Tabela 16. Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) com baixo peso ao nascer (≤2.500g) de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Total de nascidos vivos de Roraima	Total de mães adolescentes	Total de N.V com baixo peso ao nascer	% de N.V com baixo peso entre as mães adolescentes	% de N.V com baixo peso em relação ao total de Roraima
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	12.092	2.288	321	14,0	2,7
2025	14.947	3.053	432	14,2	2,9

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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, 2014). No período de 2016 a 2025, há uma tendência de crescimento de recém-nascidos com baixo peso de mães adolescentes no estado. O volume absoluto saltou de 306 em 2016 para 432 em 2025 (um aumento de 41,1%) e a proporção cresceu de forma constante e preocupante, subindo de 10,9% (2016) para 14,2% (2025). O pico desse percentual concentrou-se nos últimos três anos da série (2023–2025), sempre acima de 14% (Tabela 16 e Figura 18).

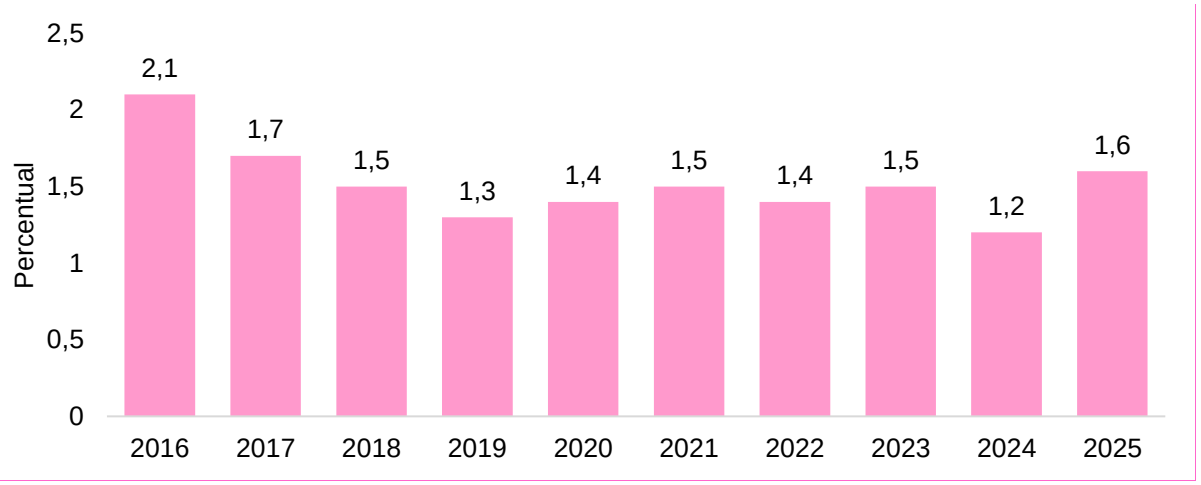
Figura 18. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) com baixo peso ao nascer (≤2.500g) em relação ao total de nascidos vivos, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Embora o indicador de gravidez na faixa dos 10 a 14 anos tenha apresentado uma melhora expressiva se comparado ao início da série histórica (2016), o repique registrado em 2025 interrompe a tendência de queda e reforça a necessidade de manutenção rigorosa das campanhas de prevenção ao abuso e à gravidez precoce (Figura 19). A gravidez na adolescência pode ser considerada também um problema jurídico, especialmente quando envolve menores de 14 anos. 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).

Figura 19. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 14 anos), Roraima, 2016 a 2025

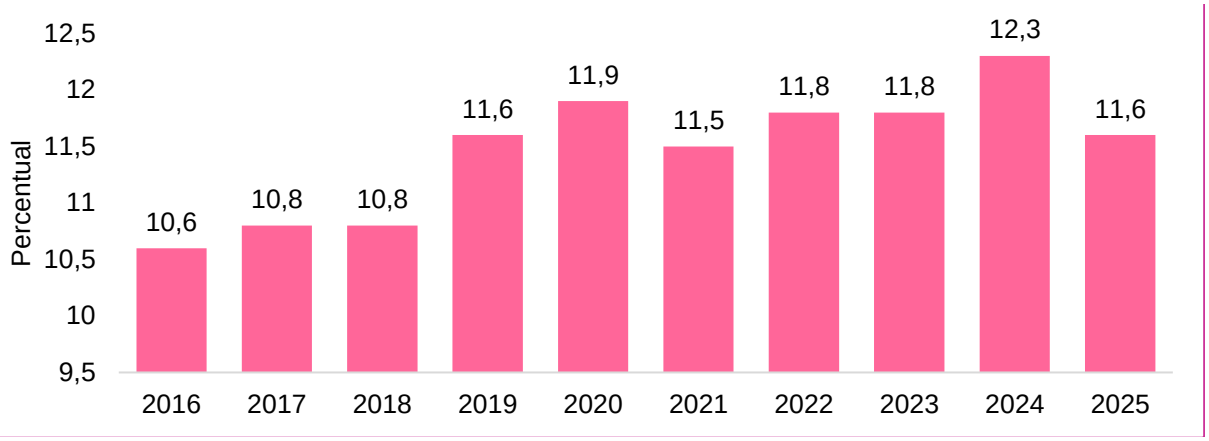


Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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 adolescencia 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.

Figura 20. Percentual de nascidos vivos de mães residentes com 35 anos e mais de idade, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

A gravidez em idade materna avançada (35 anos ou mais) no estado demonstra uma clara trajetória de crescimento a longo prazo, saindo de 10,6% em 2016 (o menor patamar da série) e subindo para 11,6% em 2025. Entre 2019 e 2025, o percentual consolidou-se em um patamar elevado, mantendo-se sempre acima dos 11,5%, o que aponta para uma mudança demográfica progressiva no perfil das gestantes do estado. O maior índice no período foi registrado no ano de 2024, atingindo 12,3%. Os dados revelam um aumento gradual e consistente no planejamento familiar tardio ou na ocorrência de gestações em idades mais avançadas, o que demanda atenção contínua dos serviços de pré-natal voltados para a gestão de riscos associados a essa faixa etária (Figura 20).

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).

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 diabete 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).

2.5.2 Raça/cor da mãe

As mães da raça/cor parda permaneceram como a maioria ao longo de quase todo o período. No entanto, apresentou uma queda acentuada em sua representatividade, saindo de seu auge de 68,7% em 2018 para 48,0% em 2025 (uma redução de mais de 20 pontos percentuais). O volume de nascidos vivos de mães indígenas teve um crescimento expressivo e sem precedentes em 2025. O indicador saltou de 24,3% em 2016 para 41,2% em 2025, com o número absoluto praticamente

dobrando no último ano da série (indo de 3.478 em 2024 para 6.158 em 2025) (Tabela 17 e Figura 21).

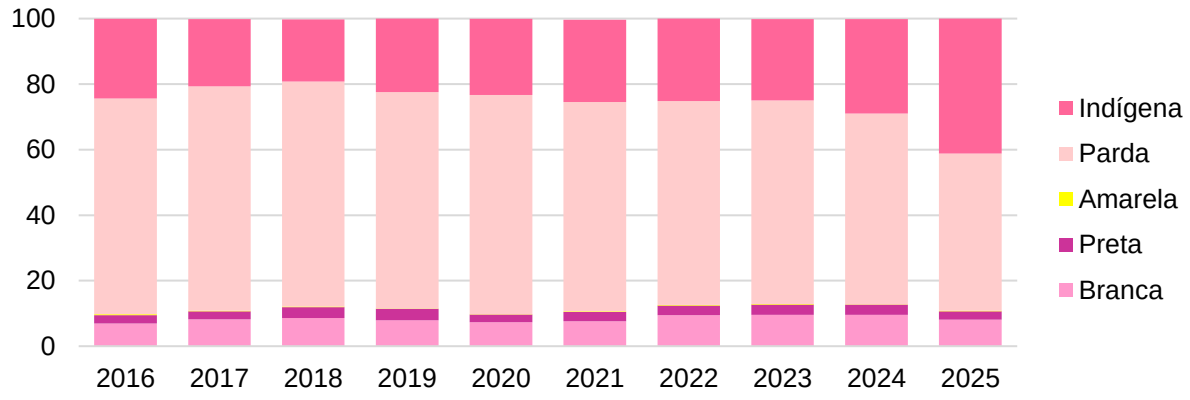
Tabela 17. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
2016	788	6,9	291	2,6	35	0,3	7.487	65,8	2.762	24,3	10	11.373
2017	959	8,2	286	2,4	23	0,2	8.047	68,5	2.413	20,5	17	11.745
2018	1.100	8,6	421	3,3	31	0,2	8.741	68,7	2.399	18,9	34	12.726
2019	1.160	7,9	508	3,5	8	0,1	9.687	66,1	3.278	22,4	13	14.654
2020	1.000	7,3	334	2,4	20	0,1	9.210	66,9	3.188	23,2	16	13.768
2021	1.050	7,6	396	2,9	12	0,1	8.879	63,9	3.481	25,1	74	13.892
2022	1.240	9,5	375	2,9	24	0,2	8.140	62,2	3.306	25,2	11	13.096
2023	1.245	9,6	399	3,1	24	0,2	8.081	62,1	3.221	24,8	33	13.003
2024	1.166	9,6	380	3,1	16	0,1	7.039	58,2	3.478	28,8	10	12.089
2025	1.216	8,1	369	2,5	24	0,2	7.172	48,0	6.158	41,2	6	14.945

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

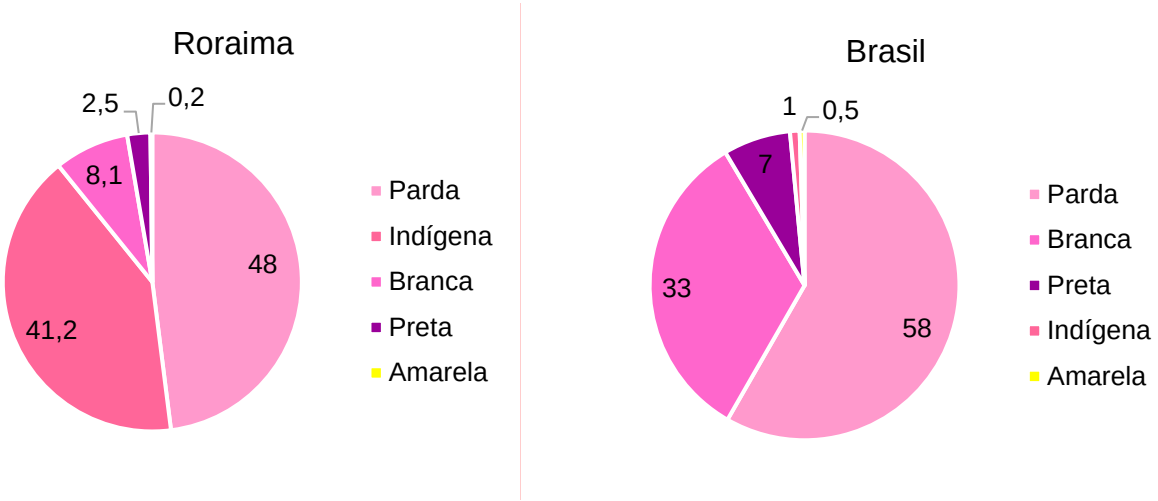
A proporção de mães brancas registrou uma tendência de alta moderada, subindo de 6,9% em 2016 para o patamar estável de 9,6% (2023-2024), recuando levemente para 8,1% em 2025 devido ao forte aumento da proporção indígena. As populações preta e amarela mantiveram-se historicamente estáveis e com baixa representatividade percentual no estado. A população preta oscilou na faixa de 2,4% a 3,5%, enquanto a amarela permaneceu residual, sempre igual ou inferior a 0,3%

Figura 21. Percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Figura 22. Comparação do percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe entre Roraima (2025) e Brasil (2021)



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).
Brasil, 2024 – saude brasil.

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 22).

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).

No Brasil, 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 (Brasil 2024a).

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).

Observa-se forte polarização geográfica entre as populações parda e indígena,

com a capital concentrando o perfil urbano e o interior refletindo a predominância de comunidades tradicionais. A raça/cor indígena representa a esmagadora maioria dos nascimentos em vários municípios do interior. Os maiores destaques são Uiramutã (98,5%), Normandia (93,4%), Alto Alegre (93,2%) e Amajari (91,8%), onde quase a totalidade dos recém-nascidos é de mães indígenas. O município de Boa Vista concentra 47,3% de todos os nascimentos do estado (7.069 do total de 14.945) e possui ampla maioria de mães pardas (72,1%). A população parda também predomina fortemente no eixo sul do estado, liderada por Rorainópolis (91,0%), Caroebe (82,9%) e São João da Baliza (80,9%). A capital, Boa Vista, concentra a maior proporção de mães brancas (14,6%) e pretas (3,9%) do estado. Fora da capital, o município de São Luiz registrou a segunda maior taxa de mães brancas (11,1%). Os municípios do Cantá e Caracaraí apresentam a composição mais equilibrada do estado, divididos quase igualmente entre nascimentos de mães pardas (cerca de 50%) e indígenas (cerca de 42%) (Tabela 18).

Tabela 18. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe e município de residência, Roraima, 2025

Município	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado	Total
Alto Alegre	10	0,6	4	0,2	0	0,0	104	5,9	1.631	93,2	1	1.750
Amajari	5	0,6	4	0,4	1	0,1	63	7,0	823	91,8	1	897
Boa Vista	1.033	14,6	278	3,9	19	0,3	5.094	72,1	644	9,1	1	7.069
Bonfim	7	1,2	5	0,9	0	0,0	152	26,3	413	71,5	1	578
Cantá	21	5,0	11	2,6	1	0,2	208	49,8	177	42,3	0	418
Caracaraí	20	4,7	13	3,0	1	0,2	216	50,5	177	41,4	1	428
Caroebe	13	6,2	4	1,9	0	0,0	174	82,9	19	9,0	0	210
Iracema	9	3,4	7	2,7	0	0,0	81	31,0	164	62,8	0	261
Mucajaí	30	9,0	10	3,0	1	0,3	231	69,4	61	18,3	0	333
Normandia	2	0,3	3	0,5	0	0,0	35	5,7	569	93,4	0	609
Pacaraima	21	4,0	8	1,5	0	0,0	113	21,3	389	73,3	0	531
Rorainópolis	23	4,2	15	2,7	1	0,2	497	91,0	10	1,8	0	546
São João da Baliza	9	5,9	5	3,3	0	0,0	123	80,9	14	9,2	1	152
São Luiz	10	11,1	2	2,2	0	0,0	68	75,6	10	11,1	0	90
Uiramutã	3	0,3	0	0,0	0	0,0	13	1,2	1.057	98,5	0	1.073
Total	1.216	8,1	369	2,5	24	0,2	7.172	48,0	6.158	41,2	6	14.945

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O cruzamento entre raça/cor e escolaridade materna no estado revela uma profunda disparidade socioeducacional, evidenciando que o nível de instrução varia drasticamente de acordo com o grupo étnico-racial da mãe. Em 2025, as mães brancas registram o maior nível de instrução do estado, com 27,7% delas possuindo ensino superior completo. Em contraste, apenas 1,2% das mães indígenas atingiram esse nível de escolaridade. O ensino médio é o nível de instrução predominante para a maioria das categorias. Ele engloba a maior parte das mães pardas (63,4%), pretas (59,1%) e brancas (54,6%). O dado mais alarmante dos dados aponta que 42,5% das mães indígenas declararam não ter nenhuma escolaridade (2.617 das 6.158 mães). Somado ao ensino fundamental 1 (5,0%), quase metade das gestantes indígenas de 2025 possui pouca ou nenhuma instrução formal. O ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série) apresenta uma distribuição relativamente semelhante entre mães pardas (15,9%), indígenas (16,7%) e pretas (15,2%), funcionando como um gargalo comum de evasão escolar antes do ensino médio (Tabela 19 e Figura 23).

Tabela 19. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça da mãe e escolaridade da mãe, residentes em Roraima, 2025

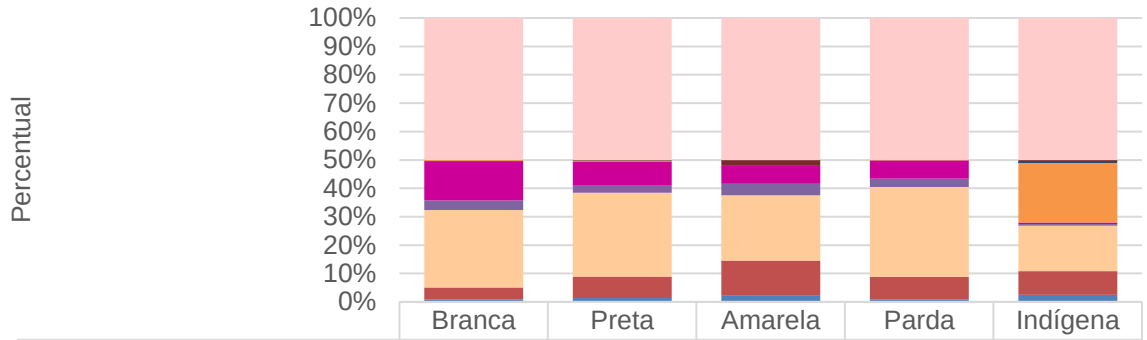
	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não	
Escolaridade	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	informado	Total
Fundamental 1 (1ª a 4ª serie)	18	1,5	10	2,7	1	4,2	113	1,6	308	5,0	1	451
Fundamental 2 (5ª a 8ª serie)	105	8,6	56	15,2	6	25,0	1141	15,9	1.030	16,7	1	2.339
Médio (Antigo 2º Grau)	664	54,6	218	59,1	11	45,8	4.548	63,4	1.970	32,0	4	7.415
Superior Incompleto	84	6,9	18	4,9	2	8,3	421	5,9	62	1,0	0	587
Superior Completo	337	27,7	63	17,1	3	12,5	918	12,8	73	1,2	0	1.394
Sem Escolaridade	7	0,6	2	0,5	0	0,0	21	0,3	2.617	42,5	0	2.647
Não Informado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,2	0	10
Ignorado	1	0,1	2	0,5	1	4,2	10	0,1	88	1,4	0	102
Total	1.216	100,0	369	100,0	24	100,0	7.172	100,0	6.158	100,0	6	14.945

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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, 2024a).

Figura 23. Percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe segundo a escolaridade, residentes em Roraima, 2025



	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Total	100	100	100	100	100
Ignorado	0,1	0,5	4,2	0,1	1,4
Não Informado	0	0	0	0	0,2
Sem Escolaridade	0,6	0,5	0	0,3	42,5
Superior Completo	27,7	17,1	12,5	12,8	1,2
Superior Incompleto	6,9	4,9	8,3	5,9	1
Medio (Antigo 2º Grau)	54,6	59,1	45,8	63,4	32
Fundamnetal 2 (5ª a 8ª serie)	8,6	15,2	25	15,9	16,7
Fundamnetal 1 (1ª a 4ª serie)	1,5	2,7	4,2	1,6	5

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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, 2024a).

O quadro apresentado na Tabela 20 revela uma grave desigualdade no acesso à assistência à saúde, evidenciando que a cobertura adequada é amplamente alcançada pela população urbana, enquanto as mães indígenas enfrentam forte desassistência. Em 2025, as mães brancas registram o maior índice de pré-natal adequado, com 73,4% realizando 7 ou mais consultas. Logo em seguida estão as mães pardas, com 68,3% atingindo esse patamar ideal de acompanhamento. Apenas 21,7% das mães indígenas conseguiram realizar 7 ou mais consultas. Além disso, o grupo concentra o maior percentual de nenhuma consulta realizada (14,7%), o que significa que quase 1 em cada 7 gestantes indígenas deu à luz sem nenhum acompanhamento médico. A maior parte das gestantes indígenas ficou retida nas faixas de cobertura parcial: 35,1% realizaram de 4 a 6 consultas e 28,4% fizeram apenas de 1 a 3 consultas, indicando barreiras geográficas ou estruturais para a continuidade do cuidado. As mães pretas também apresentam um bom índice de cobertura, com 62,9% realizando 7 ou mais consultas, embora registrem uma taxa de "nenhuma consulta" (3,8%) ligeiramente superior à de brancas e pardas.

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, 2024a).

Tabela 20. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça da mãe e consultas no pré-natal, residenets em Roraima, 2025

Raca	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Branca	20	1,6	79	6,5	224	18,4	893	73,4	0	1.216
Preta	14	3,8	25	6,8	98	26,6	232	62,9	0	369
Amarela	2	8,3	3	12,5	6	25,0	13	54,2	0	24
Parda	154	2,1	586	8,2	1.531	21,3	4.895	68,3	6	7.172
Indígena	907	14,7	1.749	28,4	2.161	35,1	1.334	21,7	7	6.158
Não informado	0	0,0	2	33,3	3	50,0	1	16,7	0	6
Total	1.097	7,3	2.444	16,4	4.023	26,9	7.368	49,3	13	14.945

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

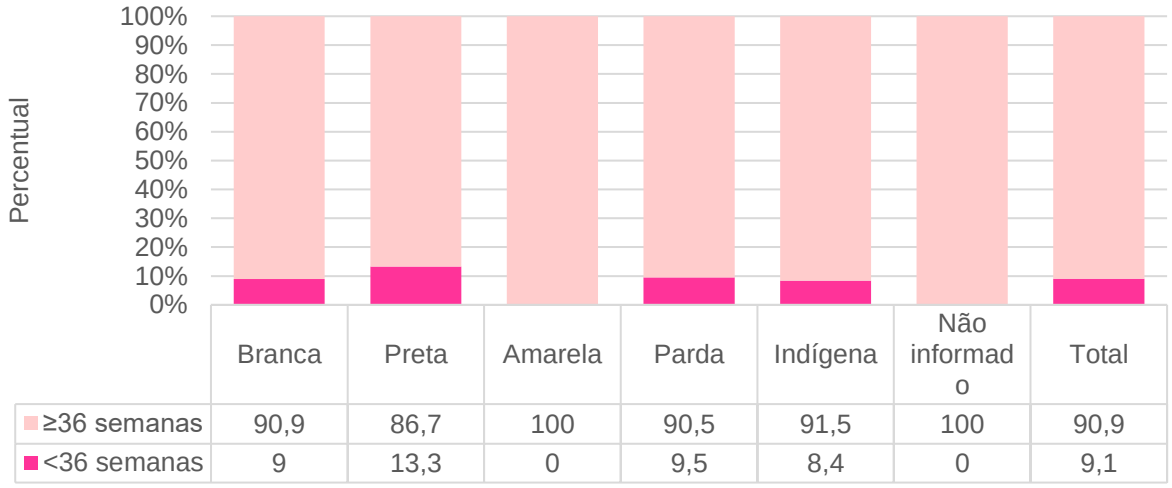
Tabela 21. Número e percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe e duração da gestação (< 36 semanas e ≥ 36 semanas), Roraima, 2015 a 2024

Raça/cor	<36 semanas		≥36 semanas		Não informado	Total
	N	%	N	%		
Branca	109	9,0	1105	90,9	2	1.216
Preta	49	13,3	320	86,7	0	369
Amarela	0	0,0	24	100,0	0	24
Parda	680	9,5	6.490	90,5	2	7.172
Indígena	519	8,4	5.634	91,5	5	6.158
Não informado	0	0,0	6	100,0	0	6
Total	1.357	9,1	13.579	90,9	9	14.945

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O cruzamento entre a raça/cor da mãe e a duração da gestação revela que a prematuridade (<36 semanas) afeta de forma desproporcional as mães pretas, enquanto os demais grupos mantêm uma distribuição homogênea no tempo de gestação. As mães pretas registram o indicador mais preocupante do estado, com 13,3% dos nascimentos ocorrendo antes das 36 semanas. Esse percentual é significativamente superior à média geral do estado (9,1%). A população parda (9,5%), branca (9,0%) e indígena (8,4%) apresentam índices de prematuridade muito próximos entre si, com cerca de 9 em cada 10 nascimentos ocorrendo a partir das 36 semanas de gestação (≥36 semanas) (Tabela 21 e Figura 24).

Figura 24. Percentual de nascidos vivos segundo a raça/cor da mãe e duração da gestação (< 36 semanas e ≥ 36 semanas), Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Apesar de a população indígena registrar os menores índices de escolaridade e o pior acesso ao pré-natal (como visto nas tabelas anteriores), ela apresentou a menor taxa de prematuridade expressiva (8,4%) entre os grupos com grande volume de dados. Isso sugere que, embora haja vulnerabilidade assistencial, outros fatores biológicos, ambientais ou culturais podem influenciar a duração gestacional dessa população.

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). 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.

2.5.3 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.

Tabela 22. Número e percentual de nascidos vivos segundo ano de nascimento e escolaridade de mães residentes, Roraima, 2016 a 2025

Ano	Sem Escolaridade		Fundamental 1 (1ª a 4ª serie)		Fundamental 2 (5ª a 8ª serie)		Médio (Antigo 2º Grau)		Superior Incompleto		Superior Completo		Ignorado	Não Informado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
2016	580	5,1	675	5,9	2.596	22,8	5.398	47,4	720	6,3	1.144	10,1	20	248	11.381
2017	670	5,7	682	5,8	2.535	21,6	5.694	48,4	775	6,6	1.321	11,2	68	10	11.755
2018	492	3,9	579	4,5	2.562	20,1	6.664	52,3	912	7,2	1.485	11,7	24	15	12.733
2019	919	6,3	734	5,0	2.774	18,9	7.679	52,4	906	6,2	1.630	11,1	10	5	14.657
2020	1139	8,3	639	4,6	2.745	19,9	6.947	50,5	779	5,7	1.485	10,8	23	13	13.770
2021	1196	8,6	565	4,1	2.895	20,8	6.948	50,0	664	4,8	1.485	10,7	140	14	13.907
2022	879	6,7	688	5,3	2.380	18,2	6.550	50,0	638	4,9	1.337	10,2	469	158	13.099
2023	859	6,6	483	3,7	2.343	18,0	7.211	55,4	642	4,9	1.389	10,7	87	2	13.016
2024	907	7,5	434	3,6	2.076	17,2	6.723	55,6	552	4,6	1.319	10,9	73	8	12.092
2025	2.647	17,7	451	3,0	2.340	15,7	7.416	49,6	587	3,9	1.394	9,3	102	10	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 23. Número e percentual de nascidos vivos segundo a escolaridade da mãe e município de residência, Roraima, 2025

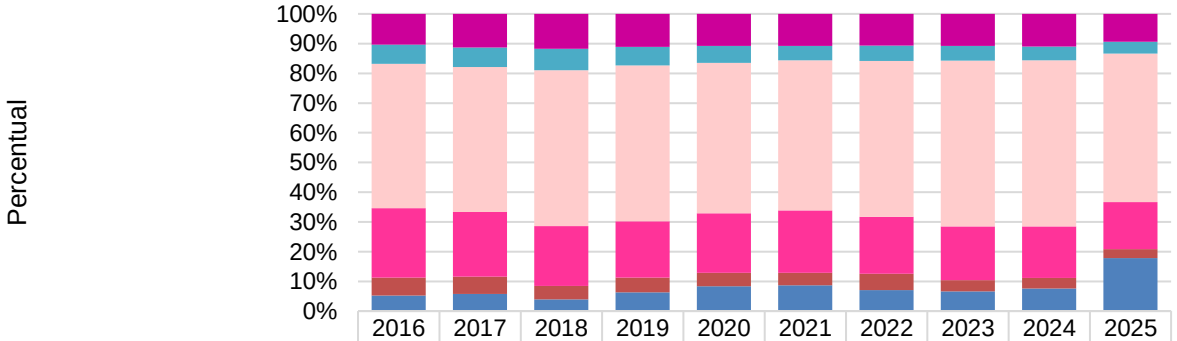
Município	Sem Escolaridade		Fundamental 1 (1ª a 4ª serie)		Fundamental 2 (5ª a 8ª serie)		Médio (Antigo 2º Grau)		Superior incompleto		Superior completo		Ignorado	Não Informado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Alto Alegre	1.496	85,5	3	0,2	52	3,0	179	10,2	4	0,2	8	0,5	8	0	1.750
Amajari	667	74,4	16	1,8	39	4,3	144	16,1	11	1,2	9	1,0	11	0	897
Boa Vista	51	0,7	107	1,5	923	13,1	4.349	61,5	461	6,5	1.158	16,4	20	0	7.069
Bonfim	8	1,4	34	5,9	183	31,6	325	56,0	3	0,5	12	2,1	12	3	580
Cantá	3	0,7	9	2,2	108	25,8	262	62,7	11	2,6	22	5,3	3	0	418
Caracaraí	172	40,2	7	1,6	71	16,6	152	35,5	9	2,1	16	3,7	1	0	428
Caroebe	0	0,0	3	1,4	53	25,2	133	63,3	11	5,2	10	4,8	0	0	210
Iracema	161	61,7	0	0,0	21	8,0	69	26,4	2	0,8	8	3,1	0	0	261
Mucajaí	47	14,1	4	1,2	60	18,0	189	56,8	4	1,2	29	8,7	0	0	333
Normandia	2	0,3	41	6,7	149	24,5	391	64,2	8	1,3	8	1,3	10	0	609
Pacaraima	9	1,7	32	6,0	143	26,9	298	56,1	15	2,8	33	6,2	1	0	531
Rorainópolis	2	0,4	12	2,2	137	25,1	326	59,7	20	3,7	49	9,0	0	0	546
São João da Baliza	0	0,0	5	3,3	31	20,4	93	61,2	8	5,3	12	7,9	2	1	152
São Luiz	1	1,1	4	4,4	13	14,4	55	61,1	6	6,7	11	12,2	0	0	90
Uiramutã	28	2,6	174	16,2	357	33,3	451	42,0	14	1,3	9	0,8	34	6	1.073
Total	2.647	17,7	451	3,0	2.340	15,7	7.416	49,6	587	3,9	1.394	9,3	102	10	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Com base na série histórica de 2016 a 2025, a evolução da escolaridade das mães de nascidos vivos revela um cenário de transição demográfica e epidemiológica complexo, marcado pelo avanço do ensino médio, estabilidade no ensino superior e uma explosão recente no indicador de nenhuma escolaridade. O perfil educacional das parturientes é majoritariamente de nível médio, mas o pico de vulnerabilidade escolar registrado em 2025 altera profundamente a curva histórica, exigindo políticas de alfabetização e suporte social direcionadas às comunidades tradicionais e do interior (Tabela 22).

O ensino médio atingiu seu pico em 2024 com 55,6% e encerrou a série em 2025 representando 49,6% do total de mães. O dado mais impactante e atípico da série histórica ocorreu no último ano. A proporção de mães sem escolaridade saltou de 5,1% em 2016 (e 7,5% em 2024) para 17,7% em 2025, totalizando 2.647 nascimentos. Cruzando com os dados anteriores, esse fenômeno está diretamente ligado ao aumento abrupto de registros de nascimentos na população indígena em 2025. O percentual de mães com formação universitária concluída manteve uma linearidade notável durante os 10 anos analisados, orbitando sempre na faixa entre 9,3% (mínima em 2025) e 11,7% (máxima em 2018). O ensino fundamental 2 registrou uma tendência progressiva de declínio, recuando de 22,8% em 2016 para 15,7% em 2025, o que indica uma maior retenção de jovens na escola até o ensino médio (Figura 25 e 26).

Figura 25. Percentual de nascidos vivos segundo ano de nascimento e escolaridade de mães residentes, Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Superior Completo	10,1	11,2	11,7	11,1	10,8	10,7	10,2	10,7	10,9	9,3
Superior Incompleto	6,3	6,6	7,2	6,2	5,7	4,8	4,9	4,9	4,6	3,9
Medio (Antigo 2º Grau)	47,4	48,4	52,3	52,4	50,5	50	50	55,4	55,6	49,6
Fundamental 2 (5ª a 8ª serie)	22,8	21,6	20,1	18,9	19,9	20,8	18,2	18	17,2	15,7
Fundamental 1 (1ª a 4ª serie)	5,9	5,8	4,5	5	4,6	4,1	5,3	3,7	3,6	3
Sem Escolaridade	5,1	5,7	3,9	6,3	8,3	8,6	6,7	6,6	7,5	17,7

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Figura 26. Percentual de nascidos vivos segundo a escolaridade de mães residentes, Roraima, 2025



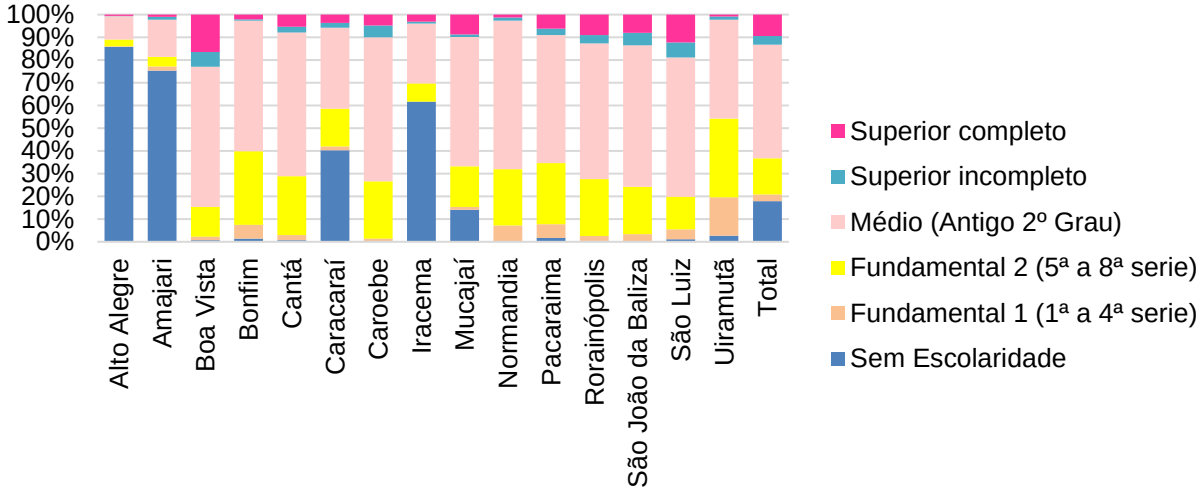
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Os dados ignorado e não informado desses nascimentos demonstra uma 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.

O analfabetismo ou a ausência de instrução formal entre as parturientes de Roraima em 2025 não é um fenômeno generalizado, mas sim altamente localizado, afetando de forma drástica os municípios de Alto Alegre, Amajari e Iracema, o que exige intervenções estruturais focadas nessas regiões, entretanto estes são municípios com altíssima proporção de nascimentos de mães indígenas. A categoria "sem escolaridade" (que atinge 17,7% no estado) possui focos geográficos alarmantes. Em Alto Alegre, 85,5% das mães não possuem escolaridade formal (1.496 do total de 1.750). Padrão semelhante ocorre em Amajari (74,4%) e Iracema (61,7%). Embora Uiramutã seja o município com maior percentual de população indígena (98,5%), ele apresenta um perfil educacional diferente de Alto Alegre e Amajari: apenas 2,6% das mães não têm escolaridade. Esse fato pode estar relacionado com o fato de que os municípios de Alto Alegre, Amajari e Iracema abrangem extensas faixas da Terra Indígena Yanomami. Historicamente, os Yanomami possuem um contato mais recente com a sociedade envolvente e um estilo de vida que não era centrado na escola formal de modelo ocidental (Tabela 23).

O gargalo local está concentrado no ensino fundamental 2 (33,3%) e no ensino médio (42,0%), indicando a presença de alfabetização básica, mas com retenção escolar na juventude. Boa Vista concentra 83% de todas as mães com superior completo do estado (1.158 das 1.394). na capital, o nível predominante é o ensino médio (61,5%), e o índice de mães sem escolaridade é residual (0,7%). Os municípios como Caroebe e São João da Baliza registraram 0% de mães na categoria "sem escolaridade", apresentando sólidas maiorias de gestantes com ensino médio concluído (63,3% e 61,2%, respectivamente) (Figura 27).

Figura 27. Percentual de nascidos vivos segundo a escolaridade da mãe e município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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.

2.5.4 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.

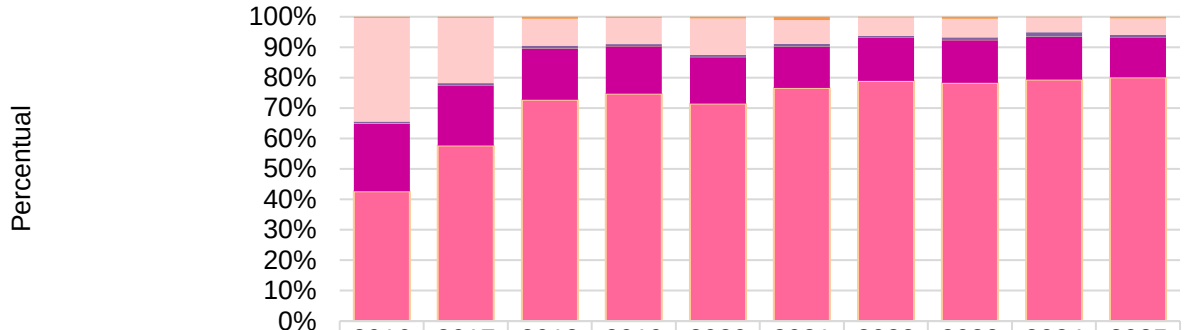
O percentual de mães solteiras quase dobrou ao longo da década, saltando de 42,6% em 2016 para 79,9% em 2025. Esse grupo consolidou-se de forma absoluta, representando 4 em cada 5 nascimentos no estado no último ano da série (11.948 mães). O número de mães formalmente casadas registrou um declínio constante e acentuado. A representatividade dessa categoria caiu de 22,2% em 2016 para 13,0% em 2025, evidenciando uma redução na formalização dos vínculos conjugais no momento do parto. A categoria de união consensual (estável) sofreu a maior variação negativa do período. Em 2016, ela respondia por 34,0% das gestantes (o segundo maior grupo); em 2025, esse índice despencou para apenas 5,3%. As categorias de mães viúvas (estável em 0,1% ou menos) e separadas judicialmente/divorciadas (oscilando próximo a 1,0%) mantiveram-se estatisticamente baixas e sem variações expressivas ao longo dos dez anos (Tabela 24 e Figura 28).

Tabela 24. Número e percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe, residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Solteira		Casada		Viúva		Separada jud/divorc		Uniao consensual		Ignorado	Não informado	Total
	N	%											
2016	4.848	42,6	2.524	22,2	19	0,2	67	0,6	3.872	34,0	30	21	11.381
2017	6.773	57,6	2.302	19,6	10	0,1	99	0,8	2.521	21,4	38	12	11.755
2018	9.253	72,7	2.156	16,9	10	0,1	105	0,8	1.122	8,8	41	46	12.733
2019	10.945	74,7	2.281	15,6	15	0,1	89	0,6	1.265	8,6	49	13	14.657
2020	9.832	71,4	2.099	15,2	20	0,1	98	0,7	1.640	11,9	62	19	13.770
2021	10.654	76,6	1.897	13,6	10	0,1	105	0,8	1.082	7,8	88	71	13.907
2022	10.324	78,8	1.848	14,1	11	0,1	96	0,7	775	5,9	33	12	13.099
2023	10.213	78,5	1.818	14,0	9	0,1	100	0,8	790	6,1	67	19	13.016
2024	9.584	79,3	1.705	14,1	13	0,1	164	1,4	585	4,8	32	9	12.092
2025	11.948	79,9	1.940	13,0	7	0,0	156	1,0	799	5,3	93	4	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Figura 28. Percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe, residentes em Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ignorado/Não informado	0,4	0,4	0,7	0,4	0,6	1,1	0,3	0,7	0,3	0,6
Uniao consensual	34	21,4	8,8	8,6	11,9	7,8	5,9	6,1	4,8	5,3
Separada jud/divorc	0,6	0,8	0,8	0,6	0,7	0,8	0,7	0,8	1,4	1
Viúva	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0
Casada	22,2	19,6	16,9	15,6	15,2	13,6	14,1	14	14,1	13
Solteira	42,6	57,6	72,7	74,7	71,4	76,6	78,8	78,5	79,3	79,9

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito 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 et al., 2013). Por outro lado, as variáveis como os estados civis da 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, 2014).

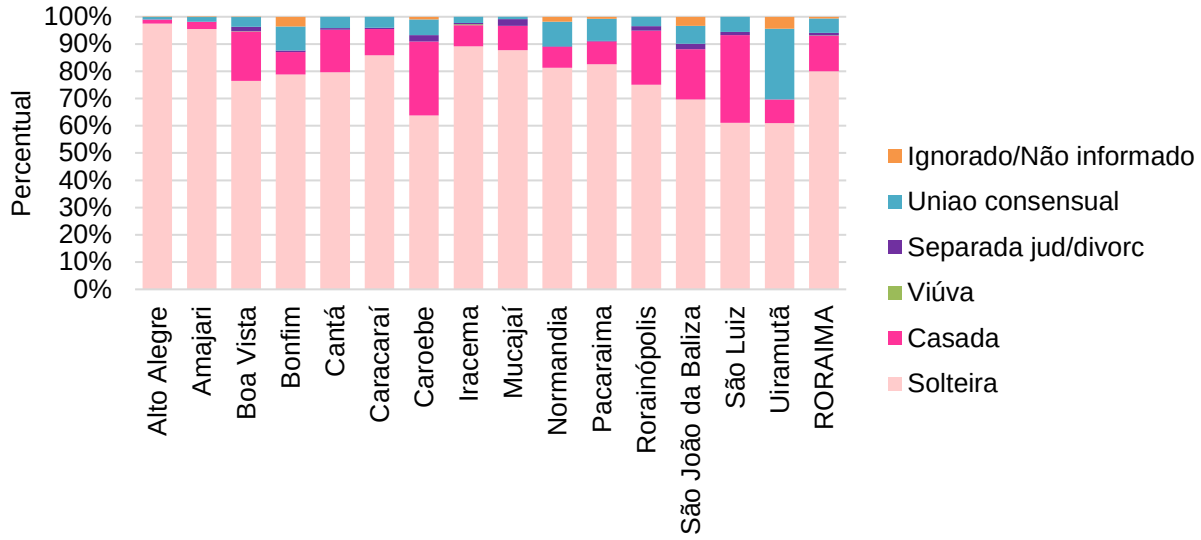
Tabela 25. Número e percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe por município de residência, Roraima, 2025

Município	Solteira		Casada		Viúva		Separada jud/divorc		Uniao consensual		Ignorado	Não informado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Alto Alegre	1.708	97,6	24	1,4	0	0,0	1	0,1	15	0,9	2	0	1.750
Amajari	857	95,5	23	2,6	0	0,0	1	0,1	15	1,7	0	1	897
Boa Vista	5.406	76,5	1284	18,2	6	0,1	116	1,6	253	3,6	3	1	7.069
Bonfim	457	78,8	48	8,3	0	0,0	3	0,5	51	8,8	21	0	580
Cantá	333	79,7	65	15,6	0	0,0	3	0,7	17	4,1	0	0	418
Caracaraí	368	86,0	41	9,6	0	0,0	2	0,5	17	4,0	0	0	428
Caroebe	134	63,8	57	27,1	0	0,0	5	2,4	12	5,7	2	0	210
Iracema	233	89,3	20	7,7	1	0,4	1	0,4	6	2,3	0	0	261
Mucajaí	292	87,7	30	9,0	0	0,0	8	2,4	3	0,9	0	0	333
Normandia	495	81,3	46	7,6	0	0,0	2	0,3	55	9,0	11	0	609
Pacaraima	439	82,7	44	8,3	0	0,0	1	0,2	43	8,1	4	0	531
Rorainópolis	410	75,1	108	19,8	0	0,0	9	1,6	19	3,5	0	0	546
São João da Baliza	106	69,7	28	18,4	0	0,05	3	2,0	10	6,6	3	2	152
São Luiz	55	61,1	29	32,2	0	0,0	1	1,1	5	5,6	0	0	90
Uiramutã	655	61,0	93	8,7	0	0,0	0	0,0	278	25,9	47	0	1.073
Total	11.948	79,9	1.940	13,0	7	0,05	156	1,0	799	5,3	93	4	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Nos municípios fortemente impactados pelo perfil demográfico de terras indígenas e pela recente crise humanitária, o percentual de mães solteiras beira a totalidade. Os casos mais extremos são Alto Alegre, com 97,6% (1.708 de 1.750), e Amajari, com 95,5% (857 de 897). O casamento civil/formal encontra sua maior força em São Luiz (32,2%), seguido por Caroebe (27,1%), Rorainópolis (19,8%) e a capital Boa Vista (18,2%). Somados, os municípios do sul e a capital mantêm os arranjos conjugais tradicionais mais preservados do estado. Embora Uiramutã apresente um dos menores índices de mães casadas (8,7%), o município registra de longe a maior taxa de união consensual de Roraima, com 25,9%. Isso demonstra que, apesar de não formalizarem o casamento no papel, 1 em cada 4 mães locais declara viver em união estável, um comportamento culturalmente muito distinto de Alto Alegre (0,9%). A capital concentra a maior diversidade de arranjos e, em termos absolutos, detém 74,3% de todas as mães formalmente casadas do estado (1.284 de um total de 1.940) (Tabela 25 e Figura 29).

Figura 29. Percentual de nascidos vivos segundo a situação conjugal da mãe por município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.6 REFERENTES A GRAVIDEZ E AO PARTO

2.6.1 Assistência ao pré-natal

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).

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).

Historicamente, as diretrizes tradicionais do Ministério da Saúde do Brasil e da OMS estabeleciam o mínimo de 6 consultas de pré-natal. Contudo, atualizações recentes promovidas pelo Ministério da Saúde elevaram essa recomendação oficial para no mínimo 7 consultas ao longo de uma gestação de risco habitual. De acordo com o protocolo atualizado (reforçado inclusive nas edições recentes da Caderneta Brasileira da Gestante), a distribuição recomendada funciona da seguinte forma: Sete

ou mais consultas de pré-natal no total; O atendimento deve ser intercalado entre profissionais da medicina e da enfermagem; e inclusão de pelo menos uma consulta odontológica (Brasil, 2026a,b).

Tabela 26. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal por ano, Roraima, 2016 a 2025

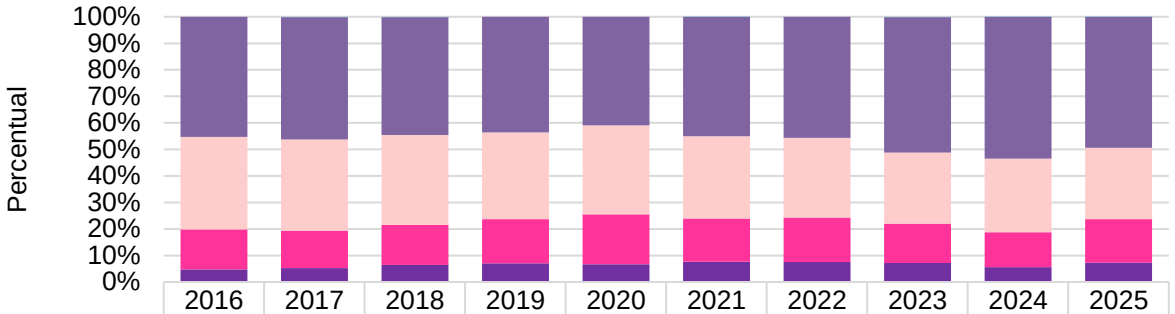
Ano	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2016	531	4,7	1.718	15,1	3.976	34,9	5.153	45,3	3	0,0	11.381
2017	607	5,2	1.664	14,2	4.039	34,4	5.426	46,2	19	0,2	11.755
2018	828	6,5	1.919	15,1	4.314	33,9	5.651	44,4	21	0,2	12.733
2019	1046	7,1	2.429	16,6	4.783	32,6	6.394	43,6	5	0,0	14.657
2020	917	6,7	2.595	18,8	4.627	33,6	5.627	40,9	4	0,0	13.770
2021	1068	7,7	2.265	16,3	4.294	30,9	6.262	45,0	18	0,1	13.907
2022	988	7,5	2.203	16,8	3.925	30,0	5.977	45,6	6	0,0	13.099
2023	942	7,2	1.930	14,8	3.494	26,8	6.622	50,9	28	0,2	13.016
2024	676	5,6	1.588	13,1	3.356	27,8	6.456	53,4	16	0,1	12.092
2025	1.097	7,3	2.445	16,4	4.023	26,9	7.369	49,3	13	0,1	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Embora Roraima tenha expandido o acesso ao pré-natal de excelência para metade de sua população de gestantes, o crescimento no volume de mães com zero assistência acende um forte sinal de alerta epidemiológico, fortemente impulsionado (como visto nos cruzamentos anteriores) pelas realidades específicas e geográficas do interior do estado. O percentual de gestantes que atingiram o patamar ideal de acompanhamento cresceu ao longo da década, saindo de 45,3% em 2016 para 49,3% em 2025, tendo registrado seu ápice histórico em 2024, com 53,4% (Tabela 26 e Figura 30).

A taxa de mães sem realizar nenhuma consulta aumentou significativamente no período. O indicador subiu de 4,7% em 2016 para 7,3% em 2025 (um total de 1.097 mulheres), patamar muito próximo ao pior momento da série registrado em 2021 (7,7%). A faixa de cobertura mínima permaneceu flutuando de forma estável ao longo de toda a série histórica, orbitando sempre entre 13,1% (mínima em 2024) e 18,8% (máxima em 2020), fechando 2025 em 16,4%. Houve uma queda expressiva e contínua no acompanhamento intermediário, que encolheu de 34,9% em 2016 para 26,9% em 2025 (uma redução de 8 pontos percentuais), indicando uma polarização da assistência (as gestantes ou conseguem o acompanhamento completo ou ficam desassistidas).

Figura 30. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal por ano, Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ignorado	0	0,2	0,2	0	0	0,1	0	0,2	0,1	0,1
7 e +	45,3	46,2	44,4	43,6	40,9	45	45,6	50,9	53,4	49,3
4-6 vezes	34,9	34,4	33,9	32,6	33,6	30,9	30	26,8	27,8	26,9
1-3 vezes	15,1	14,2	15,1	16,6	18,8	16,3	16,8	14,8	13,1	16,4
Nenhuma	4,7	5,2	6,5	7,1	6,7	7,7	7,5	7,2	5,6	7,3

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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). 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).

Tabela 27. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e o mês de início do pré-natal, Roraima, 2025

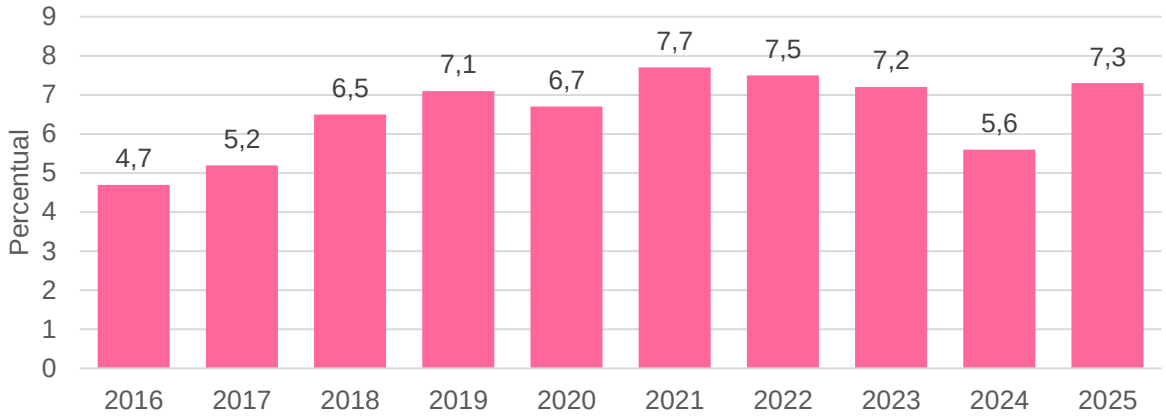
Mês de início do pré-natal	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Primeiro	4	0,4	212	8,7	273	6,8	997	13,5	1	1.487
Segundo	1	0,1	234	9,6	806	20,0	3.436	46,6	0	4.477
Terceiro	5	0,5	247	10,1	928	23,1	1.833	24,9	0	3.013
Quarto	1	0,1	328	13,4	831	20,7	668	9,1	0	1.828
Quinto	0	0,0	372	15,2	683	17,0	281	3,8	0	1.336
Sexto	1	0,1	346	14,2	292	7,3	67	0,9	0	706
Sétimo	0	0,0	259	10,6	101	2,5	37	0,5	0	397
Oitavo	0	0,0	265	10,8	66	1,6	16	0,2	0	347
Nono	21	1,9	88	3,6	15	0,4	17	0,2	1	142
Não informado	290	26,4	2	0,1	5	0,1	5	0,1	0	302
Ignorado	774	70,6	92	3,8	23	0,6	12	0,2	11	912
Total	1.097	100,0	2.445	100,0	4.023	100,0	7.369	100,0	13	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Os dados da Tabela 27 mostram que não basta expandir a capacidade de atendimento, é preciso captar a gestante precocemente. O gargalo da assistência em Roraima está diretamente ligado ao ingresso tardio no sistema de saúde. As gestantes que iniciam o acompanhamento até o 3º mês representam a ampla maioria. Das 7.369 mães que atingiram a meta atualizada de 7 ou mais consultas, 85% começaram o pré-natal no 1º, 2º ou 3º mês de gestação (com forte concentração no 2º mês, que sozinho gerou 46,6% do grupo de cobertura máxima). Começar o pré-natal a partir do 4º mês inviabiliza o cumprimento do protocolo do Ministério da Saúde.

Para as mães que iniciaram no 4º mês, a maioria (20,7%) conseguiu apenas de 4 a 6 consultas. Para as que iniciaram no 5º ou 6º mês, o teto assistencial caiu para a faixa inadequada de 1 a 3 consultas (15,2% e 14,2% respectivamente). As mulheres que iniciam o pré-natal no terceiro trimestre (7º ao 9º mês) ficam severamente limitadas, conseguindo realizar quase que exclusivamente de 1 a 3 consultas, o que serve apenas como atendimento de emergência pré-parto, perdendo todo o caráter preventivo do ciclo gestacional. No grupo de mães que registraram nenhuma consulta (1.097 no total), há um grave apagão de dados: 70,6% constam como "Ignorado" e 26,4% como "Não informado". Isso indica uma falha severa de rastreamento ou de registro de prontuário no momento da admissão hospitalar para o parto (Figura 31).

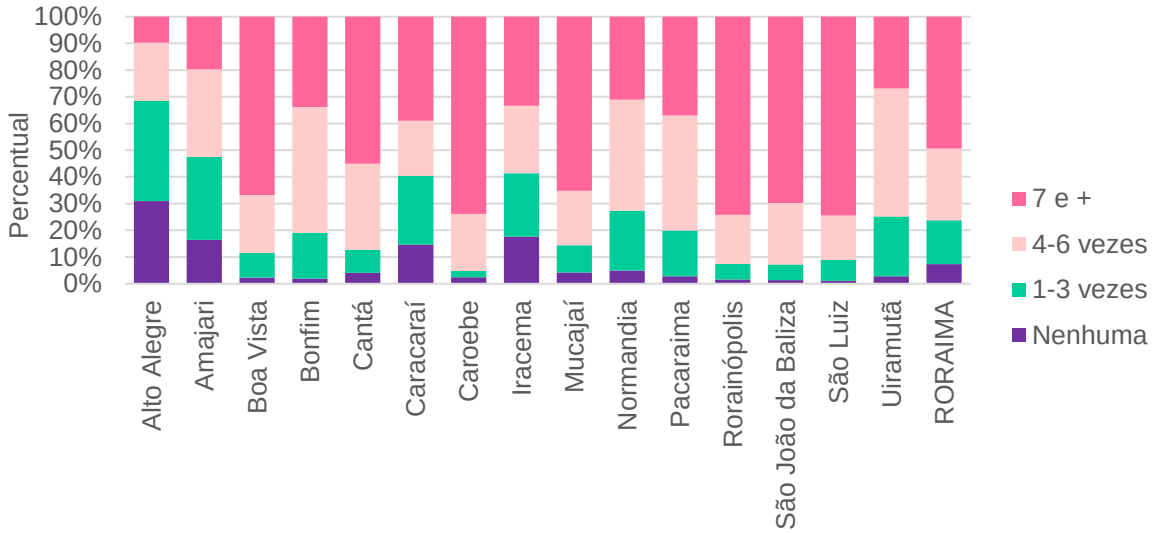
Figura 31. Percentual de nascidos vivos de mães sem nenhuma consultas no pré-natal, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Em 2025, o município de Alto Alegre apresentou o cenário mais crítico do estado, com apenas 9,8% das gestantes atingindo a meta de 7 ou mais consultas. Chama a atenção que 31,0% das mães locais não realizaram nenhuma consulta, e 37,6% fizeram apenas de 1 a 3. Padrão preocupante também ocorre em Amajari, onde apenas 19,7% alcançaram a cobertura ideal. Em total contraste, os municípios da região sul registram os melhores indicadores de pré-natal adequado de Roraima. O destaque absoluto é São Luiz, com 74,4% das mães realizando 7 ou mais consultas, seguido de perto por Rorainópolis (74,2%) e Caroebe (73,8%) (Tabela 28 e Figura 32).

Figura 32. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal por município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 28. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal por município de residência, Roraima, 2025

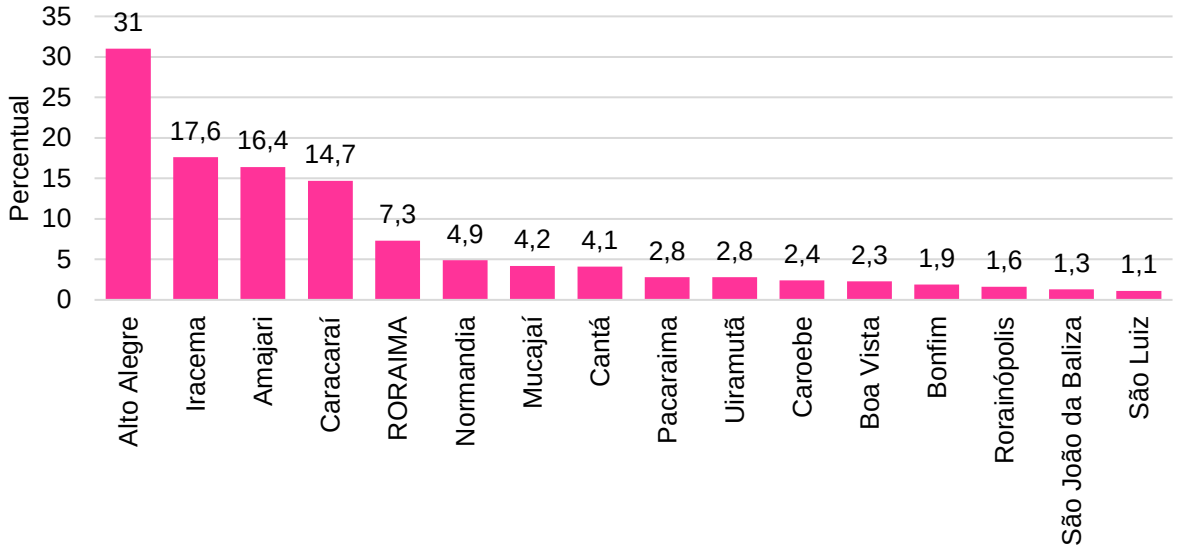
Município	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Alto Alegre	543	31,0	658	37,6	378	21,6	171	9,8	0	1.750
Amajari	147	16,4	279	31,1	294	32,8	177	19,7	0	897
Boa Vista	164	2,3	648	9,2	1.534	21,7	4720	66,8	3	7.069
Bonfim	11	1,9	100	17,2	272	46,9	196	33,8	1	580
Cantá	17	4,1	36	8,6	135	32,3	230	55,0	0	418
Caracaraí	63	14,7	110	25,7	88	20,6	167	39,0	0	428
Caroebe	5	2,4	5	2,4	45	21,4	155	73,8	0	210
Iracema	46	17,6	62	23,8	66	25,3	87	33,3	0	261
Mucajaí	14	4,2	34	10,2	68	20,4	217	65,2	0	333
Normandia	30	4,9	136	22,3	252	41,4	189	31,0	2	609
Pacaraima	15	2,8	90	16,9	227	42,7	194	36,5	5	531
Rorainópolis	9	1,6	32	5,9	100	18,3	405	74,2	0	546
São João da Baliza	2	1,3	9	5,9	35	23,0	106	69,7	0	152
São Luiz	1	1,1	7	7,8	15	16,7	67	74,4	0	90
Uiramutã	30	2,8	239	22,3	514	47,9	288	26,8	2	1.073
Total	1.097	7,3	2.445	16,4	4.023	26,9	7.369	49,3	13	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Do total de 1.097 mulheres que não tiveram nenhum acompanhamento médico ou de enfermagem no pré-natal, a quase totalidade está concentrada geograficamente, evidenciando desigualdades extremas. O município de Alto Alegre isola-se como o cenário mais alarmante. O município registrou sozinho 543 mães com zero consultas, o que representa 49,5% de todos os casos de desassistência do estado. Em termos proporcionais, significa que 31,0% (quase 1 em cada 3) das gestantes residentes em Alto Alegre deram à luz sem pisar em um consultório ou posto de saúde durante os 9 meses de gravidez. Três municípios do interior, Amajari, Iracema e Caracaraí, também apresentam índices muito superiores à média estadual (7,3%), indicando falhas severas na atenção básica local. Boa Vista registrou 164 mães sem nenhuma consulta. Embora em números absolutos pareça um volume alto (o segundo maior do estado), em termos proporcionais isso representa apenas 2,3% do total de nascidos vivos da capital (7.069). Apesar das dificuldades de acesso geográfico no extremo norte, Uiramutã e Pacaraima, registraram apenas 2,8% de mães sem consultas cada um (30 e 15 casos, respectivamente), demonstrando forte atuação da saúde comunitária local. Rorainópolis (1,6%), São João da Baliza (1,3%) e São Luiz (1,1%) mantêm os melhores

e menores índices de desassistência do interior, alinhados com o forte desempenho de pré-natal adequado que já haviam apresentado (Figura 33).

Figura 33. Percentual de nascidos vivos de mães sem nenhuma consultas no pré-natal segundo o município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Entre as mulheres que tiveram uma gestação a termo (≥36 semanas), mais da metade (50,4%) realizou 7 ou mais consultas. Esse dado comprova que a continuidade e a regularidade do acompanhamento médico funcionam como um forte fator de proteção para que a gravidez chegue ao período ideal de maturação do bebê. No grupo de mães que tiveram partos prematuros (<36 semanas), o índice de pré-natal de excelência despenca para 38,4%. A maior parte desse grupo (35,8%) conseguiu realizar apenas de 4 a 6 consultas e 22,4% ficaram restritas a apenas 1 a 3 consultas, evidenciando que a interrupção precoce da gestação reduziu o tempo disponível para realizar o calendário completo de consultas. Um dado intrigante aponta que, proporcionalmente, a taxa de nenhuma consulta é maior entre as gestantes que completaram o tempo regular de gravidez (7,7%) do que entre as que tiveram parto prematuro (3,3%). Isso sugere que o grupo sem assistência não deixa de ir ao médico por uma emergência de parto antecipado, mas sim por barreiras crônicas de acesso que se arrastam ao longo de todos os 9 meses (Tabela 29 e Figura 34).

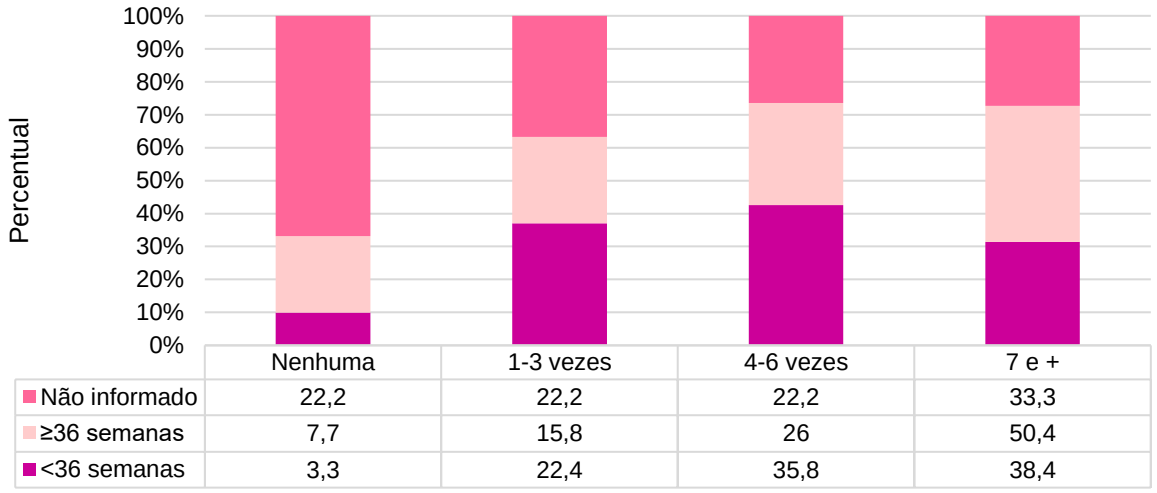
Tabela 29. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e duração da gestação, Roraima, 2025

Duração da gestação	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<36 semanas	45	3,3	304	22,4	486	35,8	522	38,4	1	1.358
≥36 semanas	1.050	7,7	2.139	15,8	3535	26,0	6.844	50,4	12	13.580
N Inf	2	22,2	2	22,2	2	22,2	3	33,3	0	9
Total	1.097	7,3	2.445	16,4	4023	26,9	7.369	49,3	13	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Os dados apontam que o cumprimento das 7 ou mais consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde está intimamente ligado ao sucesso gestacional a termo, enquanto as coberturas parciais ou insuficientes deixam a gestante mais vulnerável ao desfecho da prematuridade.

Figura 34. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e a duração da gestação, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O cruzamento dos dados entre a escolaridade materna e o número de consultas de pré-natal revela uma relação de dependência direta entre a instrução formal e o acesso à saúde, evidenciando que a baixa escolaridade funciona como a principal barreira para o cuidado gestacional. O dado mais alarmante da Tabela 30 aponta que, das 1.097 mães que não realizaram nenhuma consulta no estado, 71,1% pertencem ao grupo "Sem escolaridade" (780 mulheres). Esse mesmo grupo também representa 44,7% de todas as mães que tiveram apenas de 1 a 3 consultas, escancarando que a ausência de instrução formal aprisiona a gestante na desassistência crônica.

Tabela 30. Número e percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e escolaridade da mãe, Roraima, 2025

Escolaridade	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sem Escolaridade	780	71,1	1.093	44,7	640	15,9	134	1,8	0	2.647
Fundamental 1 (1ª a 4ª serie)	19	1,7	102	4,2	212	5,3	117	1,6	1	451
Fundamental 2 (5ª a 8ª serie)	95	8,7	431	17,6	851	21,2	961	13,0	2	2.340
Médio (Antigo 2º Grau)	165	15,0	718	29,4	2.039	50,7	4.487	60,9	7	7.416
Superior Incompleto	8	0,7	23	0,9	100	2,5	455	6,2	1	587
Superior Completo	10	0,9	36	1,5	162	4,0	1.186	16,1	0	1.394
Ignorado	20	1,8	32	1,3	19	0,5	29	0,4	2	102
Não Informado	0	0,0	10	0,4	0	0,0	0	0,0	0	10
Total	1.097	100,0	2.445	100,0	4.023	100,0	7.369	100,0	13	14.947

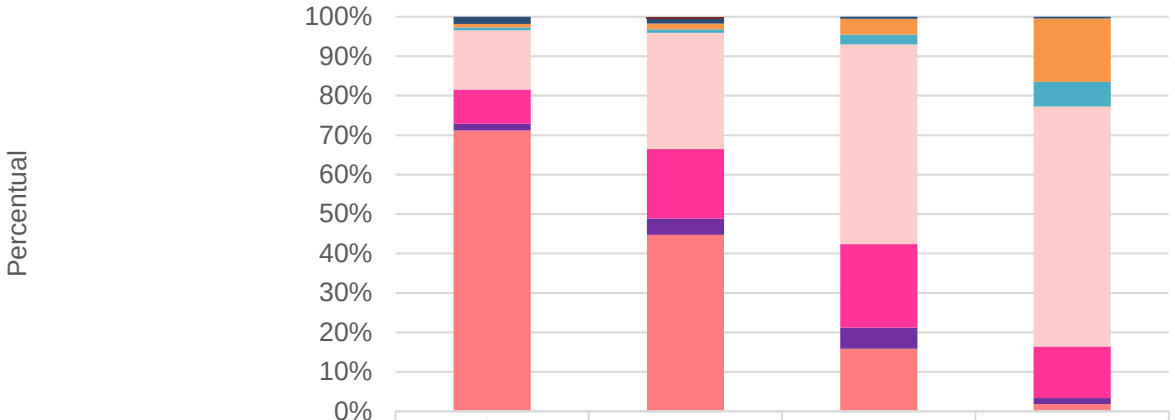
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Das 7.369 gestantes que atingiram a meta atualizada de 7 ou mais consultas, 60,9% possuem o ensino médio concluído (4.487 mulheres). quando somadas às mães com ensino superior (Completo e incompleto), esse grupo instruído responde por 83,2% de cobertura médica. Ao analisar o comportamento interno de cada nível de instrução, fica claro o gradiente de desigualdade. Entre as mães com superior completo, 85,1% conseguem realizar 7 ou mais consultas (1.186 de 1.394). Entre as mães sem escolaridade, apenas 5,1% conseguem atingir esse patamar de excelência (134 de 2.647) (Figura 35).

O ensino médio também lidera a faixa de 4 a 6 consultas (**50,7%**), mostrando que mesmo quando o acesso total (7 ou +) não é alcançado, a escolaridade intermediária garante que a mãe busque o serviço de saúde com muito mais frequência do que as gestantes sem instrução formal.

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).

Figura 35. Percentual de nascidos vivos segundo o número de consultas da mãe no pré-natal e escolaridade da mãe, Roraima, 2025



	Nenhuma	1-3 vezes	4-6 vezes	7 e +
Não Informado	0	0,4	0	0
Ignorado	1,8	1,3	0,5	0,4
Superior Completo	0,9	1,5	4	16,1
Superior Incompleto	0,7	0,9	2,5	6,2
Medio (Antigo 2º Grau)	15	29,4	50,7	60,9
Fundamnetal 2 (5ª a 8ª serie)	8,7	17,6	21,2	13
Fundamnetal 1 (1ª a 4ª serie)	1,7	4,2	5,3	1,6
Sem Escolaridade	71,1	44,7	15,9	1,8

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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 àinformação, maior conscientização sobre a importância do acompanhamento pré-natal e maior facilidade em acessar os serviços de saúde.

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. Além disso, o início precoce do pré-natal é um indicador importante da qualidade do cuidado no pré-natal, conforme discuto anteriormente.

2.6.2 Duração da gestação

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. Os nascidos vivos prematuros podem ser subcategorizados em: 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).

Tabela 31. Número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação por ano, Roraima, 2016 a 2025

Ano	<36 semanas		36 a 41 semanas		≥42 semanas		Não informado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2016	1.109	9,7	9.886	86,9	370	3,3	16	0,1	11.381
2017	917	7,8	10.494	89,3	338	2,9	6	0,1	11.755
2018	1.085	8,5	11.271	88,5	365	2,9	12	0,1	12.733
2019	1.267	8,6	12.954	88,4	432	2,9	4	0,0	14.657
2020	1.335	9,7	12.019	87,3	412	3,0	4	0,0	13.770
2021	1.297	9,3	12.161	87,4	441	3,2	8	0,1	13.907
2022	1.194	9,1	11.350	86,6	548	4,2	7	0,1	13.099
2023	1.377	10,6	11.128	85,5	506	3,9	5	0,0	13.016
2024	1.304	10,8	10.395	86,0	389	3,2	4	0,0	12.092
2025	1.358	9,1	13.201	88,3	379	2,5	9	0,1	14.947

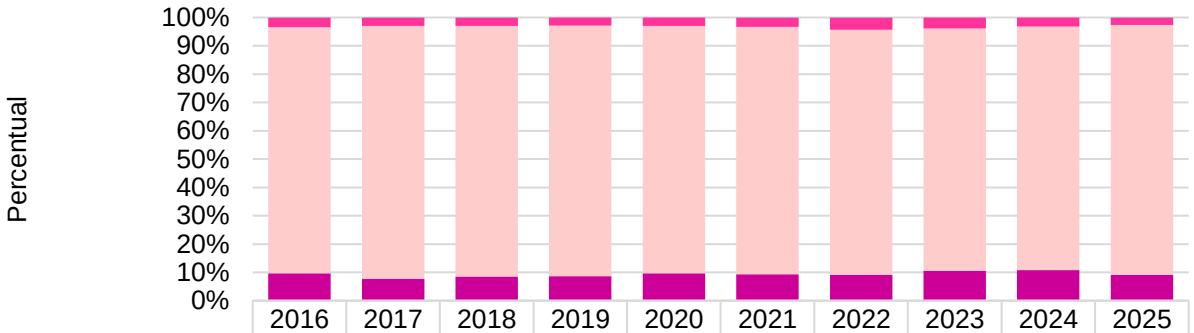
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

No período de 2016 a 2025, a evolução da duração da gestação indica um padrão de forte concentração dos partos no período considerado ideal (a termo), embora a prematuridade tenha mantido patamares de alerta na segunda metade da década. Os partos a termo (36 a 41 semanas) concentram a grande maioria dos nascimentos no estado, mantendo-se estável e fechando o ano de 2025 em alta com 88,3% do total de nascidos vivos (13.201 nascimentos) (Tabela 31 e Figura 36).

O indicador de partos prematuros (<36 semanas) registrou uma tendência de

elevação a partir de 2022, atingindo o seu pico em 2024 com 10,8%. Em 2025, houve uma redução para 9,1%, trazendo o índice de volta aos níveis observados entre 2020 e 2022.

Figura 36. Percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e município de residência, Roraima, 2025

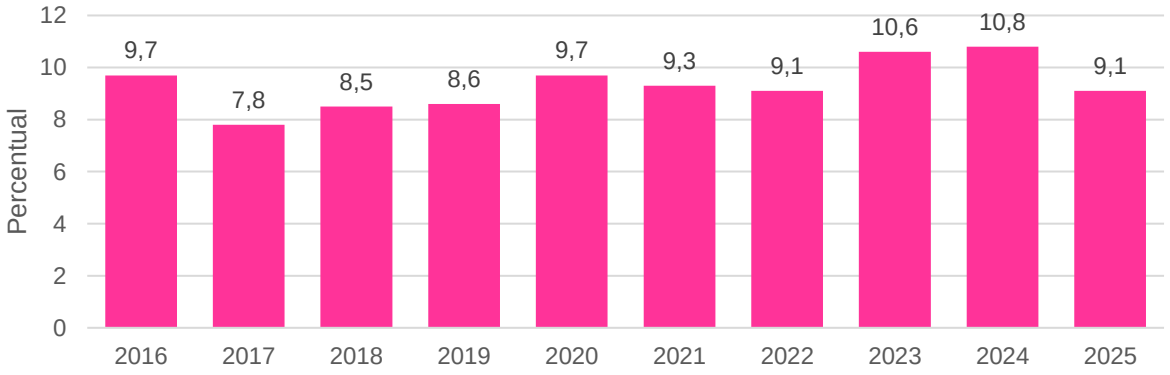


	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Não informado	0,1	0,1	0,1	0	0	0,1	0,1	0	0	0,1
≥42 semanas	3,3	2,9	2,9	2,9	3	3,2	4,2	3,9	3,2	2,5
36 a 41 semanas	86,9	89,3	88,5	88,4	87,3	87,4	86,6	85,5	86	88,3
<36 semanas	9,7	7,8	8,5	8,6	9,7	9,3	9,1	10,6	10,8	9,1

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Os partos de gestações prolongadas (≥42 semanas) mantiveram baixa representatividade. Após um aumento isolado em 2022 (4,2%), os índices caíram progressivamente, registrando a menor taxa da série em 2025, com 2,5%. O percentual de dados "Não informados" permaneceu residual e controlado durante os 10 anos, nunca ultrapassando 0,1%, o que valida a consistência do preenchimento das declarações de nascidos vivos no estado.

Figura 37. Percentual de nascidos vivos prematuros por ano, Roraima, 2015 a 2024



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O maior índice de partos prematuros no estado foi registrado no biênio recente, atingindo 10,6% em 2023 e o ápice de 10,8% em 2024. Entre 2016 e 2019, o indicador operou em patamares mais baixos, registrando a mínima histórica da série em 2017, com 7,8%. Após três anos consecutivos de alta ou estabilidade em níveis elevados (2022-2024), o ano de 2025 registrou um recuo importante, caindo para 9,1%, o que representa um retorno à média observada no início da década (como em 2022) (Figura 37).

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. No Brasil 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).

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 compraraçao com os nascidos vivos não prematuros. Esses riscos podem ser reduzido com bom atendimento no pré-natal.

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).

Tabela 32. Número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e município de residência, Roraima, 2025

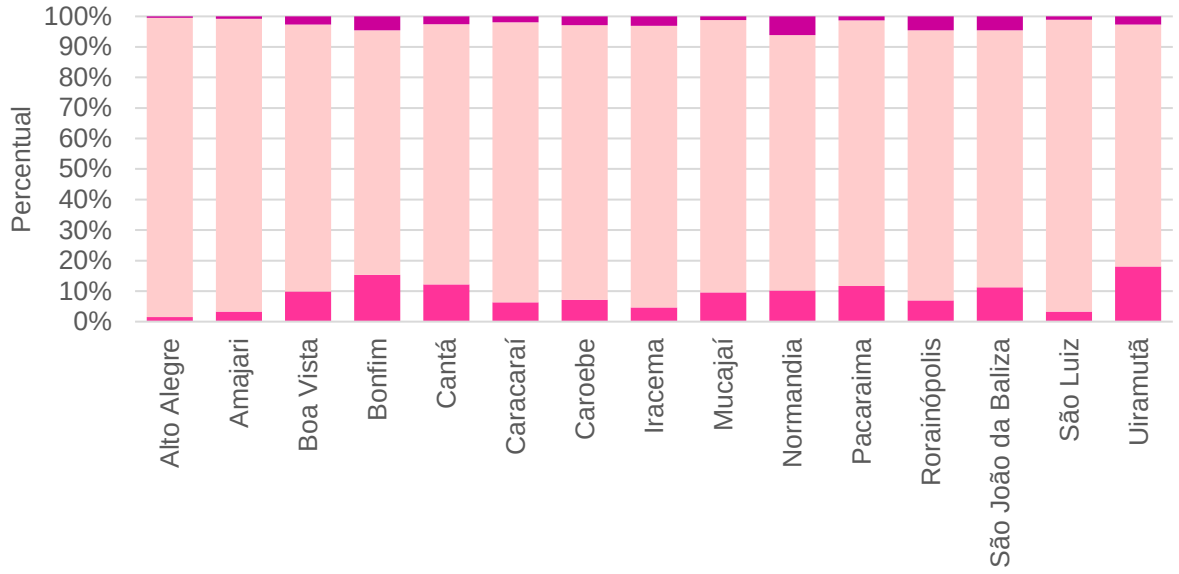
Município	<36 semanas		36 a 41 semanas		≥42 semanas		Não informado	Total
	N	%	N	%	N	%		
Alto Alegre	27	1,5	1.714	97,9	9	0,5	0	1.750
Amajari	30	3,3	860	95,9	7	0,8	0	897
Boa Vista	700	9,9	6.173	87,3	194	2,7	2	7.069
Bonfim	89	15,3	464	80	26	4,5	1	580
Cantá	51	12,2	356	85,2	11	2,6	0	418
Caracaraí	27	6,3	393	91,8	8	1,9	0	428
Caroebe	15	7,1	187	89	6	2,9	2	210
Iracema	12	4,6	240	92	8	3,1	1	261
Mucajaí	32	9,6	297	89,2	4	1,2	0	333
Normandia	62	10,2	508	83,4	37	6,1	2	609
Pacaraima	62	11,7	462	87	7	1,3	0	531
Rorainópolis	38	7	483	88,5	25	4,6	0	546
São João da Baliza	17	11,2	128	84,2	7	4,6	0	152
São Luiz	3	3,3	86	95,6	1	1,1	0	90
Uiramutã	193	18	850	79,2	29	2,7	1	1.073
Total	1.358	9,1	12.351	82,6	379	2,5	9	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito 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 sem

necessariamente uma indicação médica e isso pode trazer mais bebês prematuros. Atualmente, o Conselho Federal de Medicina 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).

Figura 38. Percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e município de residência, Roraima, 2025



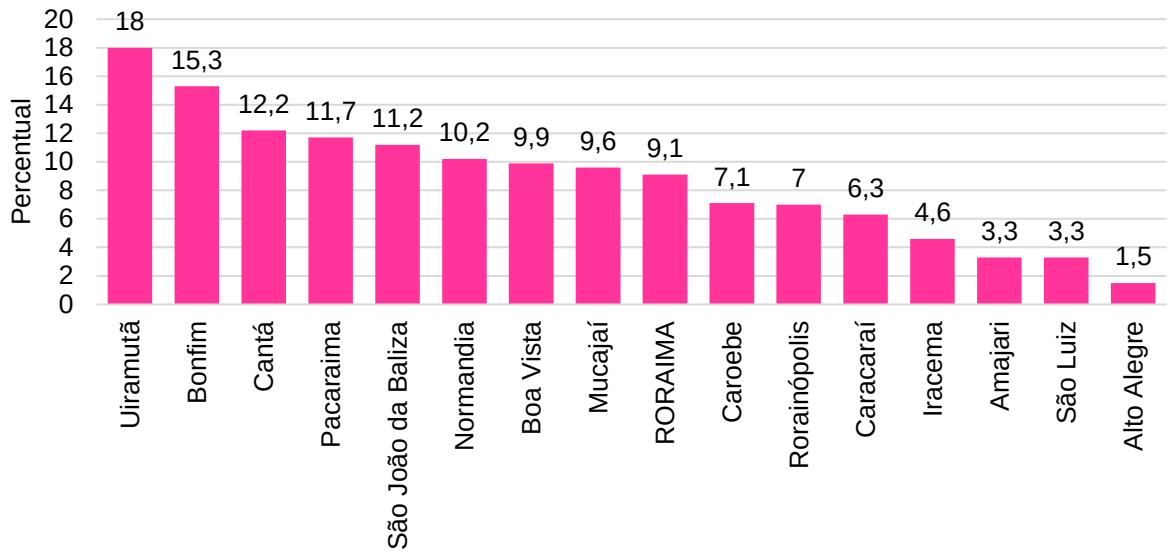
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O município de Uiramutã registra a maior taxa de prematuridade do estado, com 18,0% dos partos ocorrendo antes do tempo ideal (193 de 1.073). Índices preocupantes também foram documentados em Bonfim (15,3%) e Cantá (12,2%), ficando significativamente acima da média estadual (9,1%). Alto Alegre e Amajari, apesar de liderarem isoladamente os índices de baixa assistência no pré-natal e baixa escolaridade, Alto Alegre (1,5%) e Amajari (3,3%) registram as menores taxas de prematuridade do estado. Nessas localidades, quase a totalidade dos partos ocorre a termo (97,9% e 95,9%, respectivamente), indicando que outros fatores (biológicos, ambientais ou de registro) blindam a duração gestacional dessas populações. O município de Boa Vista concentra mais da metade de todos os partos prematuros do estado (700 dos 1.358 casos absolutos). Proporcionalmente, a capital apresenta uma

taxa de 9,9% de prematuridade, ligeiramente acima da média geral de Roraima (Figura 39). Os partos pós-termo encontram sua maior prevalência proporcional nos municípios de Normandia (6,1%), Rorainópolis (4,6%), São João da Baliza (4,6%) e Bonfim (4,5%), embora permaneçam controlados no restante do território (Tabela 32 e Figura 38).

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 relevante 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).

Figura 39. Percentual de nascidos vivos prematuros segundo o município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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).

Tabela 34. Número e percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e a escolridada da mãe, Roraima, 2025

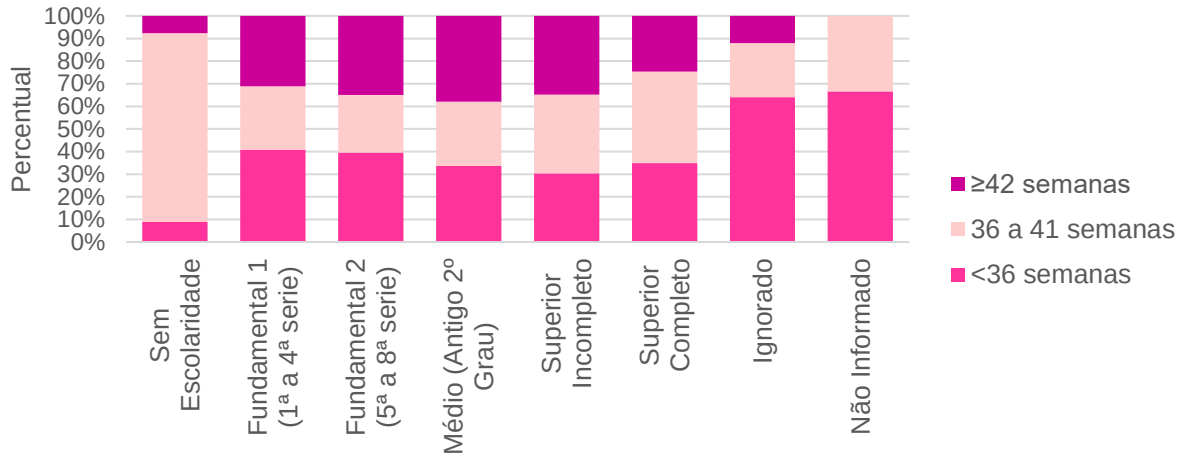
Escolaridade	<36 semanas		36 a 41 semanas		≥42 semanas		Não informado	Total
	N	%	N	%	N	%		
Sem Escolaridade	29	2,1	2.610	19,8	7	1,8	1	2.647
Fundamental 1 (1ª a 4ª serie)	57	4,2	382	2,9	12	3,2	0	451
Fundamental 2 (5ª a 8ª serie)	312	23	1.948	14,8	77	20,3	3	2.340
Médio (Antigo 2º Grau)	777	57,2	6.391	48,4	245	64,6	3	7.416
Superior Incompleto	47	3,5	525	4	15	4	0	587
Superior Completo	111	8,2	1.260	9,5	22	5,8	1	1.394
Ignorado	22	1,6	78	0,6	1	0,3	1	102
Não Informado	3	0,2	7	0,1	0	0	0	10
Total	1.358	100	13.201	100	379	100	9	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O maior volume e proporção de partos prematuros concentram-se em mães com ensino médio (57,2%) e ensino fundamental 2 (23,0%). Juntos, esses dois extratos educacionais respondem por 80,2% de todos os nascimentos prematuros do estado (1.089 dos 1.358 casos). Enquanto as mães sem escolaridade representam uma parcela expressiva do total do estado (2.647 nascimentos), elas respondem por apenas 2,1% dos partos prematuros (29 casos). Em contrapartida, 19,8% de todos os partos a termo (36 a 41 semanas) ocorreram nesse grupo sem instrução. Este dado explica perfeitamente por que municípios como Alto Alegre e Amajari (com massiva população de mães indígenas, sem escolaridade e sem pré-natal) registram taxas baixíssimas de prematuridade. O tempo gestacional prolongado ou a termo parece estar associado a fatores biológicos ou de estilo de vida comunitário que contrabalancem a falta de assistência médica tradicional (Tabela 34 e Figura 40).

As mães com ensino superior completo apresentam uma distribuição equilibrada, respondem por 8,2% dos partos prematuros e 9,5% dos partos a termo, refletindo um padrão assistencial urbano onde as interrupções precócias ocorrem predominantemente por indicações clínicas precisas de parto planejado/induzido na capital. O ensino médio também lidera de forma absoluta as gestações prolongadas, acumulando 64,6% das ocorrências estaduais.

Figura 40. Percentual de nascidos vivos segundo a duração da gestação e a escolaridade da mãe, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.6.3 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.

Tabela 35. Número e percentual de nascidos vivos segundo o tipo de gravidez e ano, Roraima, 2015 a 2024

Ano	Única		Dupla		Tripla e+		Não informado	Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%			
2016	11.179	98,2	193	1,7	6	0,1	2	1	11.381
2017	11.579	98,5	173	1,5	2	0,0	0	1	11.755
2018	12.526	98,4	207	1,6	0	0,0	0	0	12.733
2019	14.446	98,6	199	1,4	12	0,1	0	0	14.657
2020	13.513	98,1	252	1,8	4	0,0	0	1	13.770
2021	13.672	98,3	226	1,6	6	0,0	3	0	13.907
2022	12.893	98,4	203	1,5	3	0,0	0	0	13.099
2023	12.756	98,0	251	1,9	9	0,1	0	0	13.016
2024	11.884	98,3	196	1,6	12	0,1	0	0	12.092
2025	14.716	98,5	225	1,5	6	0,0	0	0	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

As gestações de apenas um feto representam a esmagadora maioria dos

nascimentos no estado, flutuando de forma muito estável entre 98,0% (mínima em 2023) e 98,6% (máxima em 2019). O ano de 2025 encerrou a série registrando 98,5% do total (14.716 nascidos vivos). Os nascimentos resultantes de gravidezes gemelares mantiveram uma taxa linear ao longo de toda a década, orbitando sempre na faixa entre 1,4% e 1,9%. O maior volume absoluto ocorreu em 2020 (252 nascidos), e o ano de 2025 fechou com 225 nascidos vivos (1,5%). As ocorrências de gestações de alta ordem múltipla são raras e residuais no estado. Elas mantiveram-se estatisticamente em 0,0% ou 0,1% em todos os anos. Os picos em números absolutos ocorreram nos anos de 2019 e 2024, ambos registrando 12 nascidos vivos decorrentes desse tipo de gravidez. O número de dados não informados ou ignorados foi zerado nos últimos quatro anos da série (2022-2025), o que demonstra o aprimoramento contínuo das equipes de saúde no preenchimento das declarações de nascidos vivos no Sinasc (Tabela 35).

Tabela 36. Número e percentual de nascidos vivos segundo o tipo de parto e ano, Roraima, 2016 a 2025

Ano	Vaginal		Cesário		Ignorado	Total
	N	%	N	%		
2016	7.124	62,6	4.257	37,4	0	11.381
2017	7.429	63,2	4.324	36,8	2	11.755
2018	7.966	62,6	4.766	37,4	1	12.733
2019	9.584	65,4	5.073	34,6	0	14.657
2020	8.984	65,2	4.786	34,8	0	13.770
2021	9.367	67,4	4.540	32,6	0	13.907
2022	8.505	64,9	4.594	35,1	0	13.099
2023	8.045	61,8	4.970	38,2	1	13.016
2024	7.316	60,5	4.775	39,5	1	12.092
2025	9.868	66,0	5.079	34,0	0	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

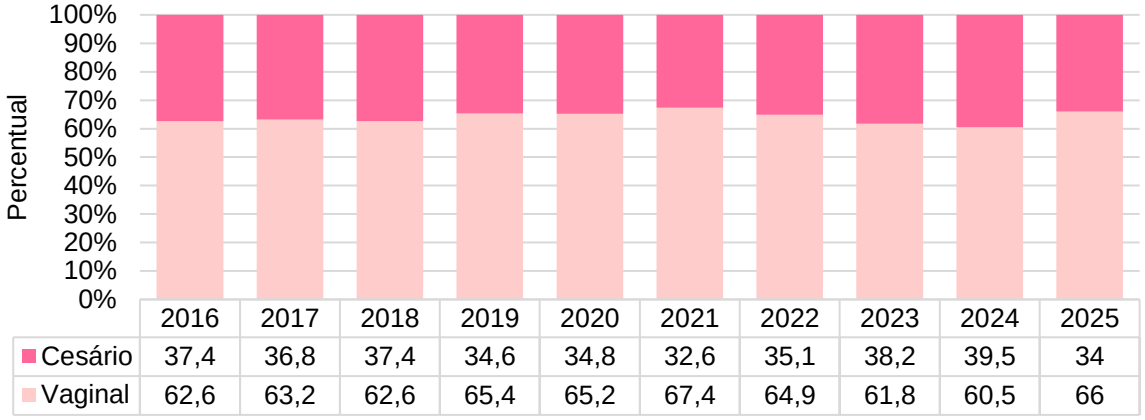
Uma ampla pesquisa internacional publicada no periódico científico *Human Reproduction* (Oxford University Press), que analisou milhões de nascimentos pelo mundo, aponta que mais da metade (60%) dos gêmeos e quase a totalidade dos trigêmeos, quadrigêmeos ou mais nascem por parto prematuro, demandando cuidados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Além disso, vários estudos apontam que a gravidez gemelar 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.

Gestações múltiplas requerem 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 é maior, exigindo maior número de leitos hospitalares, equipamentos e profissionais qualificados.

A 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.

Figura 41. Número e percentual de nascidos vivos por tipo de parto e ano, Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Cesário	37,4	36,8	37,4	34,6	34,8	32,6	35,1	38,2	39,5	34
Vaginal	62,6	63,2	62,6	65,4	65,2	67,4	64,9	61,8	60,5	66

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito 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. Em Roraima, o parto normal manteve-se como a principal via de nascimento durante todo o período, oscilando entre 60,5% (mínima em 2024) e 67,4% (máxima em 2021). No último ano da série (2025), registrou uma forte retomada, alcançando 66,0% de todos os nascimentos do estado (9.868 partos) (Tabela 36 e Figura 41).

As taxas de parto cesáreo mantiveram-se na faixa dos 32% aos 39%. O indicador registrou uma tendência de alta na segunda metade da década, atingindo o seu pico em 2024 com 39,5%. Em 2025, contudo, o índice recuou de forma significativa para 34,0%, aproximando-se do menor patamar histórico da década estudada. Este perfil majoritariamente de partos vaginais está fortemente associado (como visto nas tabelas anteriores) à expressiva proporção de mães indígenas, residentes no interior profundo (como Alto Alegre e Uiramutã) e com menor escolaridade formal, grupos populacionais que

tradicionalmente evoluem para o parto normal comunitário ou hospitalar. A variável "Ignorado" foi nula na maioria dos anos e totalmente controlada, validando a alta confiabilidade dos registros do Sinasc em Roraima.

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, consequentemente, os casos de violência obstétrica (Estadão, 2020).

O parto vaginal atinge taxas quase absolutas nas regiões com maior população indígena, enquanto a via cesárea predomina nos municípios do Sul e ganha forte representatividade na capital. Nos municípios com forte presença de comunidades tradicionais, o parto normal é a realidade de quase totalidade das mulheres. O caso mais extremo é Alto Alegre, com 94,9% de partos vaginais (1.660 de 1.750). Índices semelhantes e massivos ocorrem em Uiramutã (90,2%) e Amajari (89,7%). Como visto anteriormente, esses mesmos locais registram baixíssima escolaridade e grave desassistência no pré-natal, operando sob um modelo de nascimento fortemente

natural/comunitário (Tabela 37 e Figura 42).

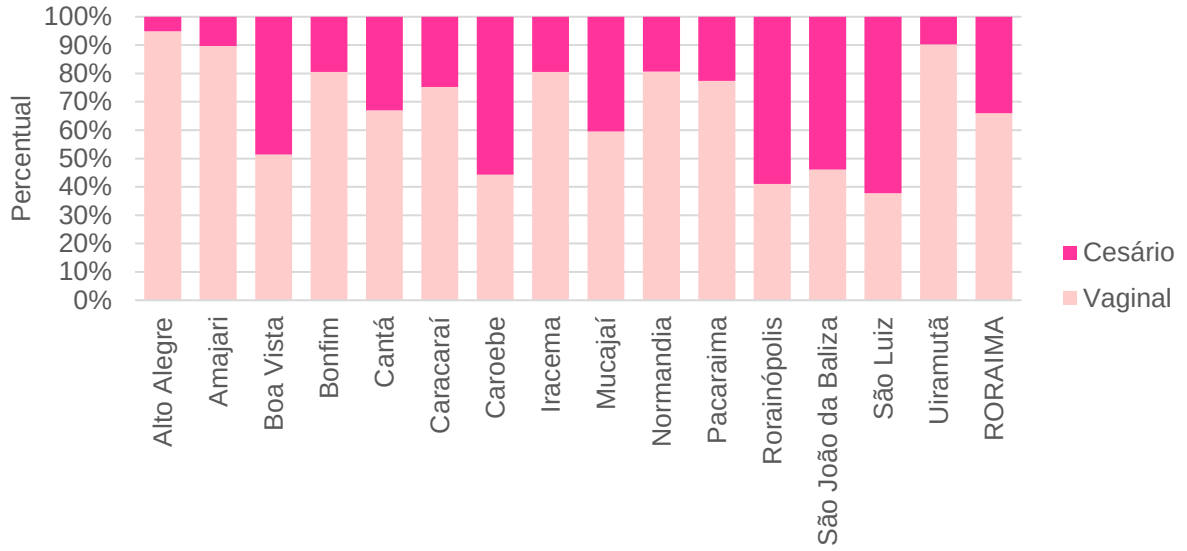
Tabela 37. Número e percentual de nascidos vivos segundo o tipo de parto e município de residência, Roraima, 2025

Município	Vaginal		Cesário		Total
	N	%	N	%	
Alto Alegre	1.660	94,9	90	5,1	1.750
Amajari	805	89,7	92	10,3	897
Boa Vista	3.635	51,4	3.434	48,6	7.069
Bonfim	467	80,5	113	19,5	580
Cantá	280	67	138	33	418
Caracaraí	322	75,2	106	24,8	428
Caroebe	93	44,3	117	55,7	210
Iracema	210	80,5	51	19,5	261
Mucajaí	198	59,5	135	40,5	333
Normandia	491	80,6	118	19,4	609
Pacaraima	411	77,4	120	22,6	531
Rorainópolis	224	41	322	59	546
São João da Baliza	70	46,1	82	53,9	152
São Luiz	34	37,8	56	62,2	90
Uiramutã	968	90,2	105	9,8	1.073
Total	9.868	66	5.079	34	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Em contraste, a região Sul do estado apresenta taxas de cesárea muito elevadas, superando o teto biológico recomendado e a própria média estadual. O município de São Luiz lidera com 62,2% de partos cesáreos, seguido por Rorainópolis (59,0%), Caroebe (55,7%) e São João da Baliza (53,9%). Nessas localidades, o modelo cirúrgico tornou-se a principal via de nascimento. A capital apresenta o cenário mais equilibrado e, ao mesmo tempo, reflexo do modelo assistencial urbano de alta complexidade. Boa Vista registrou 51,4% de partos vaginais contra 48,6% de cesárias, dividindo a população de mães quase que igualmente entre as duas vias. Em números absolutos, a capital concentra 67,6% de todas as cesárias realizadas no estado (3.434 de um total de 5.079). Municípios como Cantá (33,0% de cesáreas) e Mucajaí (40,5% de cesáreas) refletem um perfil de transição, sofrendo influência tanto da proximidade com a capital quanto de suas próprias dinâmicas assistenciais locais.

Figura 42. Percentual de nascidos vivos segundo o tipo de parto e município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.7 REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO

2.7.1 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.

Tabela 38. Número e percentual de nascidos vivos segundo o sexo ao nascimento e ano, Roraima, 2016 a 2025

Ano	Masculino		Feminino		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	
2016	5.390	52,3	4.924	47,7	0	0,0	10.314
2017	5.581	51,5	5.246	48,5	0	0,0	10.827
2018	6.343	52,1	5.836	47,9	2	0,0	12.181
2019	6.726	50,2	6.668	49,8	1	0,0	13.395
2020	6.484	51,6	6.086	48,4	1	0,0	12.571
2021	6.496	51,0	6.233	49,0	3	0,0	12.732
2022	6.084	50,6	5.947	49,4	0	0,0	12.031
2023	6.723	51,7	6.291	48,3	2	0,0	13.016
2024	5.577	51,2	5.311	48,8	2	0,0	10.890
2025	5.927	52,0	5.464	48,0	1	0,0	11.392

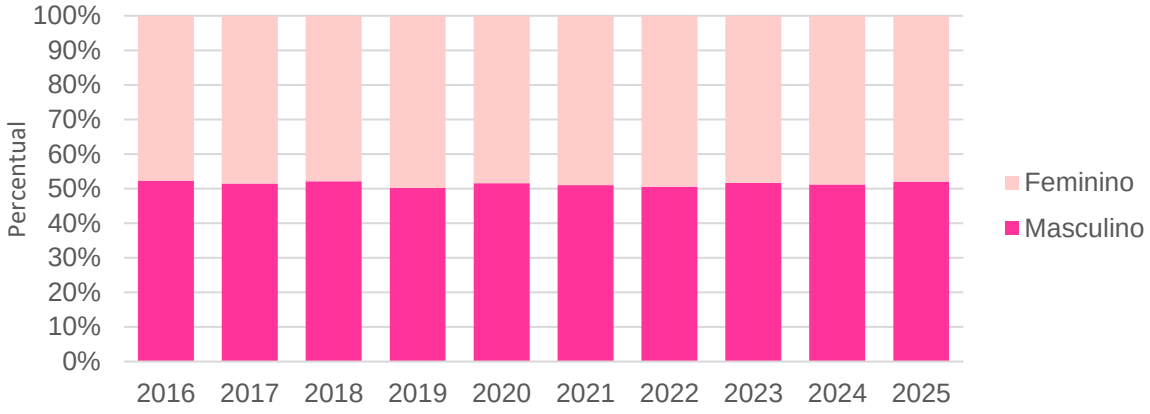
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Em consonância com a razão de sexo ao nascer observada globalmente, os meninos representaram a maioria em todos os anos da série histórica. O indicador flutuou em uma faixa muito estreita, entre 50,2% (mínima em 2019) e 52,3% (máxima em 2016), encerrando o ano de 2025 em 52,0% (5.927 nascimentos) (Tabela 38 e Figura 43).

Os nascimentos de meninas mantiveram-se igualmente estáveis e lineares ao longo de toda a década estudada. A participação do sexo feminino variou entre 47,7% (2016) e 49,8% (2019), fechando o último ano avaliado (2025) em 48,0% (5.464 nascimentos).

A ocorrência de registros com sexo "Ignorado" (frequentemente associada a casos de ambiguidade genital ou preenchimento incompleto na declaração de nascido vivo) permaneceu estatisticamente nula em todo o período, oscilando entre zero e três casos absolutos por ano. Isso reforça a excelente qualidade e precisão do preenchimento dessa variável no Sinasc/Roraima.

Figura 43. Percentual de nascidos vivos segundo o sexo ao nascimento e ano, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

2.7.2 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).

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, 2024a). 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).

O percentual de baixo peso ao nascer registrou um crescimento constante e preocupante a cada ano. Ele saltou de 8,9% em 2016 para seu ápice histórico de 11,0% em 2025 (representando 1.647 recém-nascidos). Em números absolutos, o volume de bebês nascidos com baixo peso aumentou 62,9% no período. O peso ao nascer considerado ideal concentrou a grande maioria dos nascimentos, mantendo uma relativa estabilidade com leve viés de queda, variando de 86,5% (2019) para 84,9% (2025). Os casos de bebês nascidos com peso de ≥4.000g (macrosômicos) apresentaram um declínio progressivo ao longo dos dez anos, recuando de 5,7% em 2016 para 4,1% em 2025 (Tabela 39 e Figura 44).

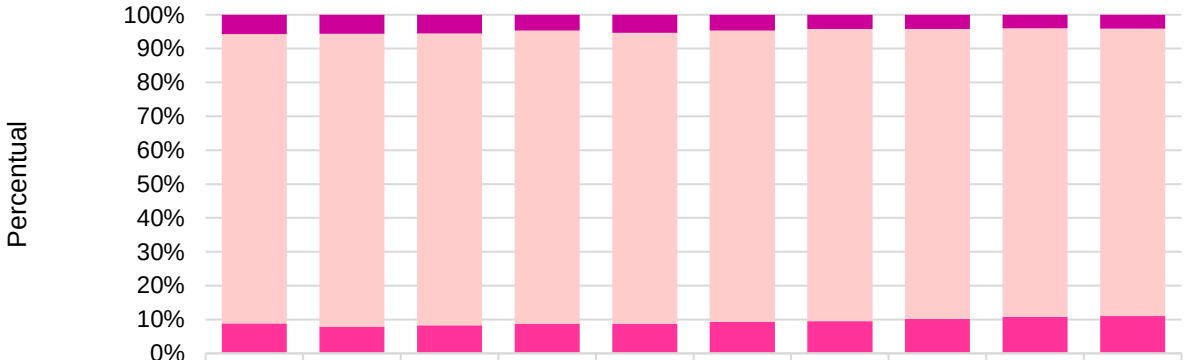
Tabela 39. Número e percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e ano, Roraima, 2016 a 2025

Ano	<2.500g		2.500 a 3.999g		≥4.000g		ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%		
2016	1.011	8,9	9.716	85,4	651	5,7	3	11.381
2017	934	7,9	10.157	86,4	661	5,6	3	11.755
2018	1.053	8,3	10.976	86,2	701	5,5	3	12.733
2019	1.286	8,8	12.672	86,5	694	4,7	5	14.657
2020	1.209	8,8	11.830	85,9	731	5,3	0	13.770
2021	1.288	9,3	11.970	86,1	648	4,7	1	13.907
2022	1.241	9,5	11.304	86,3	553	4,2	1	13.099
2023	1.334	10,2	11.135	85,5	547	4,2	0	13.016
2024	1.310	10,8	10.303	85,2	479	4	0	12.092
2025	1.647	11,0	12.685	84,9	612	4,1	3	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Este aumento expressivo do baixo peso no estado (especialmente o salto em 2025) converge diretamente com o comportamento de três fatores críticos analisados anteriormente: a explosão de nascimentos na população indígena, as altas taxas de nenhuma consulta de pré-natal em municípios como Alto Alegre e Amajari, e o perfil de mães sem escolaridade. Essa concomitância de indicadores sugere uma forte associação epidemiológica entre a desassistência social/sanitária e o desfecho clínico do recém-nascido.

Figura 44. Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e ano, Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
≥4.000g	5,7	5,6	5,5	4,7	5,3	4,7	4,2	4,2	4	4,1
2.500 a 3.999g	85,4	86,4	86,2	86,5	85,9	86,1	86,3	85,5	85,2	84,9
<2.500g	8,9	7,9	8,3	8,8	8,8	9,3	9,5	10,2	10,8	11

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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).

Em Roriama, 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).

O município de Amajari apresenta o cenário mais grave do estado, com 24,7% (quase 1 a cada 4) de seus recém-nascidos abaixo do peso ideal. Índices alarmantes também foram registrados em Iracema (18,8%) e Alto Alegre (18,5%). Esses três municípios superam drasticamente a média estadual (11,0%). Ao cruzar os dados anteriores, nota-se que Amajari, Alto Alegre e Iracema são exatamente os mesmos municípios que lideram os *rankings* de mães indígenas, nenhuma consulta de pré-natal e ausência de escolaridade formal. A concomitância desses fatores reforça a hipótese de que a vulnerabilidade social e a falta de assistência médica se materializam

diretamente na restrição de peso do recém-nascido (Tabela 40 e Figura 45).

Tabela 40. Número e percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e município de residência, Roraima, 2025

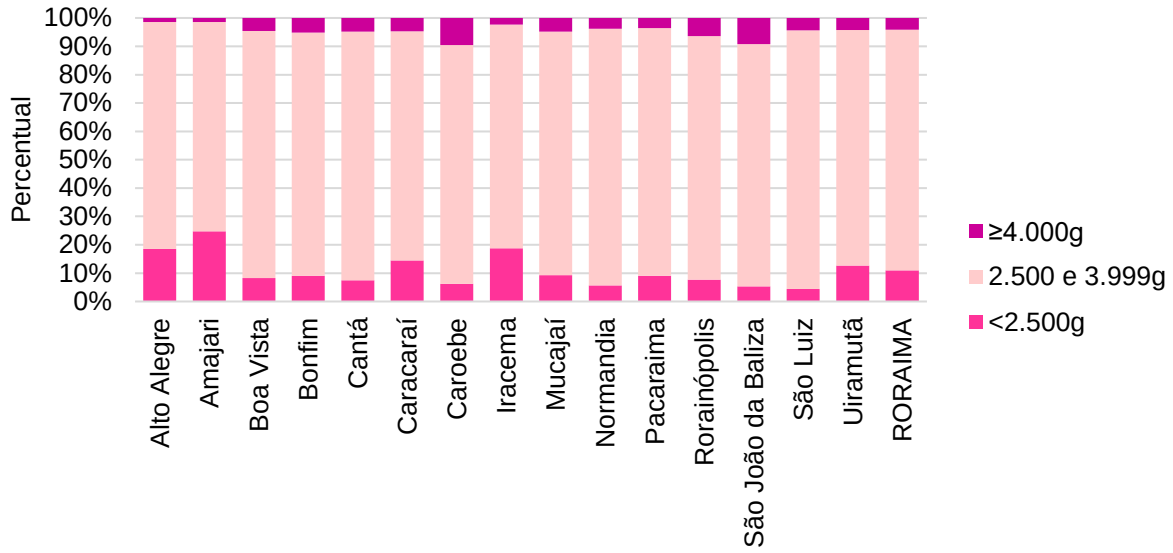
Município	<2.500g		2.500 e 3.999g		≥4.000g		Ignorado	Total
	N	%	N	%	N	%		
Alto Alegre	324	18,5	1.400	80	25	1,4	1	1.750
Amajari	222	24,7	662	73,8	13	1,4	0	897
Boa Vista	589	8,3	6.158	87,1	322	4,6	0	7.069
Bonfim	53	9,1	497	85,7	30	5,2	0	580
Cantá	31	7,4	365	87,3	20	4,8	2	418
Caracaraí	62	14,5	346	80,8	20	4,7	0	428
Caroebe	13	6,2	177	84,3	20	9,5	0	210
Iracema	49	18,8	206	78,9	6	2,3	0	261
Mucajaí	31	9,3	286	85,9	16	4,8	0	333
Normandia	35	5,7	551	90,5	23	3,8	0	609
Pacaraima	48	9	464	87,4	19	3,6	0	531
Rorainópolis	42	7,7	469	85,9	35	6,4	0	546
São João da Baliza	8	5,3	130	85,5	14	9,2	0	152
São Luiz	4	4,4	82	91,1	4	4,4	0	90
Uiramutã	136	12,7	892	83,1	45	4,2	0	1.073
Total	1.647	11	12.685	84,9	612	4,1	3	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Apesar de possuir 98,5% de população indígena, Uiramutã registrou uma taxa de baixo peso de 12,7%, muito menor do que Amajari e Alto Alegre. Isso converge com o fato de que Uiramutã possui uma rede de escolas e alfabetização consolidada há décadas, além de uma taxa de "nenhuma consulta" muito baixa (2,8%), mostrando que a estruturação local atenua os desfechos clínicos negativos. O município de Boa Vista concentra 35,7% dos casos de baixo peso do estado (589 dos 1.647). Contudo, devido ao grande volume de partos locais, a taxa proporcional da capital é de 8,3%, ficando abaixo da média do estado e refletindo o maior acesso à rede de atenção básica e pré-natal de alta frequência (7 ou mais consultas). Os municípios de São Luiz (4,4%), São João da Baliza (5,3%) e Caroebe (6,2%) mantêm os menores índices de baixo peso ao nascer em Roraima, alinhados aos seus altos índices de escolaridade de nível médio e excelente cobertura assistencial de pré-natal. Os nascimentos de bebês com macrosomia (≥4.000g) encontraram suas maiores proporções em Caroebe (9,5%) e São João da Baliza (9,2%), o que costuma estar associado a perfis nutricionais

maternos específicos ou diabetes gestacional.

Figura 45. Percentual de nascidos vivos segundo o peso ao nascer e ano, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

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).

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.

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.

2.7.3 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, no 1º e no 5º minutos de vida, e tem por objetivo identificar rapidamente bebês que precisam de assistência médica imediata, como suporte respiratório ou reanimação. Ela avalia cinco sinais vitais: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, reflexos e cor da pele, cada um recebendo uma pontuação de 0 a 2. Apgar entre 8 e 10 refletem boas condições de saúde no nascimento, o oposto ocorre com Apgar menor que 7.

No período de 2016 a 2025 a grande maioria dos recém-nascidos apresenta Apgar de 8 a 10 no primeiro minuto, indicando boa adaptação extrauterina na maior parte da série histórica (geralmente acima de 80%).O ano de 2025 destoa drasticamente dos anteriores. O percentual de Apgar 8 a 10 despencou para 66,9% devido a um apagão de dados: houve 3.818 registros não informados (cerca de 25,5% do total de nascidos). O Apgar de 0 a 3 (Asfixia neonatal grave) manteve-se estável e baixa ao longo da década, oscilando entre 1,3% e 2,0%, registrando uma melhora nos anos mais recentes (2024 e 2025) para patamares abaixo de 1%. E o Apgar de 4 a 7 (Asfixia moderada) mostrou estabilidade, flutuando de forma controlada entre 5,5% e 7,1% no período analítico (Tabela 41). No estado do Ceará, cerca de 90% dos bebês nascem em ótimas condições, com nota geral de 8 a 10 (Vanconcelos, 2023).

Tabela 41. Percentual de nascidos vivos segundo Apgar no 1º minuto de vida e ano, Roraima, 2016 a 2025

Ano	0 a 3		4 a 7		8 a 10		Ignorado	Não informado	Total
	N	%	N	%	N	%			
2016	175	1,5	788	6,9	9.254	81,3	2	1.162	11.381
2017	190	1,6	650	5,5	9.910	84,3	0	1.005	11.755
2018	209	1,6	707	5,6	11.133	87,4	0	684	12.733
2019	264	1,8	852	5,8	12.141	82,8	0	1.400	14.657
2020	264	1,9	975	7,1	11.049	80,2	0	1.482	13.770
2021	282	2,0	954	6,9	11.195	80,5	1	1.475	13.907
2022	201	1,5	886	6,8	10.668	81,4	0	1.344	13.099
2023	164	1,3	805	6,2	10.800	83,0	0	1.247	13.016
2024	86	0,7	817	6,8	9.771	80,8	0	1.418	12.092
2025	114	0,8	1.018	6,8	9.997	66,9	0	3.818	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Tabela 42. Percentual de nascidos vivos segundo Apgar no 5º minuto de vida e ano, Roraima, 2016 a 2025

Ano	0 a 3		4 a 7		8 a 10		Ignorado	Não informado	Total
	N	%	N	%	N	%			
2016	149	1,3	93	0,8	9.975	87,6	1	1.163	11.381
2017	153	1,3	107	0,9	10.494	89,3	0	1.001	11.755
2018	188	1,5	130	1,0	11.731	92,1	0	684	12.733
2019	213	1,5	157	1,1	12.893	88,0	0	1.394	14.657
2020	208	1,5	167	1,2	11.907	86,5	0	1.488	13.770
2021	230	1,7	163	1,2	12.035	86,5	1	1.478	13.907
2022	174	1,3	146	1,1	11.435	87,3	0	1.344	13.099
2023	132	1,0	161	1,2	11.478	88,2	0	1.245	13.016
2024	88	0,7	123	1,0	10.461	86,5	0	1.420	12.092
2025	94	0,6	151	1,0	10.879	72,8	0	3.823	14.947

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

A grande maioria dos recém-nascidos atinge o Apgar ideal, 8 a 10 no 5º minuto, mantendo-se historicamente estável entre 86% e 92%. Houve uma queda progressiva e consistente na taxa de asfixia grave (Apgar de 0 a 3), que recuou de 1,3% em 2016 para apenas 0,6% em 2025. E estabilidade na asfixia moderada com o Apgar de 4 a 7 mantendo-se baixos e controlados ao longo de toda a década, oscilando estritamente entre 0,8% e 1,2%. Em 2025, o percentual de Apgar 8 a 10 cai artificialmente para 72,8% devido ao alto volume de registros não informados (3.823 casos), repetindo o problema crônico visto no 1º minuto (Tabela 42).

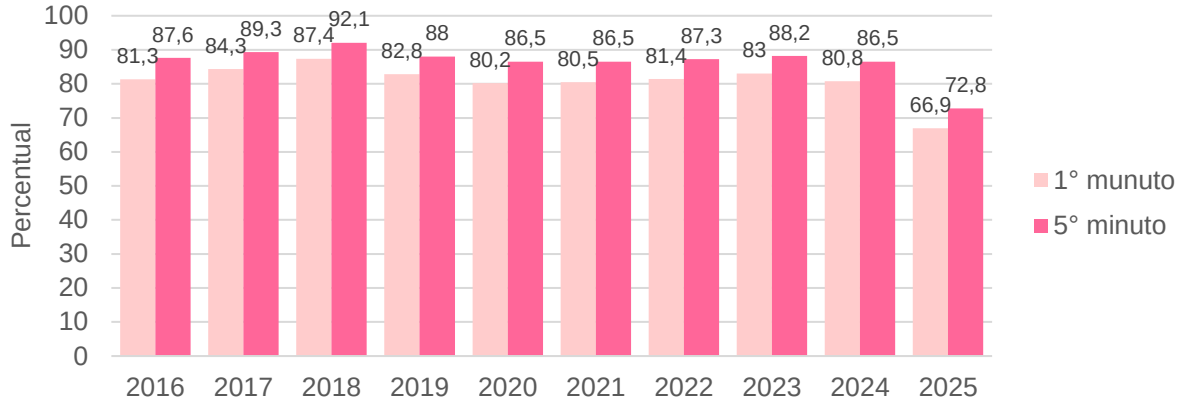
Tabela 43 . Número e percentual de nascidos vivos com Apgar no 5º minuto de vida não informado em indígenas, Roraima, 2016 a 2025

Ano	Não informado total do estado	Não informado em indígena	% não informado em indígena
2016	1.163	1.120	96,3
2017	1.001	968	96,7
2018	684	640	93,6
2019	1.394	1.335	95,8
2020	1.488	1.456	97,8
2021	1.478	1.424	96,3
2022	1.344	1.271	94,6
2023	1.245	1.146	92,0
2024	1.420	1.319	92,9
2025	3.823	3.725	97,4

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

A quase totalidade dos dados não informados de Apgar 5º minuto de vida pertence a nascidos vivos indígenas. Em toda a série histórica, o percentual de "Não informados" nessa população ficou sempre acima de 92% em relação ao total do estado [2016 a 2025]. Trata-se de um problema persistente pois não há flutuação significativa que indique melhora ao longo da década. O menor índice registrado foi em 2023 (92,0%), mas o cenário voltou a piorar drasticamente nos anos seguintes (Tabela 43).

Figura 46. Percentual de nascidos vivos segundo Apgar 8 a 10 no 1° e 5º minutos de vida e ano, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O comparativo de tendências do Apgar no: 1º minuto e. 5º minuto confirmam que a maioria dos bebês que nascem com alguma depressão respiratória leve ou moderada consegue se recuperar após os primeiros procedimentos de reanimação na sala de parto. Entretanto, a análise combinada revela um cenário de duas realidades distintas no estado. Esse sucesso clínico, demostrando que a infraestrutura hospitalar e as manobras de reanimação imediata funcionam bem, garantindo a recuperação rápida da maioria dos bebês que nascem com dificuldades (redução drástica da faixa de 4 a 7), mas há uma perda de dados em 2025 (3.818 nos 1º minutos e 3.823 nos 5º minutos) que inviabiliza determinar se a saúde dos bebês indígenas piorou ou se os serviços de saúde na floresta apenas pararam de preencher o formulário. Dado o histórico de vulnerabilidade desses territórios, a ausência de informação impede o direcionamento correto de UTIs neonatais e insumos de reanimação (Figura 46).

2.7.4 Anomalias congênitas

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, 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, 2018b; Brasil, 2025b). Com isso o Sinasc é o sistema utilizado para o monitoramento da ocorrência de anomalias congênitas.

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, 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, e de 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 SUS (Brasil, 2024b).

Desse modo, foram elencados oito grupos de anomalias congênitas presentes no Capítulo XVII da CID-10: Defeitos de tubo neural (Q00, Q01, Q05); Microcefalia (Q02); Cardiopatias congênitas (Q20 a Q28); Fendas orais (Q35 a Q37); Anomalias de órgãos genitais (Q54 e Q56); Defeitos de membros (Q66, Q69, Q71 a Q73 e Q74.3); Defeitos de parede abdominal (Q79.2 e Q79.3); e Síndrome de Down (Q90) (Brasil, 2025b).

A vigilância da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika (SCZ), implantada em Roraima desde 2016, incluir a notificação de microcefalia, calcificações intracranianas, ventriculomegalia, hidrocefalia, atrofia cerebral, entre outras anomalias cerebrais e alterações oculares, auditivas e neuropsicomotoras e o sistema utilizado para a notificação e investigação dos casos é o Registro de Eventos em Saúde Pública (RESPMicrocefalia) (Brasil, 2025a,b).

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 (Roraima, 2022).

Em 2024, foi publicada a Nota Técnica Conjunta Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS, de 31/08/2024, que dispõe sobre as orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais constam as situações que devem ser notificadas e investigadas. Os principais achados clínicos e de imagem possivelmente relacionados à infecção por arbovírus durante o pré-natal inclueme Alterações do sistema nervoso: Microcefalia, ventriculomegalia, alteração de corpo caloso, hopoplasia do córtex, além de outras alterações: Alteração do volume amniótico (polidrâmnio), artogripose, e retardo do crescimento intrauterino (Brasil, 2024b). Nesse mesmo ano, 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.

Na análise dos dados de nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento no estado (2016 a 2025) observamos um aumento gradual entre 2016 e 2024. A prevalência notificada de anomalias congênitas vinha em um crescimento lento e progressivo, subindo de 0,6% (72 casos) em 2016 para 1,4% (167 casos) em 2024. Esse movimento costuma estar associado à melhoria do rastreio pré-natal e à maior sensibilidade das equipes de saúde no diagnóstico ao nascer. O ano de 2025 apresenta uma quebra abrupta e massiva no padrão epidemiológico. O número de casos confirmados saltou para 1.015, atingindo impressionantes 6,8% do total de nascidos vivos. Diferente dos anos anteriores, onde identificamos dados não informados, em 2025 houve o oposto para esta variável: o preenchimento foi quase total (apenas 8 não informados e 26 ignorados), mas com um registro massivo na resposta "Sim" (Tabela 44).

A principal hipótese para explicar esse salto de quase 500% nos casos em relação ao ano anterior. A intensificação do trabalho pela vigilância epidemiológica de Boa Vista após a implementação pelo Ministério da Saúde de guias técnicos e portarias institucionais, contendo uma lista de anomalias congênitas prioritárias para vigilância ao nascimento (focada em defeitos estruturais maiores, facilmente identificáveis na sala

de parto, como fendas orofaciais, defeitos do tubo neural e anomalias de membros). Antes dessa padronização, muitas anomalias leves ou mesmo algumas graves podiam ter deixado de ser anotadas no bloco descritivo da declaração de nascido vivo por falta de clareza das equipes sobre o que deveria ser reportado. Com uma lista explícita e o treinamento das maternidades em Boa Vista (que centraliza a esmagadora maioria dos partos do estado).

Tabela 44. Número e percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento. Roraima, 2016 a 2025

Ano	Sim		Não		Ignorado		Não informado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
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	167	1,4	11.909	98,5	8	0,1	8	0,1	12.092
2025	1.015	6,8	13.898	93,0	26	0,2	8	0,1	14.947

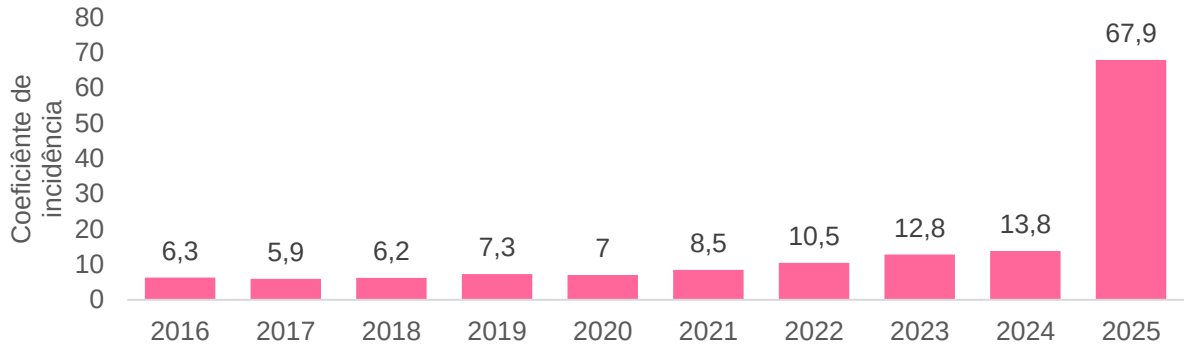
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Entretanto, há uma hipótese de saúde pública (como a introdução de um agente teratogênico ou surto infeccioso), embora um salto dessa magnitude (de 1,4% para 6,8% de todas as crianças nascidas no estado) seja estatisticamente improvável sem um colapso sanitário explícito. Até o momento, desconhecemos a realização de estudo que busque a identificação das causas e o aumento das anomalias congênitas no estado.

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. Entretanto, muitos tipos de anomalias são potencialmente preveníveis, desde que haja atuação oportuna em nível individual e

coletivo.

Figura 47. Coeficiente de incidência nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento (por 1.000 nascidos vivos), Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

Ao unificar os dados de incidência com a tabela anterior, há uma evidência científica sólida: o salto de 167 casos (1,4%) em 2024 para 1.015 casos (6,8%) em 2025 resulta em um coeficiente de 67,9 por 1.000. Na literatura de saúde pública, um salto dessa magnitude após a introdução de uma lista nacional de prioridades é considerado um indicador de sucesso e eficiência da vigilância local em reduzir o vácuo de informação histórica (Figura 47).

A distribuição percentual das anomalias congênitas no estado segundo a raça/cor da mãe manteve-se incrivelmente estável ao longo de toda a década, mesmo com a explosão do número absoluto de casos de 167 para 1.015 em 2025. As mães pardas continuam representando a ampla maioria dos casos (63,9% em 2025), perfeitamente alinhadas com a média histórica do período (que flutuou entre 51,9% e 67,9%), as mães indígenas mantiveram-se em 20,8% dos casos em 2025. Ao longo da década, essa proporção sempre orbitou entre 19,7% e 32,2%, provando que o volume de registros subiu na mesma proporção para a população indígena inserida na rede hospitalar, e as mães brancas (11,6%) e pretas (3,5%) seguem o mesmo padrão de estabilidade proporcional dentro da série histórica (Tabela 45).

Isso demosntra que a intensificação da vigilância proposta pelo Ministério da Saúde e executada por Boa Vista teve impacto direto sobre os indígenas urbanos ou que migraram para partos na rede hospitalar da capital (Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, por exemplo). Na estrutura hospitalar centralizada, o protocolo de busca ativa de anomalias funcionou perfeitamente para todas as etnias.

Tabela 45. Comparação do percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas ao nascimento segundo a raça/cor da mãe, Roraima, 2016 a 2025

Ano	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2016	7	9,7	1	1,4	0	0,0	48	66,7	16	22,2	0	72
2017	7	10,1	1	1,4	0	0,0	44	63,8	17	24,6	0	69
2018	10	12,7	3	3,8	0	0,0	41	51,9	24	30,4	1	79
2019	12	11,2	5	4,7	0	0,0	63	58,9	27	25,2	0	107
2020	14	14,4	2	2,1	0	0,0	56	57,7	25	25,8	0	97
2021	9	7,6	3	2,5	0	0,0	66	55,9	38	32,2	2	118
2022	13	9,5	3	2,2	1	0,7	93	67,9	27	19,7	0	137
2023	17	10,2	7	4,2	0	0,0	103	61,7	40	24,0	0	167
2024	19	11,4	2	1,2	0	0,0	100	59,9	46	27,5	0	167
2025	118	11,6	36	3,5	1	0,1	649	63,9	211	20,8	0	1.015

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, que fica em Boa Vista, foi o epicentro absoluto da mudança de comportamento na vigilância, concentrando sozinho 96,6% de todos os casos de anomalias detectadas no estado entre 2021 e 2025. Enquanto a capital implementou o protocolo de triagem e busca ativa com rigor, os estabelecimentos do interior mantiveram o padrão histórico de notificação crônica. O Hospital Regional Sul em Rorainópolis, segundo maior do estado, registrou apenas 9 casos em 2025 (1,9% do total acumulado). Os demais hospitais e unidades mistas do interior mantiveram registros residuais (entre 0 e 3 casos), mostrando que a nova diretriz de rastreamento de anomalias prioritárias precisa ser capilarizada de forma efetiva para o interior do estado (Tabela 46).

No Brasil, a incidência (ou taxa de prevalência ao nascimento) de anomalias congênitas registrada oficialmente no Brasil fica, historicamente, na média de 0,83% a 0,9% dos nascidos vivos. Isso significa que, a cada ano, cerca de 24 mil crianças nascem com algum tipo de malformação notificada no país (Souza; Carvalho; Schuler-Faccini, 2025).

Segundo o Ministério da Saúde, a carga das anomalias congênitas na saúde da população brasileira pode ser ainda maior, tendo em vista que seude 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,

2023).

Tabela 46. Número e percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas detectadas ao nascimento segundo o estabelecimento de saúde, Roraima, 2021 a 2025

Estabelecimento de saúde	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	95	116	150	147	950	1.458	96,6
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO	4	8	2	5	9	28	1,9
HOSPITAL DELIO DE OLIVEIRA TUPINAMBA	1	0	2	2	3	8	0,5
HOSPITAL LOTTY IRIS	1	0	1	1	1	4	0,3
HOSPITAL DA MULHER	0	0	0	0	4	4	0,3
HOSPITAL PEDRO ALVARO RODRIGUES	0	0	0	0	1	1	0,1
UNIDADE MISTA RUTH QUITERIA	0	1	0	0	1	2	0,1
UNIDADE MISTA DE CARACARAI	0	0	2	0	0	2	0,1
UNIDADE MISTA DE CAROEBE	0	0	1	0	0	1	0,1
HOSPITAL EPITACIO DE ANDRADE LUCENA	1	0	0	0	0	1	0,1
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR	0	0	1	0	0	1	0,1
Total	102	125	159	155	969	1.510	100

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/RR. Dados tabulados dia: 03/08/2026 (sujeito à alteração).

A Tabela 47 traz a evidência anatômica do que aconteceu em Roraima, o salto de notificações em 2025 foi provavelmente um efeito de registro clínico (notificação de anomalias leves) e não um surto de malformações graves. Ao detalhar os diagnósticos por códigos da CID-10, observamos que um único código responde por quase todo o aumento observado no estado, a anquiloglossia (Q38.1). Até 2023, o estado registrava zero casos, em 2024, surgiram os primeiros 2 registros, e em 2025, o sistema computou impressionantes 633 casos de anquiloglossia. Sozinha, representou 65,3% de todas as anomalias notificadas no estado em 2025 (633 de 969 casos). Isso se deve diretamente à aplicação do "Teste da Linguinha" (obrigatório por lei federal nas maternidades brasileiras). O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista, passou a lançar sistematicamente o achado da triagem neonatal na folha do Sinasc como anomalia congênita, algo que antes não era feito.

Além da anquiloglossia, outros códigos que tiveram alta em 2025 também são de diagnóstico visual imediato ou dependem de exames de triagem na própria maternidade: Outras malformações da língua saltaram para 62 casos em 2025; Comunicação interatrial registrou 40 casos em 2025 (cardiopatia congênita frequentemente rastreada por ecocardiograma fetal ou teste do coraçãozinho);

Comunicação interventricular e canal arterial patente somaram juntas mais 39 casos detectados.

A prova definitiva de que a saúde das gestantes e bebês não piorou é que as anomalias fetais graves e de alto impacto mantiveram seus números absolutos completamente estáveis e controlados, sem variações epidêmicas. A Síndrome de Down teve 13 casos em 2025 (dentro do padrão de 3 a 12 casos dos anos anteriores). A gastrosquise registrou 9 casos em 2025 (em anos anteriores variava entre 3 e 12); a anencefalia registrou apenas 1 caso em 2025 (exatamente igual a 2022 e 2024); e a microcefalia teve 7 casos em 2025, mostrando que não há qualquer relação com um surto de vírus Zika.

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 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente em parceria com especialistas (Brasil, 2023).

Tabela 47. Número de nascidos vivos com anomalias congênitas detectadas ao nascimento segundo o tipo de anomalia, Roraima, 2021 a 2025

CID-10 Anomalia dectada	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Q38.1 Anquiloglossia	0	0	0	2	633	635
Q38.3 Outr malformacoes congen da lingua	0	1	7	1	62	71
Q66.4 Pe torto calcaneovalgo	5	13	12	14	17	61
Q90.9 Sindr de Down NE	8	3	12	7	13	43
Q21.1 Comunicacao interatrial	0	0	0	2	40	42
Q79.3 Gastrosquise	3	8	12	6	9	38
Q03.9 Hidrocefalia congen NE	3	4	5	1	12	25
Q69.0 Dedos da mao supranumerarios	2	2	7	6	8	25
Q17.9 Malformacao congen NE da orelha	5	2	2	5	8	22
Q69.9 Polidactilia NE	2	4	5	4	7	22
Q21.0 Comunicacao interventricular	0	0	0	1	20	21
Q17.4 Anomalia de posicao da orelha	3	3	6	4	4	20
Q25.0 Permeabilidade do canal arterial	0	0	0	1	19	20
Q37.0 Fenda palato duro c/fenda labial bilateral	1	1	7	6	1	16
Q66.1 Pe torto calcaneovaro	1	3	4	2	6	16
Q68.1 Deform congen da mao	4	0	4	4	3	15
Q02 Microcefalia	1	4	2	0	7	14
Q17.8 Outr malformacoes congen espec da orelha	1	3	0	5	5	14
Q24.9 Malformacao NE do coracao	0	0	4	4	3	11

Q54.9 Hipospadia NE	2	1	1	2	5	11
Q66.5 Pe chato congen	0	8	2	1	0	11
Q18.1 Seio fistula e cisto pre-auricular	2	1	0	0	7	10
Q66.0 Pe torto equinovaro	2	0	0	3	5	10
Q15.8 Outr malformacoes congen espec do olho	4	1	2	1	1	9
Q66.9 Deform congen NE do pe	2	2	3	2	0	9
Q17.3 Outr deform da orelha	1	3	0	1	3	8
Q66.8 Outr deform congen do pe	0	3	1	1	3	8
Q70.9 Sindactilia NE	1	0	0	1	6	8
Q15.9 Malformacao congen NE do olho	2	3	2	0	0	7
Q27.0 Ausencia congen e hipoplasia arteria umbilic	0	1	3	1	2	7
Q05.9 Espinha bifida NE	2	0	2	2	0	6
Q17.0 Pavilhao supranumerario	0	0	0	0	6	6
Q17.2 Microtia	1	1	1	3	0	6
Q18.3 Pescoco alado	0	0	0	2	4	6
Q18.9 Malformacao congen NE da face e do pescoco	0	3	0	2	1	6
Q24.8 Outr malformacoes congen espec do coracao	0	2	2	0	2	6
Q37.8 Fenda do palato c/fenda labial bilateral NE	2	1	1	1	1	6
Q53.9 Testiculo nao-descido NE	0	2	0	2	2	6
Q75.9 Malform congen NE dos ossos cranio e face	3	1	0	1	1	6
Q87.0 Sindr c/malf cong afet predom aspecto face	2	2	0	1	1	6
Q00.0 Anencefalia	0	1	2	1	1	5
Q16.0 Ausencia congen do pavilhao auricular	2	3	0	0	0	5
Q37.9 Fenda do palato c/fenda labial unilateral NE	0	0	1	2	2	5
Q42.3 Ausencia atresia estenose congen anus s/fist	0	0	3	1	1	5
Q56.4 Sexo indeterminado NE	1	0	0	3	1	5
Q67.4 Outr deform congen cranio face e mandibula	2	0	1	1	1	5
Q75.3 Macrocefalia	0	1	0	3	1	5
Q75.8 Outr malform congen espec ossos cranio face	1	0	4	0	0	5
Q01.9 Encefalocele NE	1	1	1	0	1	4
Q16.5 Malformacao congen do ouvido interno	0	0	0	3	1	4
Q22.0 Atresia da valva pulmonar	0	0	1	0	3	4
Q37.5 Fenda palatos duro mole c/fend labial unilat	2	0	0	1	1	4
Q39.0 Atresia de esofago s/fistula	0	0	0	1	3	4
Q54.8 Outr hipospadias	1	0	0	2	1	4
Q55.2 Outr malformacoes congen testiculo e escroto	1	2	0	0	1	4
Q71.3 Ausencia congen da mao e de dedos	0	0	1	1	2	4
Q76.9 Malformacao congen NE dos ossos do torax	0	0	1	1	2	4
Q79.0 Hernia diafragmatica congen	2	0	2	0	0	4

Q01.2 Encefalocele occipital	0	2	0	1	0	3
Q03.8 Outr hidrocefalia congen	0	0	1	1	1	3
Q04.9 Malformacao congen NE do encefalo	0	0	1	1	1	3
Q22.5 Anomalia de Ebstein	0	0	1	0	2	3
Q30.8 Outr malformacoes congen do nariz	1	0	0	1	1	3
Q35.9 Fenda palatina NE	1	1	1	0	0	3
Q37.2 Fenda palato mole c/fenda labial bilateral	1	2	0	0	0	3
Q43.6 Fistula congen do reto e do anus	1	2	0	0	0	3
Q53.2 Testiculo nao-descido bilateral	0	0	0	2	1	3
Q55.6 Outr malformacoes congen do penis	0	1	1	1	0	3
Q68.2 Deform congen do joelho	0	1	1	0	1	3
Q72.9 Defeito NE p/reducao do membro infer	1	2	0	0	0	3
D18.0 Hemangioma de qq locaclização	2	0	0	0	1	3
Q01.1 Encefalocele nasofrontal	0	0	2	0	0	2
Q03.1 Atresia fendas Luschka e foramen Magendie	0	0	0	1	1	2
Q04.2 Holoprosencefalia	0	0	0	1	1	2
Q04.3 Outr deform p/reducao do encefalo	0	1	0	0	1	2
Q04.8 Outr malformacoes congen espec do encefalo	0	1	0	1	0	2
Q10.4 Ausencia ou agenesia do aparelho lacrimal	1	0	1	0	0	2
Q14.9 Malformacao congen NE camara posterior olho	2	0	0	0	0	2
Q18.8 Outr malformacoes congen espec face pescoco	0	1	0	1	0	2
Q20.1 Ventriculo direito c/dupla via de saida	0	0	0	2	0	2
Q20.3 Comunicacao ventriculo-atrial discordante	0	1	0	1	0	2
Q20.8 Outr malform congen camaras e comunic card	0	0	1	0	1	2
Q21.8 Outr malformacoes congen septos cardiacos	0	0	0	0	2	2
Q24.0 Dextrocardia	0	0	1	1	0	2
Q24.5 Malformacoes dos vasos coronarios	0	0	1	0	1	2
Q25.9 Malformacao congen NE das grandes arterias	1	1	0	0	0	2
Q36.9 Fenda labial unilateral	1	0	0	1	0	2
Q37.1 Fenda palato duro c/fenda labial unilateral	2	0	0	0	0	2
Q38.0 Malformacoes congen dos labios NCOP	0	0	1	1	0	2
Q41.0 Ausencia atresia e estenose congen duodeno	0	1	1	0	0	2
Q44.6 Doenc cistica do figado	0	0	0	1	1	2
Q53.1 Testiculo nao-descido unilateral	0	0	0	1	1	2
Q55.9 Malform congen NE dos orgaos genitais masc	0	0	0	2	0	2
Q67.2 Dolicocefalia	0	0	0	0	2	2
Q67.3 Plagiocefalia	0	1	1	0	0	2
Q67.5 Deform congen da coluna vertebral	0	2	0	0	0	2
Q67.6 Torax escavado	0	0	1	0	1	2
Q70.0 Coalescencia dos dedos	0	0	1	0	1	2

Q71.8 Outr defeitos de reducao do membro super	1	0	0	1	0	2
Q75.0 Craniossinostose	0	0	0	1	1	2
Q79.2 Exonfalia	0	1	0	0	1	2
Q79.5 Outr malformacoes congen da parede abdominal	1	1	0	0	0	2
Q79.8 Outr malformacoes congen sist osteomuscular	1	0	0	1	0	2
Q79.9 Malformacao congen NE do sist osteomuscular	1	0	0	1	0	2
Q82.8 Outr malformacoes congen espec da pele	0	0	0	0	2	2
Q83.3 Mamilo acessorio	0	1	0	0	1	2
Q83.8 Outr malformacoes congen da mama	0	0	0	1	1	2
Q89.8 Outr malformacoes congen espec	0	1	0	1	0	2
Q99.9 Anomalia cromossomica NE	1	0	0	1	0	2
Q01.0 Encefalocele frontal	1	0	0	0	0	1
Q04.5 Megalencefalia	0	1	0	0	0	1
Q05.0 Espinha bifida cervical c/hidrocefalia	0	1	0	0	0	1
Q05.2 Espinha bifida lombar c/hidrocefalia	0	0	0	0	1	1
Q05.4 Espinha bifida NE c/hidrocefalia	0	0	0	1	0	1
Q05.8 Espinha bifida sacra s/hidrocefalia	0	0	0	0	1	1
Q07.9 Malformacao congen NE do sist nervoso	0	0	1	0	0	1
Q10.3 Outr malformacoes congen das palpebras	1	0	0	0	0	1
Q13.8 Outr malform congen camara anterior olho	0	0	1	0	0	1
Q13.9 Malformacao congen NE camara anterior olho	1	0	0	0	0	1
Q16.1 Ausencia atresia estreit congen cond audit	0	0	0	1	0	1
Q16.9 Malform congen ouvido NE caus compr audicao	0	0	0	1	0	1
Q18.4 Macrostomia	0	0	0	1	0	1
Q20.0 Tronco arterial comum	0	0	0	0	1	1
Q20.6 Isomerismo dos apendices atriais	0	0	1	0	0	1
Q20.9 Malformacao congen NE camaras e comumic card	0	0	0	0	1	1
Q21.2 Comunicacao atrioventricular	0	0	0	0	1	1
Q21.3 Tetralogia de Fallot	0	0	0	0	1	1
Q21.9 Malformacao congen NE de septo cardiaco	1	0	0	0	0	1
Q22.6 Sindr do coracao direito hipoplasico	0	0	0	0	1	1
Q23.4 Sindr do coracao esquerdo hipoplasico	1	0	0	0	0	1
Q24.2 Cor triatriatum	0	0	0	0	1	1
Q25.4 Outr malformacoes congen da aorta	0	1	0	0	0	1
Q25.6 Estenose da arteria pulmonar	0	0	0	0	1	1
Q26.3 Comunicacao venosa pulmonar anormal parcial	0	0	0	0	1	1
Q26.8 Outr malformacoes congen das grandes veias	1	0	0	0	0	1
Q27.2 Outr malformacoes congen da arteria renal	0	0	1	0	0	1
Q28.8 Outr malform congen espec aparelho circulat	0	0	0	0	1	1

Q30.2 Fissura entalhe ou fenda nasal	0	0	0	0	1	1
Q31.1 Estenose subglotica congen	0	1	0	0	0	1
Q31.5 Laringomalacia congenita	0	0	0	0	1	1
Q33.6 Hipoplasia e displasia do pulmao	0	0	0	0	1	1
Q33.8 Outr malformacoes congen do pulmao	0	0	0	0	1	1
Q34.1 Cisto congen do mediastino	0	0	1	0	0	1
Q35.1 Fenda do palato duro	0	1	0	0	0	1
Q35.5 Fenda do palato duro c/fenda do palato mole	0	1	0	0	0	1
Q36.0 Fenda labial bilateral	0	1	0	0	0	1
Q38.2 Macroglossia	0	1	0	0	0	1
Q38.5 Malformacoes congen do palato NCOP	1	0	0	0	0	1
Q39.1 Atresia esofago c/fistula traqueoesofagica	0	0	0	0	1	1
Q39.8 Outr malformacoes congen do esofago	0	0	1	0	0	1
Q40.1 Hernia congen de hiato	0	0	1	0	0	1
Q41.8 Ausen atres esten cong out part esp int delg	0	0	0	0	1	1
Q42.2 Ausencia atresia estenose congen anus c/fist	0	0	0	0	1	1
Q42.9 Ausenc atresia estenose congen part NE colon	0	0	0	1	0	1
Q43.5 Anus ectopico	0	0	1	0	0	1
Q43.9 Malformacao congen NE do intestino	0	0	1	0	0	1
Q44.5 Outr malformacoes congen das vias biliares	0	0	1	0	0	1
Q44.7 Outr malformacoes congen do figado	0	0	0	0	1	1
Q50.1 Cisto ovariano de desenvolv	0	1	0	0	0	1
Q52.4 Outr malformacoes congen da vagina	1	0	0	0	0	1
Q54.0 Hipospadia balanica	0	0	0	0	1	1
Q54.3 Hipospadia perineal	0	0	1	0	0	1
Q55.0 Ausencia e aplasia do testiculo	0	0	0	1	0	1
Q56.1 Pseudo-hermafroditismo masc NCOP	0	0	1	0	0	1
Q56.3 Pseudo-hermafroditismo NE	1	0	0	0	0	1
Q61.3 Rim policistico NE	0	0	0	0	1	1
Q61.9 Doenc cistica NE do rim	1	0	0	0	0	1
Q62.0 Hidronefrose congen	1	0	0	0	0	1
Q63.9 Malformacao congen NE do rim	0	0	0	1	0	1
Q64.0 Epispadias	0	0	1	0	0	1
Q65.0 Luxacao congen unilateral do quadril	0	0	0	0	1	1
Q65.2 Luxacao congen NE do quadril	0	0	1	0	0	1
Q65.4 Subluxacao congen bilateral do quadril	0	1	0	0	0	1
Q66.3 Outr deform congen dos pes em varo	0	0	1	0	0	1
Q66.6 Outr deform congen dos pes em valgo	0	0	0	0	1	1
Q67.0 Assimetria facial	0	0	1	0	0	1
Q67.7 Torax carinado	0	0	1	0	0	1
Q68.0 Deform congen musculo esternocleidomastoideu	0	0	0	0	1	1
Q69.2 Artelhos supranumerarios	0	0	0	0	1	1

Q70.1 Dedos palmados	0	1	0	0	0	1
Q71.6 Mao em garra de lagosta	0	0	0	1	0	1
Q72.2 Ausencia congen da perna e do pe	0	0	0	1	0	1
Q72.7 Pe bifido	0	1	0	0	0	1
Q74.0 Out malform cong membr super incl cint escap	0	0	1	0	0	1
Q74.9 Malformações congen NE de membros	1	0	0	0	0	1
Q77.1 Nanismo tanatoforico	0	0	1	0	0	1
Q79.1 Outr malformações congen do diafragma	0	0	1	0	0	1
Q80.9 Ictiose congen NE	0	0	0	0	1	1
Q81.9 Epidermolise bolhosa NE	0	0	0	0	1	1
Q84.2 Outr malformações congen dos cabelos	0	0	0	1	0	1
Q87.2 Sindr c/malform congen afetando predom membr	0	0	1	0	0	1
Q87.4 Sindr de Marfan	0	0	0	1	0	1
Q89.9 Malformações congen NE	1	0	0	0	0	1
Q90.2 Trissomia 21 translocação	1	0	0	0	0	1
Q91.3 Sindr de Edwards NE	0	0	0	1	0	1
Q93.5 Outr delecoes parciais de cromossomo	0	0	0	0	1	1
Q96.9 Sindr de Turner NE	0	0	0	0	1	1
Total	111	130	164	162	1005	1572

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Participantes de debate defendem mais informação e investimento no parto domiciliar**. Brasília: Câmaro 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).

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/

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, 2014. 384 p.

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. **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, 2018b. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=26/06/2018. ISSN 1677-7042.

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, 2024a. 453 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, 2024b. 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. **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-naotransmissiveis/vigilancia-das-anomalias-congenitas. Acesso em: 09/05/2025b.

BRASIL. **Caderneta brasileira da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral, 2026**a**.

BRASIL. **Pré-natal: cuidados desde as primeiras semanas tornam a gestação mais segura.** 15/08/2026**b** . Disponível em: https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2026/agosto-defeso-eleitoral/pre-natal-cuidados-desde-as-primeiras-semanas-tornam-a-gestacao-mais-segura

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.

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).

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/

DOMINGUES RMSM et al. Adequa ção 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. Disponívelem: 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%20gue%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: /pmc/articles/ PMC7822460/. 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

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.

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 gestan tes 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

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/opiniao/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. Disponivel 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 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

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 Epidemio**l., 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

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.

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 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

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

SOUZA S; CARVALHO CG; SCHULER-FACCINI L. Análise espacial de áreas de risco de anomalias congênitas no Brasil, 2012-2021. **Epidemiol. Servir. Saúde,** 34;e20250240, 2025. https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20250240.pt

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

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/

3 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 DAEs que são de notificação compulsória.

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, 2024); e o evento de saúde pública 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.

Nos últimos 10 anos, entre 2016 e 2026, o monitoramento epidemiológico no Brasil passou por mudanças importantes. Esse período foi marcado pelo surgimento da maior pandemia do século, por surtos globais inesperados e por decisões focadas na ampliação dos direitos da saúde do trabalhador e da proteção materno-infantil.

Entre as inclusões ocorridas na lista nacional de notificação compulsória destacamos que diante da emergência nacional decretada no final de 2015, o ano de 2016 consolidou a obrigatoriedade de notificação imediata para gestantes com suspeita de infecção pelo vírus Zika e alterações congênitas em bebês (Portaria nº 204/2016). A portaria do mesmo ano refinou o rastreamento das arboviroses, tornando o óbito por dengue ou chikungunya um evento de notificação imediata.

Em 2020, em resposta direta à emergência de importância internacional decretada pela OMS, o Ministério da Saúde incluiu em caráter definitivo a infecção pelo SARS-CoV-2 (Covid-19) na lista de notificações compulsórias imediatas.

A doença de chagas crônica, foi inserida pela Portaria nº 264/2020. Enquanto a fase aguda já era monitorada, a inclusão da forma crônica foi um marco para mapear a verdadeira dimensão da prevalência da doença e garantir tratamento continuado no SUS.

A síndrome congênita do zika vírus, formalizada de forma isolada e específica por meio da Portaria GM/MS nº 420/2022, unificou os critérios de monitoramento de longo prazo dos bebês afetados.

Com o surto internacional atingindo o Brasil, a Portaria GM/MS nº 3.418/2022 incluiu a Mpox na lista com obrigatoriedade de notificação imediata em até 24 horas.

A síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), condição grave e rara ligada à infecção prévia por Covid-19 em crianças e adolescentes, foi adicionada para entender as sequelas da pandemia.

A Portaria GM/MS nº 2.010/2023 determinou que os casos de doença falciforme identificados em triagens e atendimentos fossem notificados semanalmente, focando na melhoria do acompanhamento da linha de cuidado dessa população.

A Portaria GM/MS nº 5.201/2024 reestruturou profundamente a vigilância de saúde do trabalhador ao incluir de uma só vez sete patologias ocupacionais e focar no risco gestacional: Câncer, dermatoses ocupacionais, distúrbio de voz, lesões por esforços repetitivos (LER/DORT), perda auditiva, pneumoconioses e transtornos mentais associados ao trabalho.

Foram incluídos também a infecção pelo vírus da hepatite B e infecção por HTLV (vírus linfotrópico de células T humanas) em gestantes, parturientes, puérperas e em crianças expostas ao risco de transmissão vertical.

Em 2025, diante de uma crise de saúde pública e do avanço geográfico a esporotricose humana, a doença passou a ser notificação semanal na Portaria GM/MS nº 6.734/2025.

Em 2026, as Portarias GM/MS nº 10.175/2026 e nº 11.211/2026 trouxeram as atualizações mais recentes. A febre do oropouche, inserida devido à dispersão da doença no território nacional (notificação semanal para casos comuns; imediata para gestantes e óbitos); a caxumba (Parotidite infecciosa) passou a ser monitorada ativamente para contenção rápida de surtos em ambientes escolares e comunitários; e as anomalias congênitas passaram a exigir notificação compulsória paralela ao preenchimento da declaração de nascido vivo. A Covid-19 deixou de ser catalogada como item isolado e foi incorporada sob a nomenclatura de síndrome gripal por Covid-

19 confirmada.

Em 2026, após 20 anos, o estado atualizou a lista estadual de DAE e das DAE monitorados pela estratégia de vigilância sentinela por meio da Portaria Nº 1.128/SESAU/CGVS, de 28 de abril de 2026 (Roraima, 2026). A organização dessa vigilância no estado está descrita no documento “Vigilância sentinela conceitos e procedimentos padrões” elaborado pela Núcleo de Vigilância Hospitalar (Benedetti, 2024).

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.

Nessa seção serão apresentadas as análises epidemiológicas das DAE 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. **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 2024b.

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.

RORAIMA. **Portaria Nº 1.128/SESAU/CGVS - Atualiza a lista de Agravos, Doenças e Eventos de Saúde Pública de notificação compulsória no estado de Roraima e dá outras providências. Boa Vista: Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica**, 28 de abril de 2026 .

3.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV/AIDS E SÍFILIS

Angela Aparecida Ferreira de Lima
Cícera Raquel Feitosa
Francinete Brito Ferreira
Jamilla Karla Corrêa Reis
Maria de Aparecida Cândido Baima Carneiro
Nelma Cavalcante da Costa
Tereza Cristina Silva dos Santos
Sumaia dos Santos Dias

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um importante problema de Saúde Pública devido à elevada frequência, ao potencial de transmissão e aos impactos na saúde individual e coletiva. São causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos, sendo transmitidas principalmente por relações sexuais desprotegidas. Algumas infecções também podem ser transmitidas da gestante para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação, além do compartilhamento de materiais perfurocortantes contaminados. Quando não diagnosticadas e tratadas oportunamente, podem ocasionar infertilidade, complicações na gestação e no parto, Transmissão Vertical, neoplasias associadas a determinados agentes infecciosos, além de facilitar a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2024; WHO, 2024).

No Brasil, as ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento das IST estão organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da vigilância epidemiológica, da notificação compulsória e da Rede de Atenção à Saúde. A prevenção baseia-se na Prevenção Combinada, que integra educação em saúde, uso de preservativos, vacinação, testagem rápida, profilaxias para o HIV (Profilaxia Pré Exposição - PrEP e Profilaxia Pós Exposição - PEP) e tratamento oportuno das pessoas diagnosticadas e de suas parcerias sexuais. Essas estratégias são fundamentais para interromper a cadeia de transmissão, reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2024; UNAIDS, 2024).

Em Roraima, o Núcleo de Controle de IST/Aids coordena e monitora as ações de vigilância, prevenção, diagnóstico e assistência relacionadas a esses agravos/doenças. As características do estado de Roraima, como a localização em faixa de fronteira, os fluxos migratórios, a presença de populações indígenas e as

extensas áreas de difícil acesso, tornam o monitoramento epidemiológico ainda mais relevante para a identificação de populações vulneráveis, avaliação das estratégias de controle e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2023).

Nesse contexto, o presente Relatório Epidemiológico apresenta o panorama das IST/Aids no estado de Roraima, com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, no ano de 2025. Nessa perspectiva, os dados epidemiológicos coletados no período supracitado, visa subsidiar o planejamento das metas, ações de promoção, assistência/tratamento à saúde e de controle das IST/Aids 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 e outras ISTs.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA POR AGRAVO

HIV/Aids em adulto

No ano de 2025, foram notificados 154 casos de Aids em adulto e 280 casos de HIV em adultos residentes em Roraima (**Tabela 1**). Com base na distribuição geográfica dos casos de HIV e Aids em adulto em Roraima, pode-se observar uma maior concentração de casos na capital Boa Vista, com mais de 82% do total dos casos de Aids em adulto e mais de 72% de casos de HIV em adulto registradas no Estado. Neste cenário, pode-se entender que a elevada concentração de casos na capital pode ser atribuída à maior densidade populacional e à presença dos principais serviços especializados para atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). No entanto, esse padrão também sugere a centralização das ações de diagnóstico, acompanhamento e vigilância, o que pode limitar a identificação oportuna de casos nos municípios do interior e até a possível ocorrência de subnotificações, influenciando a interpretação da distribuição epidemiológica da doença.

Dos municípios do interior do estado de Roraima, destaca-se os municípios de Pacaraima como o município com maior número de notificações realizadas no período analisado, seguido do município de Rorainópolis ambos com destaque em notificações para Aids e HIV. Reforça-se que o município de Pacaraima é um município fronteiriço que apresenta ao longo do ano, intensa movimentação migratória

e fluxo de populações em situação de vulnerabilidade social, o que pode contribuir para um possível aumento no cenário epidemiológico local do município. Em contraste, municípios como Alto Alegre, Amajari, Caroebe, Iracema**,** Normandia e Uiramutã apresentaram apenas 1 (um) caso cada para HIV em adulto e os municípios de Amajari, Caroebe, Iracema**,** Normandia e São João da Baliza não apresentaram casos de Aids em adulto no período analisado, o que pode indicar um possível subdiagnóstico, ausência de oferta sistemática de testagem rápida e acesso restrito aos serviços de saúde, especialmente nas áreas mais remotas e com população indígena predominante (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Casos de Aids e HIV em adulto segundo agravo e município de residência, 2025, Roraima.

Município de residência	Aids em adulto	%	HIV em adulto	%	Total
Alto Alegre	3	1,95	1	0,36	**4**
Amajari	0	0,00	1	0,36	**1**
Boa Vista	127	82,47	202	72,14	**329**
Bonfim	3	1,95	8	2,86	**11**
Cantá	2	1,30	3	1,07	**5**
Caracaraí	4	2,60	10	0,36	**14**
Caroebe	0	0,00	1	0,36	**1**
Iracema	0	0,00	1	0,36	**1**
Mucajaí	1	0,65	2	0,71	**3**
Normandia	0	0,00	1	0,36	**1**
Pacaraima	8	5,19	25	8,93	**33**
Rorainópolis	4	2,60	16	5,71	**20**
São João da Baliza	0	0,00	3	1,07	**3**
São Luiz	1	0,65	5	1,79	**6**
Uiramutã	1	0,65	1	0,36	**2**
Total	**154**	**100**	**280**	**100**	**434**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

O estado de Roraima apresentou uma Taxa de Detecção de HIV em adulto de 37,9 casos/100 mil habitantes, valor que se mostra superior à média nacional, de 18,4 casos/100 mil habitantes. Esses números colocam Roraima em uma posição de atenção epidemiológica, indicando a necessidade de intensificar as ações de prevenção, testagem rápida, diagnóstico precoce e tratamento em toda a Rede de Saúde do Estado.

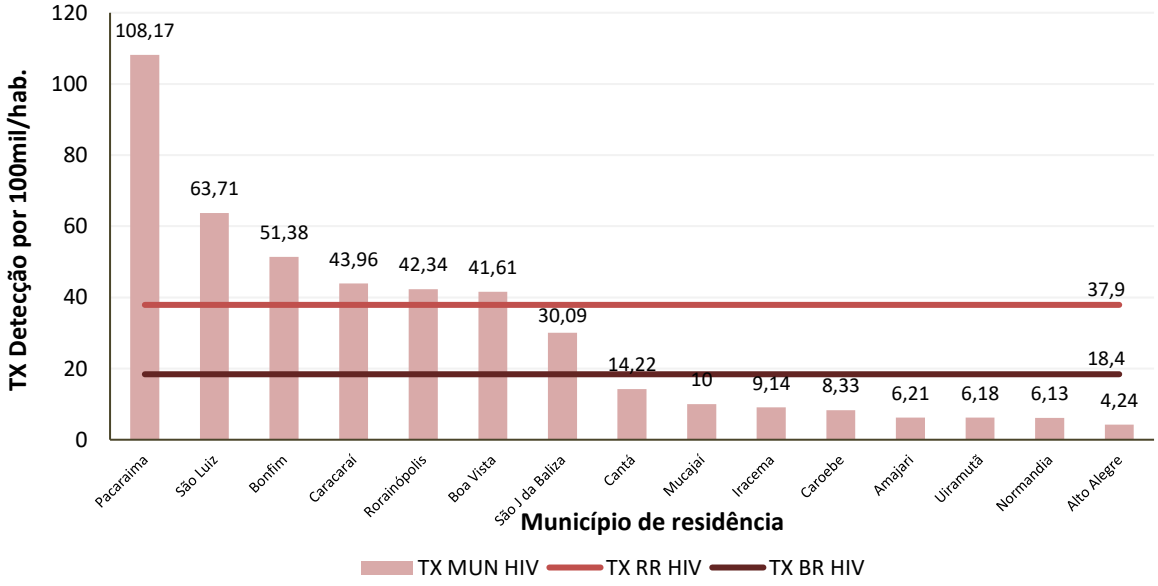
Ao observar a distribuição municipal, Pacaraima apresentou a maior Taxa de Detecção de HIV em adulto, com 108,17 caso/100 mil habitantes, seguido pelo

município de São Luiz com 63,71 e, Bonfim, com 51,38. Além destes três municípios, Caracaraí, Rorainópolis e Boa Vista, capital do estado de Roraima, foram os municípios que apresentaram taxas significativamente acima da média estadual (**Gráfico 1**). Já os municípios com Taxa de Detecção de Aids em adulto, destaca-se Pacaraima (34,61) e Boa Vista (26,16) que além de serem os municípios com maiores taxa, também estão acima da média estadual (**Gráfico 2**).

Alguns municípios apresentaram taxas mais baixas se comparado a média estadual ou do Brasil, o que se pode 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. Além disso, os municípios de Amajari, Caroebe, Iracema, Normandia e São João da Baliza não notificaram casos de Aids em adulto no ano de 2025, apresentando taxa de detecção igual a zero (**Gráfico 2**).

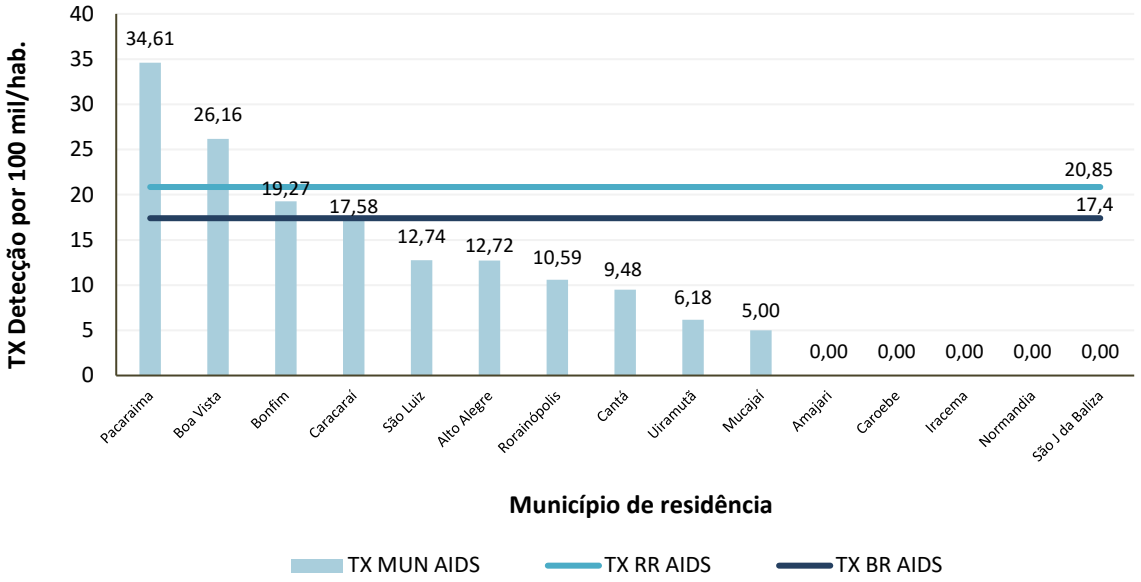
Esse dado pode refletir tanto uma real ausência de novos casos quanto possíveis falhas na detecção e na notificação, especialmente em regiões mais remotas, com baixa densidade populacional ou com dificuldades logísticas para a realização de ações regulares de vigilância em saúde.

Gráfico 1 – Taxa de Detecção de casos de HIV em adulto por município e de Roraima no ano de 2025 e do Brasil no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 2 – Taxa de Detecção de casos de Aids em adulto por município e de Roraima no ano de 2025 e do Brasil no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

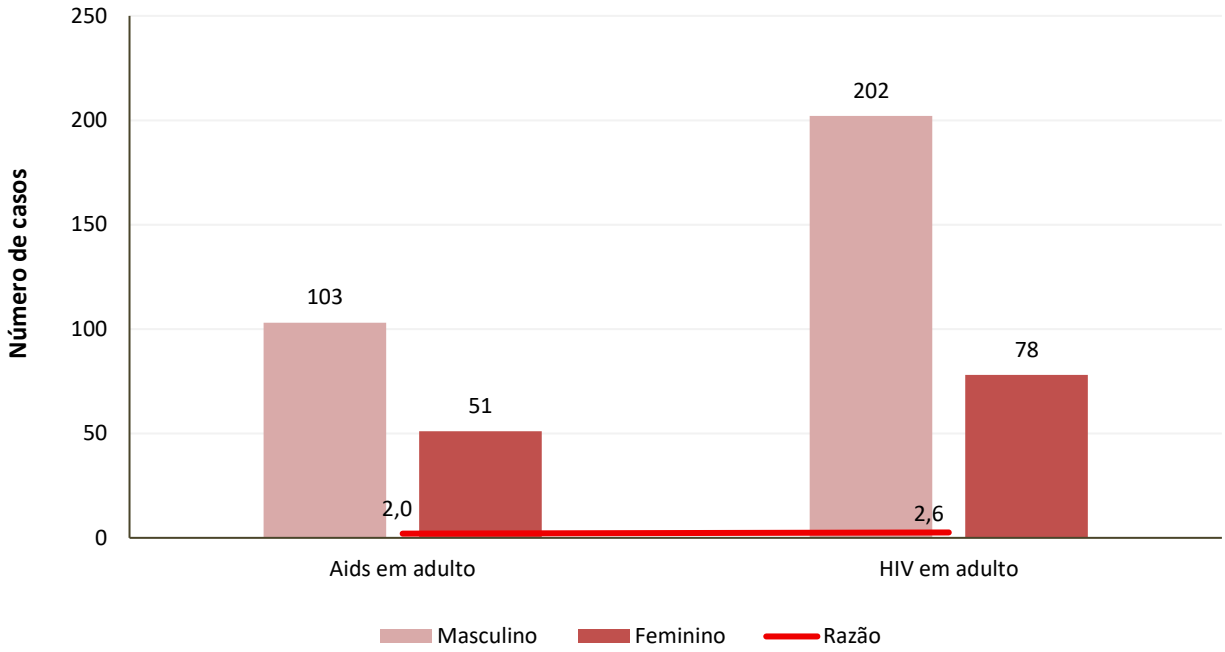
Em relação ao número de casos segundo sexo, do total de casos, 305 casos (70,91%) foram no sexo masculino e 129 casos (29,09%) no sexo feminino (Tabela 2). Observou-se ainda, a predominância do sexo masculino em ambos os agravos. Entre os casos de Aids em adulto, a razão foi de 2,0 homens para cada mulher, enquanto entre os casos de HIV em adulto a razão de sexo foi de 2,6 homens para cada mulher, evidenciando maior frequência de casos entre homens, especialmente nos diagnósticos de HIV (**Gráfico 3**).

Tabela 2 – Casos de Aids e HIV em adulto segundo sexo e razão, 2025 Roraima.

Sexo	Aids	%	HIV	%	Total
Masculino	123	79,9%	202	72,1%	**305**
Feminino	51	33,1%	78	27,9%	**129**
Total	**154**	**100**	**280**	**100**	**434**
Razão	**2,0:1**	**-**	**2,6:1**	**-**	**-**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

.**Gráfico 3** – Casos de Aids e HIV em adulto segundo sexo e razão, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Ao analisarmos os casos por faixa etária, pode-se observar a predominância de casos na população jovem e adulta. A faixa etária com maior número de casos de Aids em adulto foi a de 30 a 39 anos (n=50; 32,47%), seguida pela faixa de 20 a 29 anos (n=46; 29,87%). Já os casos de HIV em adulto tiveram a predominância dos casos na faixa etária de 20 a 29 anos (n=108; 38,57%), seguida pela faixa de 30 a 39 anos (n=86; 30,71%) (Tabela 3), 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.

Somando os casos nas faixas etárias específicas de Aids e HIV em adulto, as faixas de 40 a 49 anos (29,9%) e 50 a 59 anos (15,1%) também apresentaram participação significativa nos casos, demonstrando que a epidemia também está presente em adultos maduros, sendo essencial manter ações preventivas voltadas também a essa população. Destaca-se também a faixa etária de 15 a 19 anos para HIV em adulto que apresentou 9,64% dos casos, sendo a 4º faixa etária mais predominante no agravo. No panorama geral, as faixas etárias se comportaram de forma homogênea em ambos agravos em todo o período (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Casos de Aids e HIV em adulto segundo agravo e faixa etária, 2025, Roraima.

FAIXA ETÁRIA	Aids em adulto	%	HIV em adulto	%	Total
15 a 19 anos	5	3,25	27	9,64	32
20 a 29 anos	46	29,87	108	38,57	154
30 a 39 anos	50	32,47	86	30,71	136
40 a 49 anos	29	18,83	31	11,07	60
50 a 59 anos	15	9,74	15	5,36	30
60 a 69 anos	6	3,90	10	3,57	16
70 a 79 anos	2	1,30	3	1,07	5
80 anos e mais	1	0,65	0	0	1
Total	**154**	**100**	**280**	**100**	**434**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

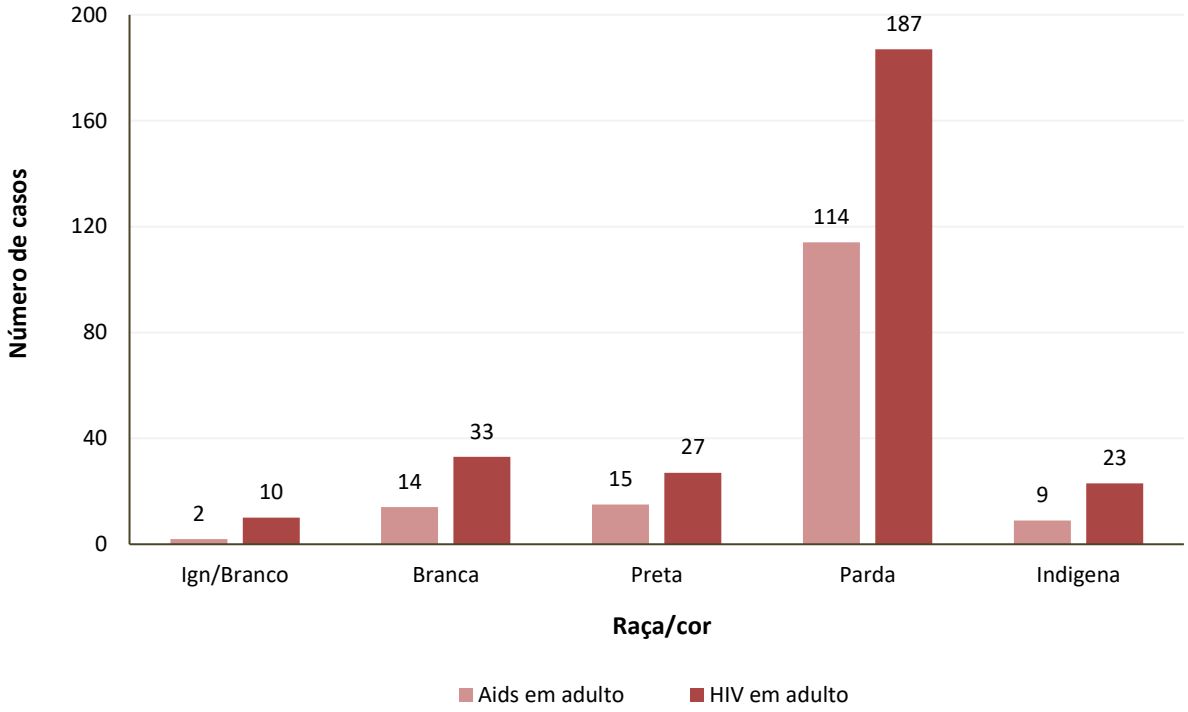
Entre os casos, a população parda, em ambos agravos, representa o grupo com maior número de casos, no período analisado, totalizando 301 casos. Esse dado está em consonância com o perfil demográfico de Roraima, onde há predominância de pessoas autodeclaradas pardas, mas também reflete vulnerabilidades 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 seguida com 47 casos, seguida pela raça/cor preta com 42 casos. Um destaque é o número de casos em indígenas com HIV, representando 8,21% para o agravo. Esse dado 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 (**Tabela 4** e **Gráfico 4**).

Tabela 4 – Casos de Aids e HIV em adulto segundo agravo e raça/cor, 2025, Roraima.

Raça/cor	Aids em adulto	%	HIV em adulto	%	Total
Ign/Branco	2	1,30	10	3,57	12
Branca	14	9,09	33	11,79	47
Preta	15	9,74	27	9,64	42
Parda	114	74,03	187	66,79	301
Indígena	9	5,84	23	8,21	32
Total	**154**	**100**	**280**	**100**	**434**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 4 - Casos de Aids e HIV em adulto segundo agravo e raça/cor, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Em relação a categoria de exposição demonstrado na **Tabela 5**, a mais frequente foi a heterossexual, responsável por 222 casos (51,15%) com uma distribuição de 114 casos no sexo masculino e 108 no sexo feminino, reforçando o perfil de transmissão concentrada na população masculina. Demais categorias apresentaram frequência reduzida: transmissão perinatal com 9 casos (2,07%), drogas com 1 caso (0,23%) e

associação heterossexual e uso de drogas com 2 casos (0,46%). Este cenário contribui para a importância de fortalecer cada vez mais as estratégias de prevenção voltadas à promoção da saúde sexual, à testagem regular das IST 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 5 – Casos de Aids e HIV em adulto segundo categoria de exposição e sexo, 2025, Roraima.

Categ.de Exposição	Masculino	%	Feminino	%	Total
Ignorado	36	11,8	16	12,4	52
Homossexual	115	37,7	2	1,6	117
Bissexual	30	9,8	1	0,8	31
Heterossexual	114	37,4	108	83,7	222
Heterossexual/Drogas	2	0,7	0	0,0	2
Drogas	1	0,3	0	0,0	1
Perinatal	7	2,3	2	1,6	9
Total	**305**	**100**	**129**	**100**	**434**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 16/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

HIV/Aids em criança

No ano de 2025, no estado de Roraima, foram notificados 4 casos ao todo distribuídos em 2 casos de Aids em criança e 2 casos de HIV em criança (**Tabela 6)**. A distribuição dos casos segundo município de residência demonstra que a capital Boa Vista apresentou 2 casos, o que representa 50% dos casos no período. Os municípios de Bonfim e Cantá apresentaram 1 caso cada. Este cenário, por mais que se apresente em número reduzido, ainda indica a manutenção de falhas nos processos relacionados a prevenção da Transmissão Vertical do HIV e das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil**,** especialmente nos contextos de acompanhamento e testagem rápida para HIV durante do pré-natal, diagnóstico precoce em gestantes e início oportuno e adesão da terapia antirretroviral, profilaxia no parto e acompanhamento adequado das crianças expostas.

Tabela 6 – Casos de Aids e HIV em criança segundo agravo e município de residência, 2025, Roraima.

Município de residência	Aids em criança	HIV em criança	Total
Boa Vista	1	1	2
Bonfim	0	1	1
Cantá	1	0	1
Total	**2**	**2**	**4**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

A **Tabela 7** refere-se aos casos Aids e HIV em crianças menores de 13 anos segundo sexo e faixa etária, com 50,0% dos casos entre crianças do sexo masculino (n=2) e 50,0% do sexo feminino (n=2). A faixa etária com maior concentração de casos foi a de 1 a 4 anos, com 2 casos (50,0%), sendo 1 caso para ambos os sexos. Em seguida, observa-se a faixa etária de menor de 1 ano e a de 5 a 9 anos, com 1 caso cada (25,0%), também com distribuição igual entre os sexos (1 menino e 1 menina). O caso da última faixa etária supracitada pode sugerir que o caso pode ter tido um diagnóstico ou notificação no sistema mais tardio ou evoluiu de forma silenciosa após a transmissão no período perinatal. Esses dados reforçam a necessidade de ações contínuas e efetivas de rastreamento e seguimento, possibilidade de falhas no acompanhamento de crianças expostas ao HIV desde o nascimento ou de casos tardios não diagnosticados precocemente, bem como do fortalecimento da vigilância epidemiológica e da integração da Atenção Primária com os serviços especializados e das ações de prevenção da Transmissão Vertical durante a gestação, parto ou puerpério**.**

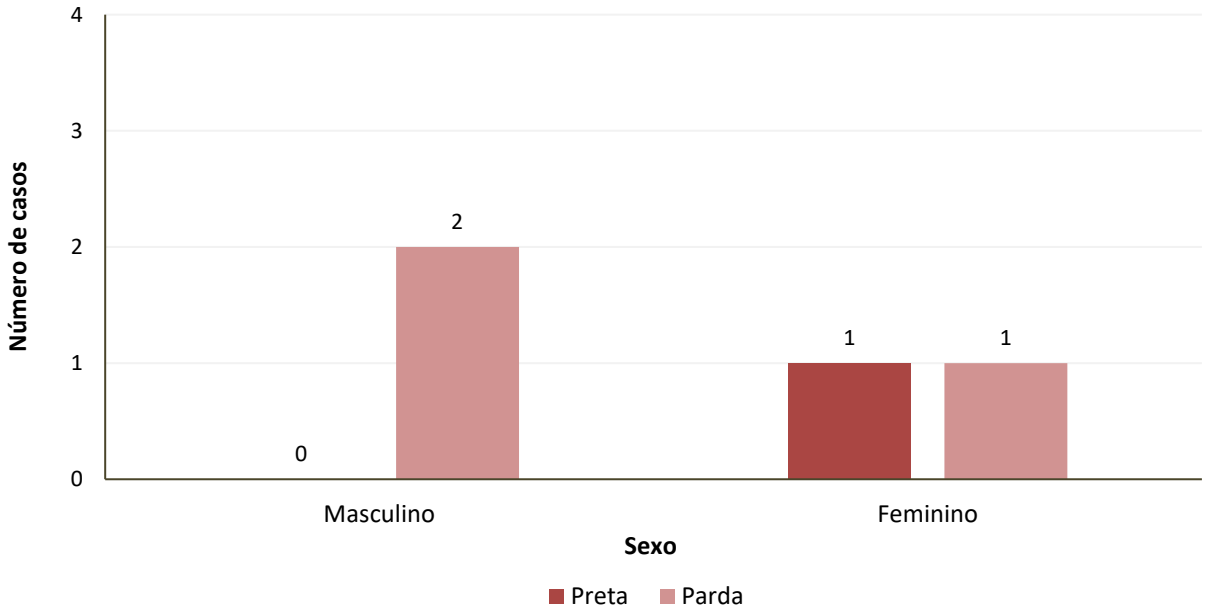
Tabela 7 – Casos de Aids e HIV em criança segundo faixa etária, sexo e razão, 2025, Roraima.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Menor 1 ano	1	0	1	25,0
1 a 4 anos	1	1	2	50,0
5 a 9 anos	0	1	1	25,0
Total	**2**	**2**	**4**	**100**
%	**50,0**	**50,0**	**-**	**-**
Razão	**1:1**	**1:1**	**-**	**-**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

A análise segundo raça/cor revela uma concentração de casos na população parda (n=3; 75,0%), sendo 2 casos do sexo masculino e 1 caso do sexo feminino. O outro caso é da raça/cor preta e do sexo feminino (**Gráfico 5**). Reforça-se a importância de fortalecer políticas públicas que considerem os determinantes sociais da saúde, a equidade racial e o acesso universal e qualificado aos serviços de atenção primária, pré-natal e pediatria.

Gráfico 5 – Casos de Aids e HIV em criança segundo raça/cor e sexo, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

HIV em gestante

No período analisado, foram notificadas 68 gestantes HIV+. Salienta-se que 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. De acordo com a **Tabela 8,** o município de Boa Vista apresentou 41 casos, o que representa 60,29% do total de casos. Em seguida surge o município de Pacaraima com 7 casos (10,29%) e o município de Cantá com 4 casos (5,88%).

Tabela 8 – Casos de HIV em gestante segundo município de residência e Taxa de Detecção por 1.000 nascidos vivos, 2025, Roraima.

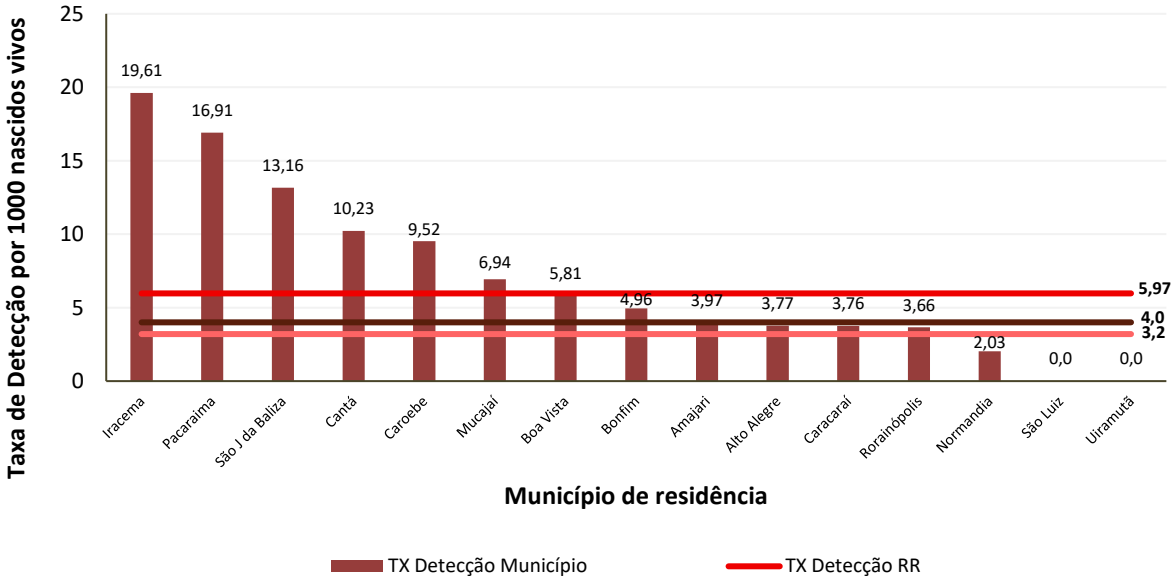
Município de residência	N	%	TX Detecção
Alto Alegre	1	1,47	3,77
Amajari	1	1,47	3,97
Boa Vista	41	60,29	5,81
Bonfim	2	2,94	4,96
Cantá	4	5,88	10,23
Caracaraí	1	1,47	3,76
Caroebe	2	2,94	9,52
Iracema	2	2,94	19,61
Mucajaí	2	2,94	6,94
Normandia	1	1,47	2,03
Pacaraima	7	10,29	16,91
Rorainópolis	2	2,94	3,66
São João da Baliza	2	2,94	13,16
Total	**68**	**100**	**TX RR 5,97**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Ao analisarmos a Taxa de Detecção de HIV em gestante, taxa que 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, podemos observar na **Tabela 8** e no **Gráfico 6** que o estado de Roraima apresentou uma taxa de 5,97/1.000 nascidos vivos no ano de 2025. Ao comparar este dado com as taxas do Brasil e da

Região Norte, o estado de Roraima apresenta uma taxa superior que a média nacional e regional. Essa análise identifica possíveis falhas na Linha de Cuidado da gestante infectada pelo HIV e da criança exposta ao HIV materno ou, possíveis fatores relacionados a vulnerabilidade individual, social ou programática que afete o binômio mãe-filho que podem levar à ocorrência da doença, o que se faz necessário 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.

Gráfico 6 – Casos de HIV em gestante segundo Taxa de Detecção por município e de Roraima no ano de 2025 e Brasil e Região Norte no ano de 2024.

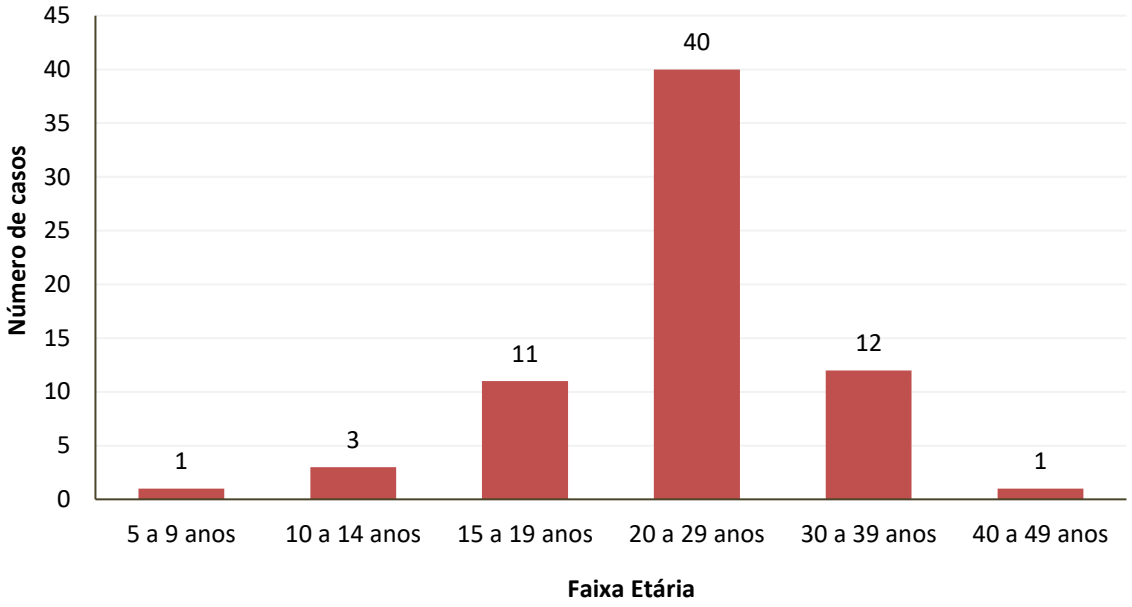


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Em relação a faixa etária da gestante HIV+, 58,82% (n=40) dos casos ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (n=12; 17,65%) e da faixa etária de 15 a 19 anos (n=11; 16,18%) conforme observado no **Gráfico 7**. No período analisado, observou-se uma possível inconsistência de notificação relacionada ao caso na faixa etária de 5 a 9 anos, que será posteriormente avaliada pela equipe de Vigilância Epidemiológica do Núcleo de IST/Aids.

Evidencia-se que gestantes HIV positivas tem uma relação de probabilidade com um possível aumento no número de crianças infectadas, 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.

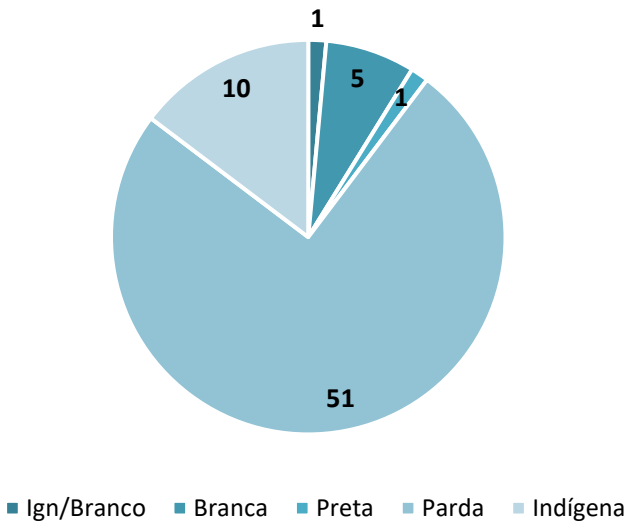
Gráfico 7 – Casos de HIV em gestante segundo faixa etária, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Com relação a raça/cor, gestantes declaradas pardas representaram 75% dos casos (n=51). Entre as gestantes brancas e indígenas ambas apresentam 7,35% (n=5) e 14,71% (n=10) dos casos, respectivamente, e as gestantes pretas 1,47% (n=1) (**Gráfico 8**).

Gráfico 8 – Casos de HIV em gestante segundo raça/cor, 2025, Roraima.

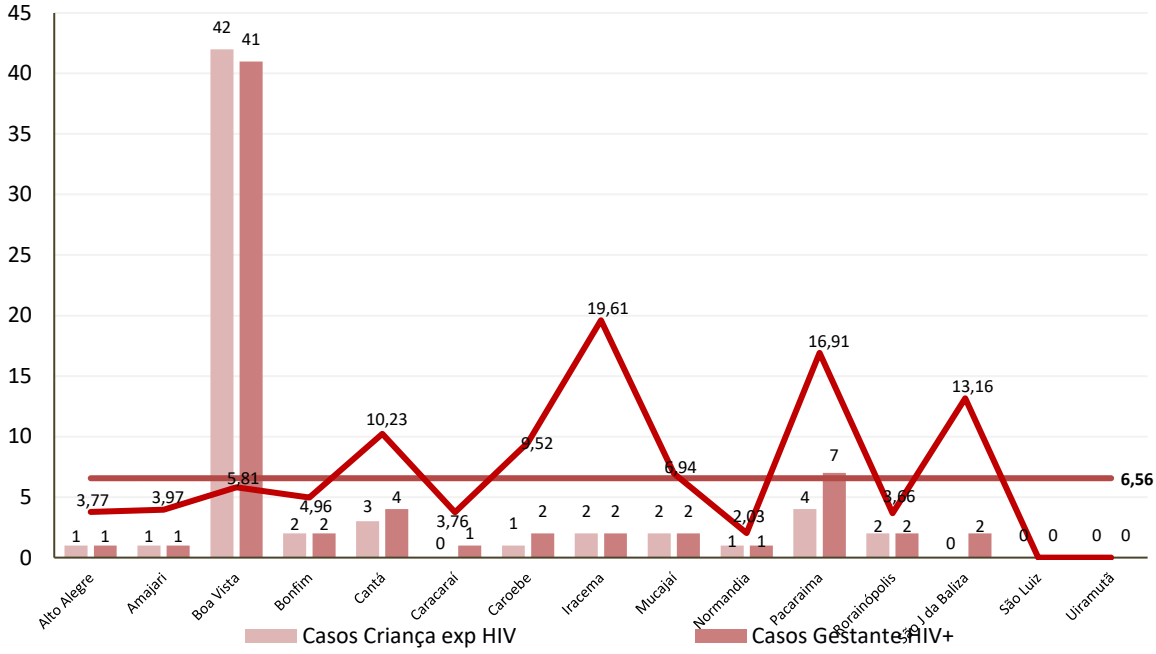


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Criança exposta ao HIV

No ano de 2025 foram notificados 61 casos de crianças expostas ao HIV no estado de Roraima, demonstrando uma diferença de 7 casos se comparado ao total de casos de gestante HIV no mesmo período, provavelmente devido a subnotificação de casos de crianças expostas.

Gráfico 9 – Comparativo de casos de criança exposta ao HIV, casos de gestante HIV+, Taxa de Transmissão Vertical ao HIV e Taxa de Detecção de gestante HIV+, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

No **Gráfico 9**, podemos observar uma comparação dos casos de criança exposta ao HIV, casos de gestante HIV+, Taxa de Transmissão Vertical ao HIV (indicador que avalia a eficácia das medidas preventivas – como o uso de antirretrovirais na gestação e o não aleitamento, medindo o percentual de crianças expostas que de fato contraíram o vírus) e Taxa de Detecção de gestante HIV+, que possibilita uma avaliação mais abrangente da situação epidemiológica do HIV na gestação e da Transmissão Vertical, permitindo identificar os casos distribuídos por municípios, bem como aqueles que apresentam maior risco proporcional de ocorrência. Além disso, diferenças entre o número de gestantes diagnosticadas, o quantitativo de crianças expostas e as respectivas taxas podem refletir aspectos relacionados à cobertura do pré-natal, ampliação da testagem rápida, oportunidade do diagnóstico, acesso à

terapia antirretroviral e efetividade das medidas de prevenção da Transmissão Vertical, o que constitui importante ferramenta para o monitoramento da qualidade da atenção materno-infantil e para o direcionamento de estratégias voltadas ao fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acompanhamento das gestantes vivendo com HIV e de seus filhos expostos.

Os casos de criança exposta ao HIV distribuídos por município de residência demonstram que Boa Vista foi o município que mais apresentou casos (n=42; 68,85%), seguido do município de Pacaraima (n=4; 6,56%) e do município do Cantá (n=3; 4,92%) (**Tabela 9**). Os demais municípios apresentaram ao menos 1 caso durante o período analisado.

Tabela 9 – Casos de criança exposta ao HIV segundo município de residência, 2025, Roraima.

Município de residência	N	%
Alto Alegre	1	1,64
Amajari	1	1,64
Boa Vista	42	68,85
Bonfim	2	3,28
Cantá	3	4,92
Caroebe	1	1,64
Iracema	2	3,28
Mucajaí	2	3,28
Normandia	1	1,64
Pacaraima	4	6,56
Rorainópolis	2	3,28
Total	**61**	**100**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Quanto aos dados sociodemográficos de criança exposta ao HIV, na **Tabela 10** pode-se observar que 100% dos casos ocorreram em menores de 1 ano, com predominância dos casos no sexo feminino (n=34; 55,74%) e na raça/cor parda (n=47; 77,05%).

Tabela 10 – Casos de criança exposta ao HIV segundo faixa etária, sexo e raça/cor, 2025, Roraima.

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
Menor de 1 ano	61	100
Sexo		
Masculino	27	44,26
Feminino	34	55,74
Raça/cor		
Branca	3	4,92
Parda	47	77,05
Indígena	11	18,03

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Sífilis Adquirida

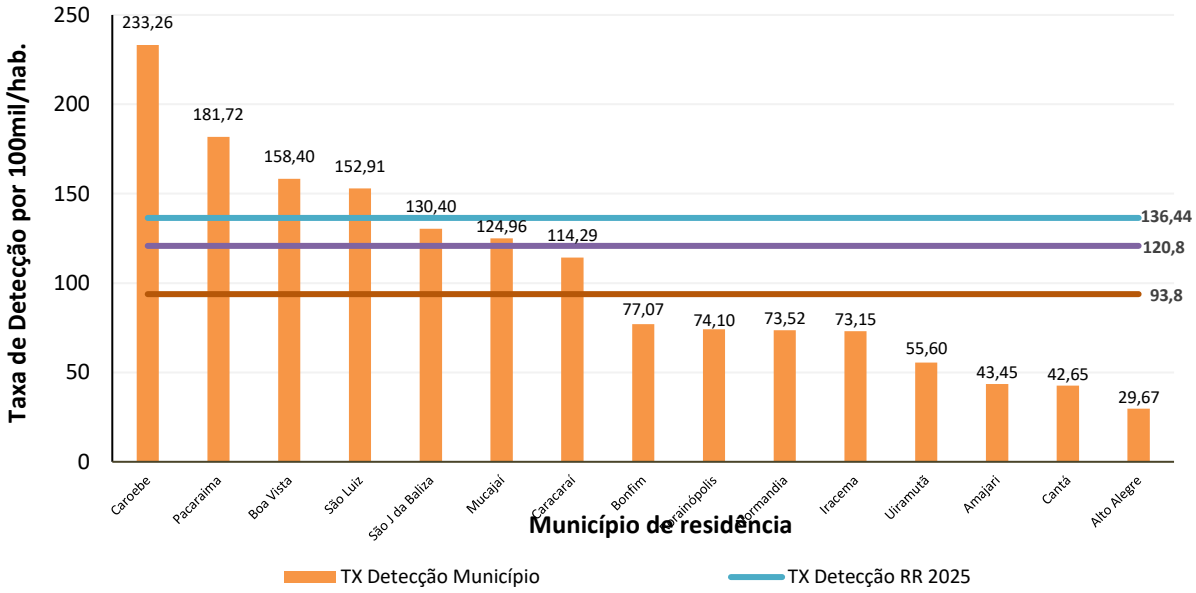
No estado de Roraima, no ano de 2025, foram notificados 1.008 casos de Sífilis Adquirida. A **Tabela 11** demonstra que o município que apresentou o maior número de casos foi Boa Vista com 769 casos, seguido do município de Pacaraima (n=42) e de Rorainópolis e Caroebe, ambos com 28 casos cada. A Taxa de Detecção da Sífilis Adquirida em Roraima, no ano de 2025, foi de 136,44/100mil habitantes (**Gráfico 10**). Ao analisarmos a taxa por município, Caroebe demonstra a maior Taxa de Detecção (233,26/100 mil hab) sendo quase o dobro da taxa de Roraima (136,44/100mil hab.) e do Brasil (120,80/100 mil hab.). O município de Boa Vista é o que apresenta o maior número de casos em dados absolutos, porém é o terceiro município com maior Taxa de Detecção (158,40/100 mil hab). Dos 15 municípios do Estado, 4 apresentam Taxa de Detecção superior à do estado de Roraima, sendo estes: Caroebe, Pacaraima, Boa Vista e São Luiz (**Gráfico 10**).

Tabela 11 – Casos de Sífilis Adquirida segundo município de residência e Taxa de Detecção por 100 mil habitantes, 2025, Roraima.

Município de residência	N	%	TX Detecção
Alto Alegre	7	0,69	29,67
Amajari	7	0,69	43,45
Boa Vista	769	76,29	158,40
Bonfim	12	1,19	77,07
Cantá	9	0,89	42,65
Caracaraí	26	2,58	114,29
Caroebe	28	2,78	233,26
Iracema	8	0,79	73,15
Mucajaí	25	2,48	124,96
Normandia	12	1,19	73,52
Pacaraima	42	4,17	181,72
Rorainópolis	28	2,78	74,10
São João DA Baliza	13	1,29	130,40
São Luiz	12	1,19	152,91
Uiramutã	9	0,89	55,60
Ignorado	1	0,10	0,14
Total	**1008**	**100**	**TX RR 136,44**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 10 – Demonstrativo de Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida por município e de Roraima no ano de 2025, do Brasil e da Região Norte no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 12 – Casos de Sífilis Adquirida segundo faixa etária, sexo e raça/cor, 2025, Roraima.

VARIÁVEIS	N	%
FAIXA ETÁRIA		
Menor 1 ano	11	1,09
5 a 9 anos	1	0,10
10 a 14 anos	6	0,60
15 a 19 anos	102	10,12
20 a 29 anos	376	37,30
30 a 39 anos	229	22,72
40 a 49 anos	150	14,88
50 a 59 anos	58	5,75
60 a 69 anos	46	4,56
70 a 79 anos	21	2,08
80 anos e mais	8	0,79
Sexo		
Masculino	617	61,21
Feminino	391	38,79
Razão	1,6	-
Raça/cor		
Ign/Branco	43	4,27
Branca	105	10,42
Preta	75	7,44
Amarela	5	0,50
Parda	722	71,63
Indígena	58	5,75

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026.

Dados sujeitos a alterações.

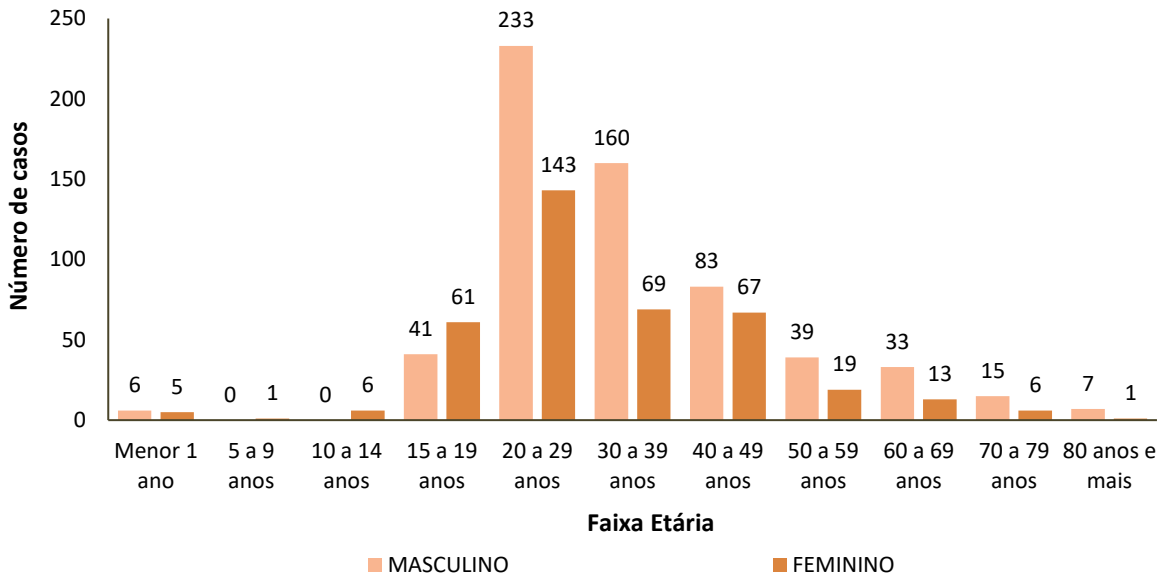
A distribuição dos casos de Sífilis Adquirida em Roraima no ano de 2025 em relação aos dados sociodemográficos (**Tabela 12**) demonstrou predominância entre adultos jovens, especialmente na faixa etária de 20 a 29 anos, que concentrou 376 casos (37,30%), seguida pelos indivíduos de 30 a 39 anos, com 229 casos (22,72%), e de 40 a 49 anos, com 150 casos (14,88%). Em conjunto, essas três faixas etárias representaram aproximadamente 75% de todas as notificações, evidenciando maior ocorrência da doença na população em idade sexualmente ativa. Observou-se ainda casos nos extremos de idade, tanto entre crianças quanto entre idosos. Entretanto, os casos registrados nas faixas etárias de menores de 1 ano e entre 5 a 9 anos

necessitam ser avaliados pois podem tratar-se de casos que deveriam ser notificados em outra Ficha de Notificação (Sífilis Congênita). Em relação ao sexo, verificou-se predominância do sexo masculino com 617 casos (61,21%), enquanto o sexo feminino contabilizou 391 casos (38,79%). A razão de sexo foi de 1,6 homem para cada mulher acometida, indicando maior ocorrência da Sífilis Adquirida entre os homens (**Tabela 12**).

O **Gráfico 11** demonstra que essa predominância masculina foi observada principalmente nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, que apresentaram os maiores quantitativos de casos, enquanto nas demais faixas etárias a distribuição entre os sexos mostrou-se mais equilibrada, embora ainda com discreta predominância masculina.

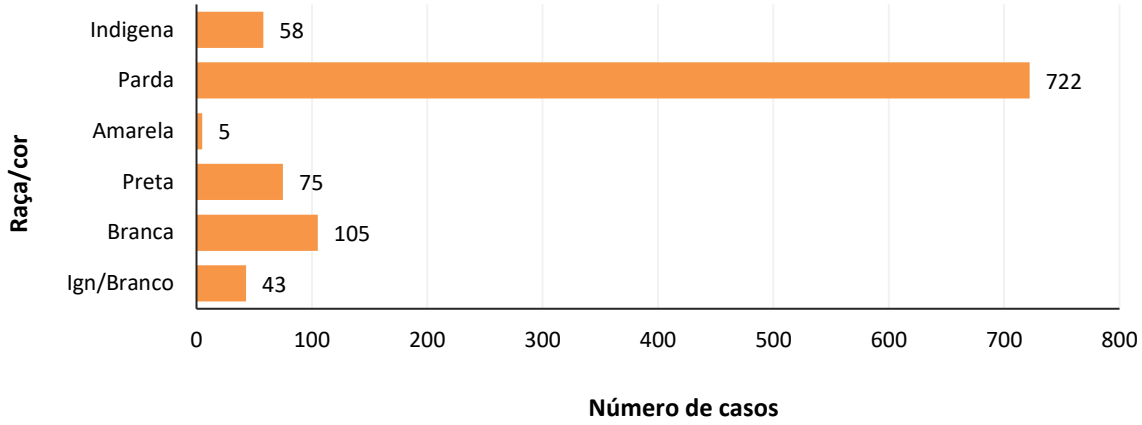
Quanto à distribuição segundo raça/cor (**Tabela 12** e **Gráfico 12**), observou-se predomínio expressivo de pessoas autodeclaradas pardas, correspondendo a 722 casos (71,63%), seguidas pelas pessoas brancas com 105 casos (10,42%), pretas com 75 casos (7,44%) e indígenas com 58 casos (5,75%). Além disso, 43 notificações (4,27%) foram registradas como ignoradas ou em branco. Esse perfil reforça a necessidade de manutenção das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno direcionadas à população em geral, considerando as especificidades territoriais e populacionais de Roraima.

Gráfico 11 – Casos de Sífilis Adquirida segundo sexo e faixa etária, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 12 – Casos de Sífilis Adquirida segundo raça/cor, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Sífilis em gestante

Tabela 13 – Casos de Sífilis em gestante segundo município de residência e Taxa de Detecção por 1.000 nascidos vivos, 2025, Roraima.

Município de residência	N	%	TX Detecção
Alto Alegre	4	0,92	15,09
Amajari	6	1,38	23,81
Boa Vista	317	72,71	44,96
Bonfim	8	1,83	19,85
Cantá	7	1,61	17,90
Caracaraí	6	1,38	22,56
Caroebe	5	1,15	23,81
Iracema	8	1,83	78,43
Mucajaí	15	3,44	52,08
Normandia	4	0,92	8,13
Pacaraima	31	7,11	74,88
Rorainópolis	11	2,52	20,15
São João da Baliza	4	0,92	26,32
São Luiz	3	0,69	34,48
Uiramutã	7	1,61	14,80
Total	**436**	**100**	**TX RR 38,27**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

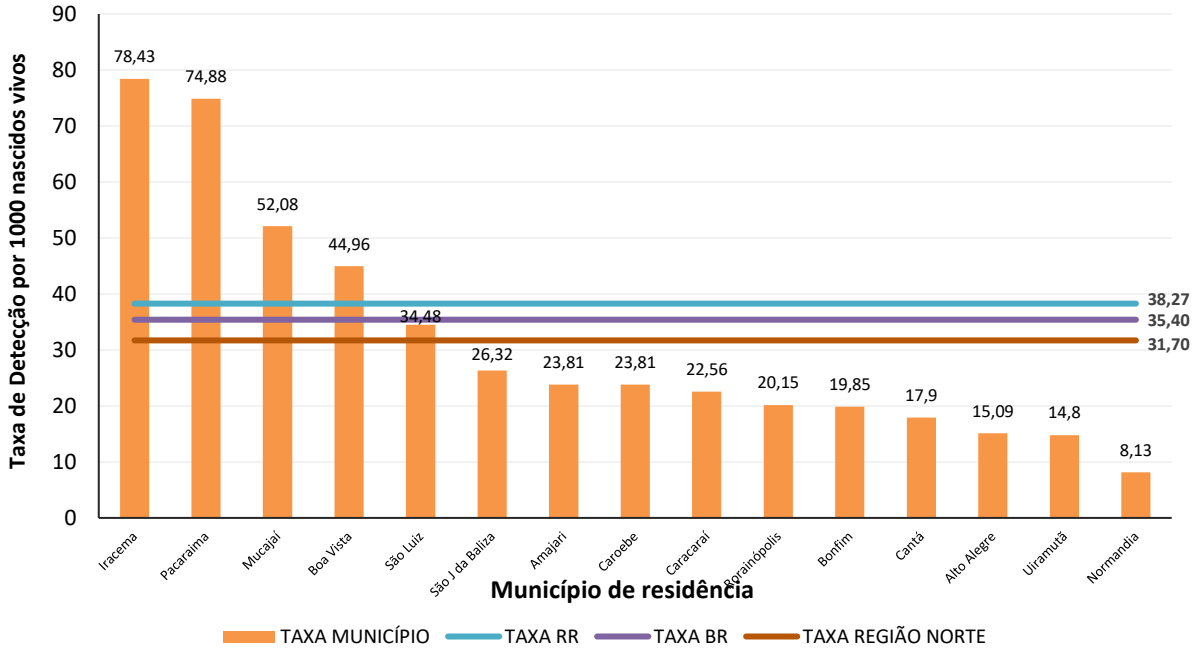
No ano de 2025, no estado de Roraima, foram notificados 436 casos de Sífilis

em gestante e uma Taxa de Detecção em Roraima de 38,27/1.000 nascidos vivos (**Tabela 13**), demonstrando um alerta para a necessidade de consolidar as práticas de enfrentamento a Sífilis em todas as instâncias e níveis de atenção com o objetivo de fortalecer os serviços direcionados à gestante diagnosticada com sífilis e, em consequência, diminuir os casos de Sífilis Congênita em Roraima.

Os casos de Sífilis em gestantes nos municípios de Roraima demonstraram que o município de Boa Vista apresentou o maior número de casos no período analisado com 317 casos (72,71%), seguido de Pacaraima com 31 casos (7,11%), Mucajaí com 15 casos (3,44%) e Rorainópolis com 11 casos (2,52%) (**Tabela 13**).

Ao analisarmos as Taxas de Detecção por município de residência (**Gráfico 13**), o município de Iracema apresentou a maior Taxa de Detecção (78,43/1.000 nascidos vivos) no período analisado. Além disso, os municípios de Pacaraima, Mucajaí e Boa Vista, além de apresentarem os maiores número de casos, também apresentaram as maiores Taxas de Detecção, sobressaindo ainda as taxas de Roraima e do Brasil. Somando o município de São Luiz, estes 5 municípios ainda se apresentaram com taxa acima da taxa da Região Norte.

Gráfico 13 – Demonstrativo da Taxa de Detecção de Sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos por município e de Roraima em 2025 e do Brasil e Região Norte no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Em relação a faixa etária, o maior número de casos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos (n=242; 55,50%), seguida da faixa etária de 15 a 19 anos (n=109; 25,0%), o que demonstra que a faixa etária mais jovem, com início precoce da vida sexual ou fase mais ativa sexual, podem estar mais expostos a IST, demonstrando a importância de se fortalecer cada vez mais as políticas públicas destinadas a população na adolescência e mais jovem. Já os dados referentes aos casos segundo raça/cor, as gestantes pardas foram a maioria, apresentando 325 casos no período analisado, o que representa quase 75% do total de casos. Ressalta-se que na população indígena foram notificados 37 casos (8,49%), sendo a segunda maior raça/cor autodeclarada (**Tabela 14**).

Tabela 14 – Casos de Sífilis em gestante segundo faixa etária e raça/cor, 2025, Roraima.

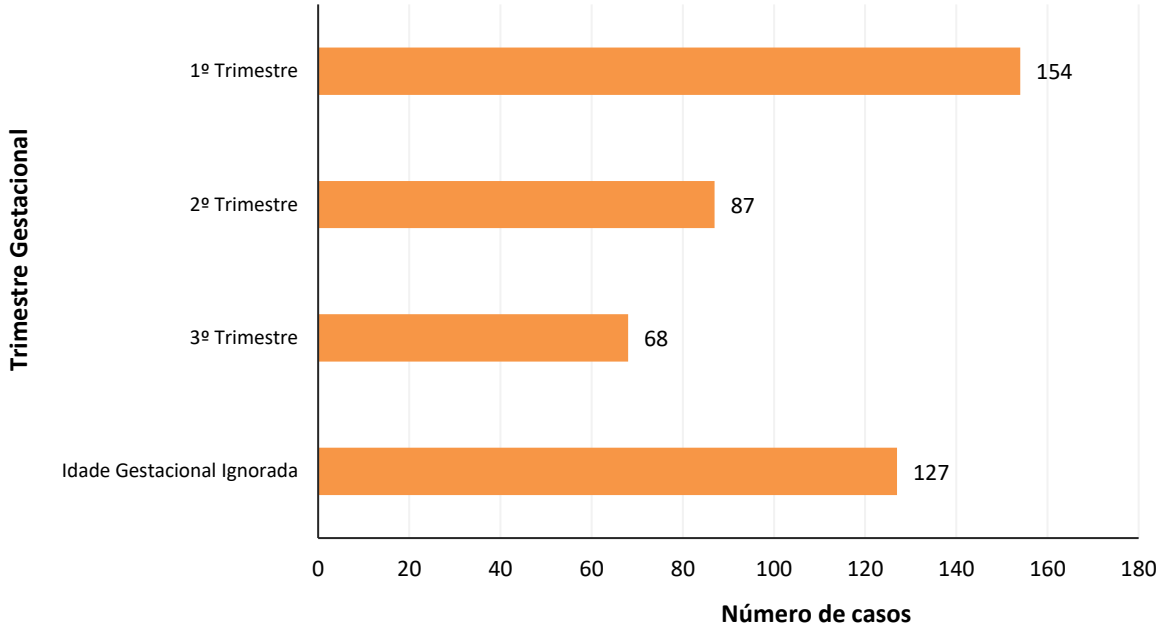
VARIÁVEIS	N	%
Faixa Etária		
10 a 14 anos	12	2,75
15 a 19 anos	109	25,00
20 a 29 anos	242	55,50
30 a 39 anos	67	15,37
40 a 49 anos	6	1,38
Raça/cor		
Ign/Branco	16	3,67
Branca	32	7,34
Preta	22	5,05
Amarela	4	0,92
Parda	325	74,54
Indígena	37	8,49

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Dos 436 casos de Sífilis em gestante em Roraima, a maior concentração de casos se deu no primeiro trimestre gestacional com 154 casos (35,3%), seguido do segundo trimestre com 87 casos (20,0%) e do terceiro trimestre com 68 casos (15,6%). O predomínio de diagnósticos no primeiro trimestre favorece o início oportuno do tratamento e a prevenção da transmissão vertical. Entretanto, a presença

de casos identificados nos trimestres mais avançados demonstra a necessidade de fortalecer a captação precoce das gestantes, a realização da testagem rápida durante todo o pré-natal e o tratamento adequado da gestante e de suas parcerias sexuais. Ressalta-se, ainda, que 127 registros (29,1%) apresentaram idade gestacional ignorada, indicando a necessidade de melhorar a completude e a qualidade das informações registradas no sistema de notificação (**Gráfico 14**).

Gráfico 15 – Casos de Sífilis em gestante segundo Trimestre Gestacional, 2025, Roraima.

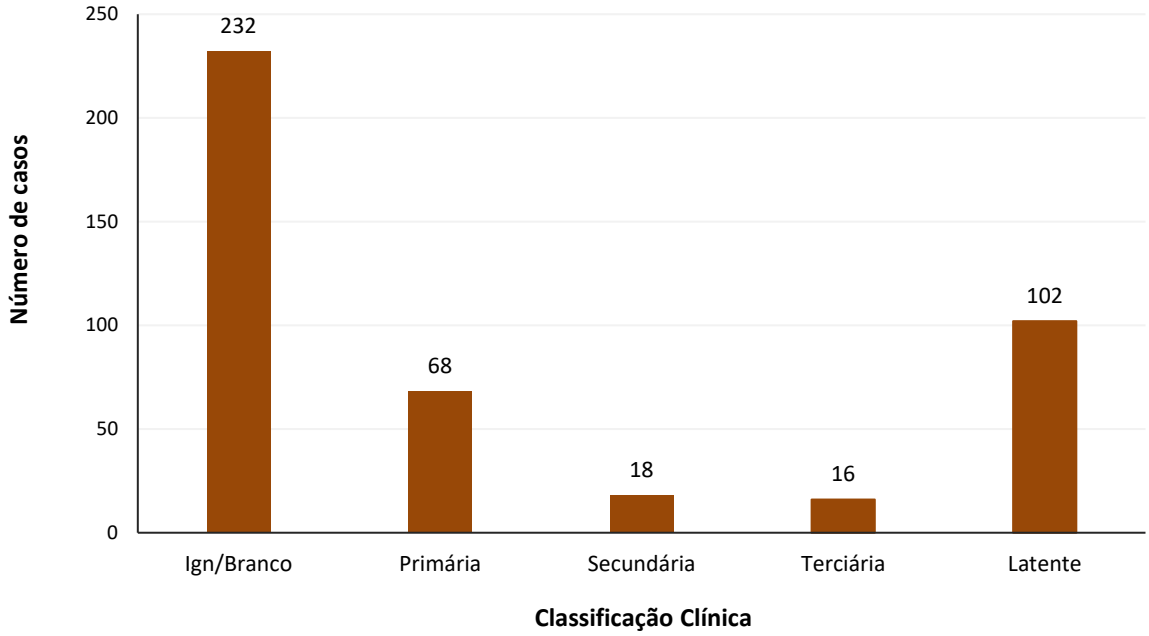


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Os dados apresentados segundo a Classificação Clínica da Sífilis se tornam primordiais para fortalecer a adoção da terapêutica adequada. Conforme o **Gráfico 15**, dos dados que continham a informação sobre classificação clínica, a mais predominante foi a latente com 102 casos (23,39%), seguido da primária com 68 casos (23,65%), da secundária com 18 casos (4,13%) e da terciária com 16 casos (3,67%). Pode-se observar, que os dados apresentados como ignorado ou em branco representaram 53,21% dos casos, ou seja, mais da metade do total de casos no período analisado, 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.

Gráfico 15 – Casos de Sífilis em gestante segundo classificação clínica, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

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 reduzir e/ou extinguir casos de 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 testagem rápida e exames para Sífilis no primeiro trimestre de gestação, idealmente na primeira consulta, e no segundo e 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.

Sífilis Congênita

No ano de 2025 foram notificados 161 casos de Sífilis Congênita. Conforme a **Tabela 15**, podemos observar que o município de Boa Vista apresentou aproximadamente 75% (n=120) do total de casos. Os municípios de Cantá, Caracaraí, Mucajaí, Pacaraima e Rorainópolis foram os municípios que mais apresentaram casos, depois de Boa Vista, e todos com 5 casos (3,11%) cada. O município de Caroebe foi o único município que não apresentou casos no período analisado.

Tabela 15 – Casos de Sífilis Congênita segundo município de residência e Taxa de incidência, 2025, Roraima.

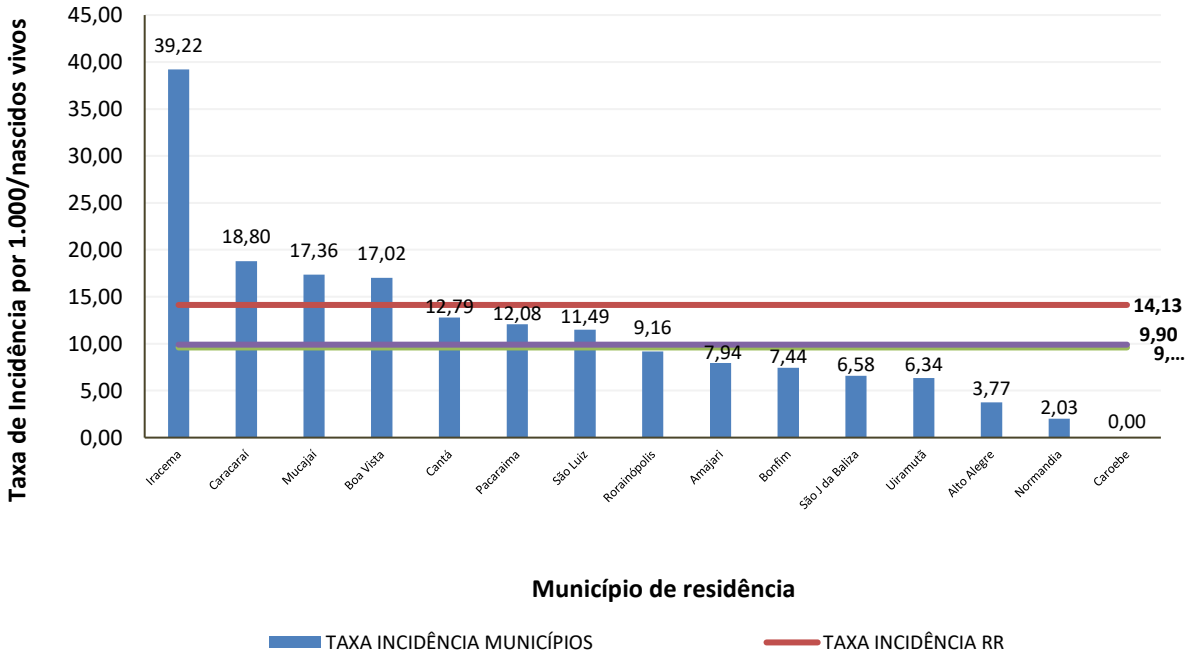
Município de residência	N	%	Taxa de Incidência
Alto Alegre	1	0,62	3,77
Amajari	2	1,24	7,94
Boa Vista	120	74,53	17,02
Bonfim	3	1,86	7,44
Cantá	5	3,11	12,79
Caracaraí	5	3,11	18,80
Caroebe	0	0,00	0,00
Iracema	4	2,48	39,22
Mucajaí	5	3,11	17,36
Normandia	1	0,62	2,03
Pacaraima	5	3,11	12,08
Rorainópolis	5	3,11	9,16
São João da Baliza	1	0,62	6,58
São Luiz	1	0,62	11,49
Uiramutã	3	1,86	6,34
Total	**161**	**100**	**TX RR 14,13**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Em 2025, Roraima apresentou uma Taxa de incidência de Sífilis Congênita de 14,13/1.000 nascidos vivos, superior às taxas registradas para o Brasil (9,60/1.000 nascidos vivos) e para a Região Norte (9,90/1.000 nascidos vivos) em 2024. Entre os municípios, Iracema apresentou a maior taxa com 39,22/1.000 nascidos vivos, seguido por Caracaraí (18,80), Mucajaí (17,36) e Boa Vista (17,02), todos com valores

superiores à taxa estadual. Os municípios de Cantá, Pacaraima e São Luiz, embora abaixo da média de Roraima, apresentaram taxas superiores às referências nacional e regional (**Gráfico 16**). A elevada variação entre os municípios evidencia desigualdades territoriais e aponta para a necessidade de fortalecer o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado da Sífilis durante o pré-natal. Ressalta-se que, especialmente nos municípios com menor número de nascidos vivos, as taxas devem ser analisadas em conjunto com os números absolutos, devido à possibilidade de grande oscilação do indicador a partir de poucos casos. Faz-se 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 nos municípios de Roraima.

Gráfico 16 – Comparativo da Taxa de incidência de Sífilis Congênita por 1.000/nascidos vivos por município e de Roraima no ano de 2025 e no Brasil e Região Norte no ano de 2024.

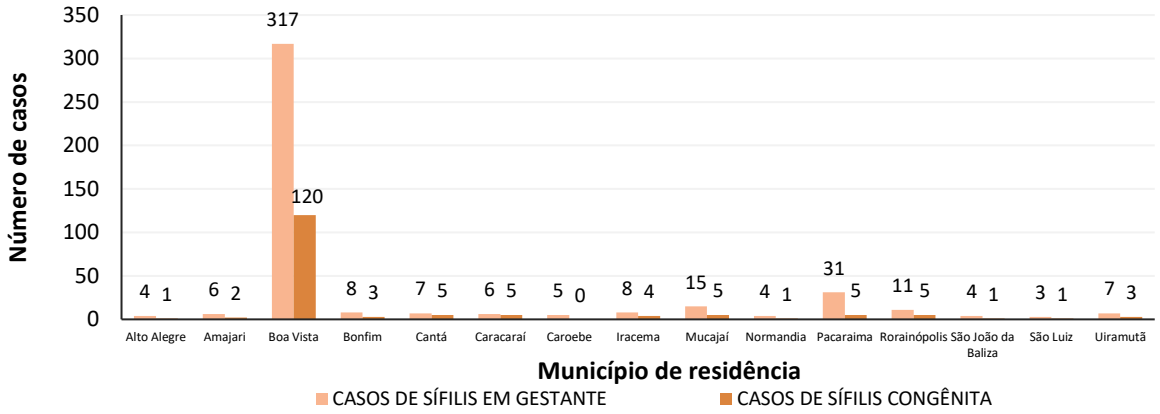


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Ao compararmos o número de casos de Sífilis em gestantes e de Sífilis Congênita no ano de 2025 (**Gráfico 17**), observa-se uma concentração de casos principalmente em Boa Vista, com 317 casos de Sífilis em gestantes e 120 casos de Sífilis Congênita, onde o número de casos de Sífilis Congênita correspondeu a

37,9% do número de casos de Sífilis em gestantes, representando uma diferença de 62,1% entre os registros. Embora a notificação da Sífilis Congênita esteja diretamente relacionada à ocorrência de Sífilis durante a gestação, destaca-se que essa comparação não deve ser interpretada como taxa de Transmissão Vertical, uma vez que os casos podem corresponder a diferentes períodos gestacionais e de nascimento, o que necessitaria de uma avaliação mais aprofundada dos casos. Ainda assim, a persistência de elevado número de casos congênitos reforça a necessidade de qualificar o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno da gestante e de suas parcerias sexuais, bem como o acompanhamento adequado dos recém-nascidos expostos. Além disso, essa concentração de casos em Boa Vista pode estar relacionada ao maior contingente populacional e ao maior número de nascimentos de residentes no município em questão, além da maior disponibilidade de serviços de saúde e capacidade de diagnóstico e notificação local. Observa-se ainda, que em alguns municípios, o número de casos de Sífilis Congênita foi próximo ao número de gestantes notificadas com Sífilis. Em Caracaraí, por exemplo, foram registrados 6 casos de Sífilis em gestantes e 5 de Sífilis Congênita; em Cantá, 7 e 5 casos; e em Rorainópolis, 11 e 5 casos, respectivamente. Caroebe foi o único município que apresentou casos de Sífilis em gestantes, com 5 registros, sem ocorrência de Sífilis Congênita, o que pode indicar efetividade das ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das gestantes, mas também deve ser interpretado considerando a possibilidade de pequeno número reduzido de nascimentos de residentes no município, atraso na notificação ou subnotificação de casos.

Gráfico 17 – Comparativo dos casos de Sífilis em gestante e de Sífilis Congênita segundo município de residência, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Os casos de Sífilis Congênita ocorreram 100% na faixa etária de menor de um ano como pode-se observar na **Tabela 16**, visto sua relação com a Transmissão Vertical e tendo seu diagnóstico no momento da realização do parto das gestantes. O sexo feminino foi predominante com 81 casos (50,31%) e 8,07% dos casos constavam como ignorado essa informação. A raça/cor parda correspondeu a 130 casos, representando mais de 80% dos casos.

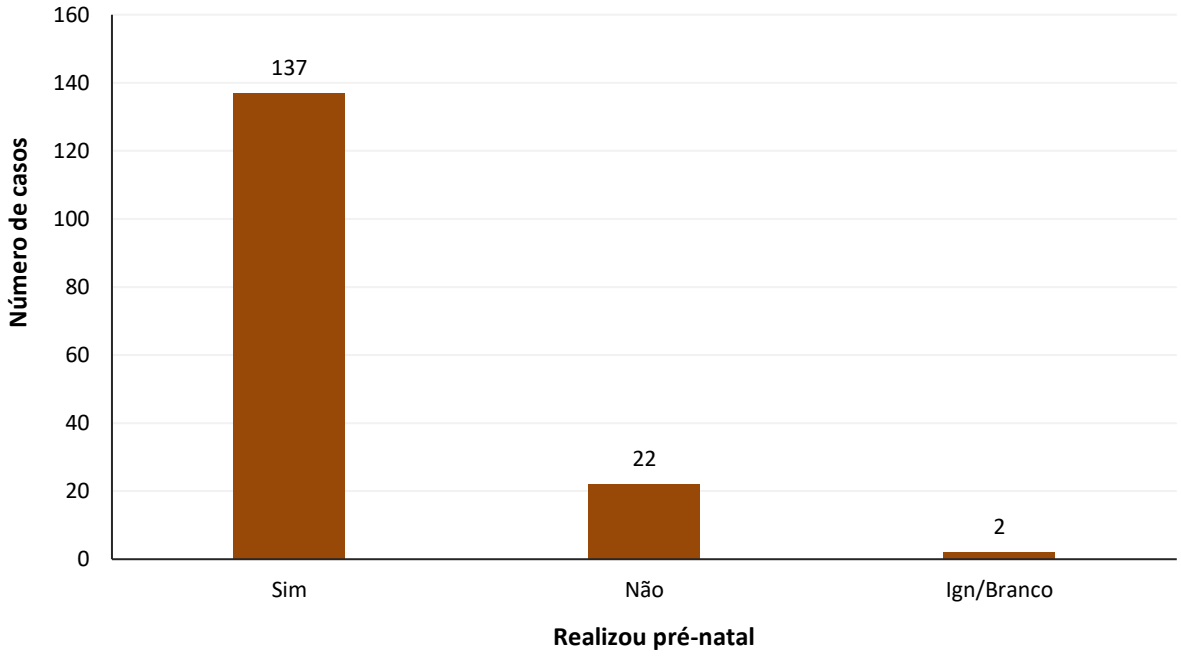
Tabela 16 – Casos de Sífilis Congênita segundo faixa etária, sexo e raça/cor, 2025, Roraima.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa Etária		
Menor 1 ano	161	100
Sexo		
Ignorado	13	8,07
Masculino	67	41,61
Feminino	81	50,31
Raça/cor		
Ign/Branco	13	8,07
Branca	4	2,48
Parda	130	80,75
Indígena	14	8,70

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

No **Gráfico 18**, observa-se que 85,1% das mães de crianças notificadas com Sífilis Congênita realizaram acompanhamento pré-natal, enquanto 13,7% não realizaram e 1,2% dos registros apresentaram informação ignorada ou em branco. Esse dado revela que mesmo a elevada proporção de mulheres que realizaram pré-natal, a ocorrência da Sífilis Congênita pode não estar relacionada apenas à ausência de acompanhamento gestacional, mas também pode refletir de falhas na qualidade e na oportunidade da assistência, como início tardio do pré-natal, testagem rápida realizada fora dos períodos recomendados, diagnóstico tardio, tratamento inadequado ou incompleto da gestante, ausência de tratamento das parcerias sexuais e possibilidade de reinfecção. Dessa forma, os resultados reforçam que a ampliação da cobertura do pré-natal, embora fundamental, deve estar acompanhada da qualificação da assistência prestada, com garantia de testagem oportuna, tratamento adequado, registro correto das informações e acompanhamento da gestante e de suas parcerias durante todo o período gestacional

Gráfico 18 – Casos de Sífilis Congênita segundo pré-natal materno, 2025, Roraima.

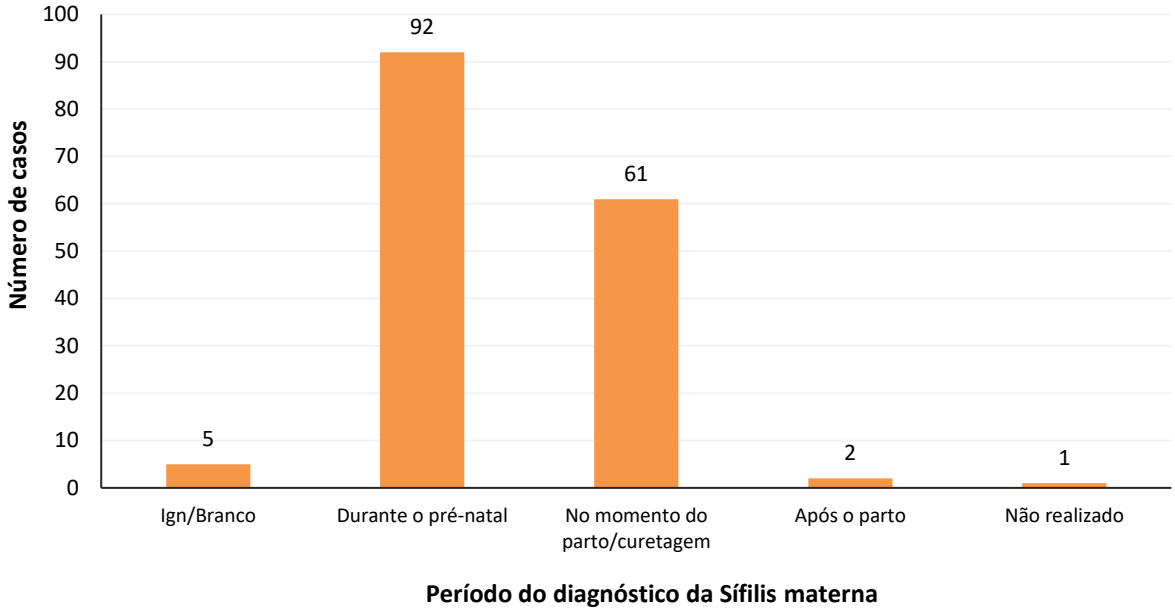


Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Além disso, conforme o **Gráfico 19**, somente 57,14% (n=92) das gestantes tiveram o diagnóstico durante o pré-natal e, 37,89% (n=61) durante o momento do

parto/curetagem. Reforça-se a necessidade de ofertar e realizar a testagem rápida durante os trimestres gestacionais, oportunizando um diagnóstico mais precoce, o que pode reduzir os casos relacionados a Transmissão Vertical.

Gráfico 19 – Casos de Sífilis Congênita segundo diagnóstico de Sífilis materna, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST – Nível Estadual

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.

No ano de 2025 foram notificados 1.498 casos de IST, ressaltando que foram considerados apenas as IST que constam na lista de agravos de interesse estadual de notificação do estado de Roraima (Portaria Nº 1128/SESAU/CGVS, de 28 de abril de 2026). Dos casos notificados, 88,18% (n=1.321) foram de Síndrome do corrimento cervical em mulheres, seguido do Condiloma Acuminado (Verrugas Anogenitais) com 97 casos (6,48%) (**Tabela 17**). A maioria das infecções são assintomáticas e/ou não aparentes ou podem apresentar-se sob a forma sub clínica. 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 17 – Casos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo agravo, 2025, Roraima.

Agravos IST Nível Estadual	**N**	**%**
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	97	6,48
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	37	2,47
SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLÚIDA A HERPES GENITAL)	5	0,33
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	1.321	88,18
TRICOMONIASE	38	2,54
Total	**1.498**	**100**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

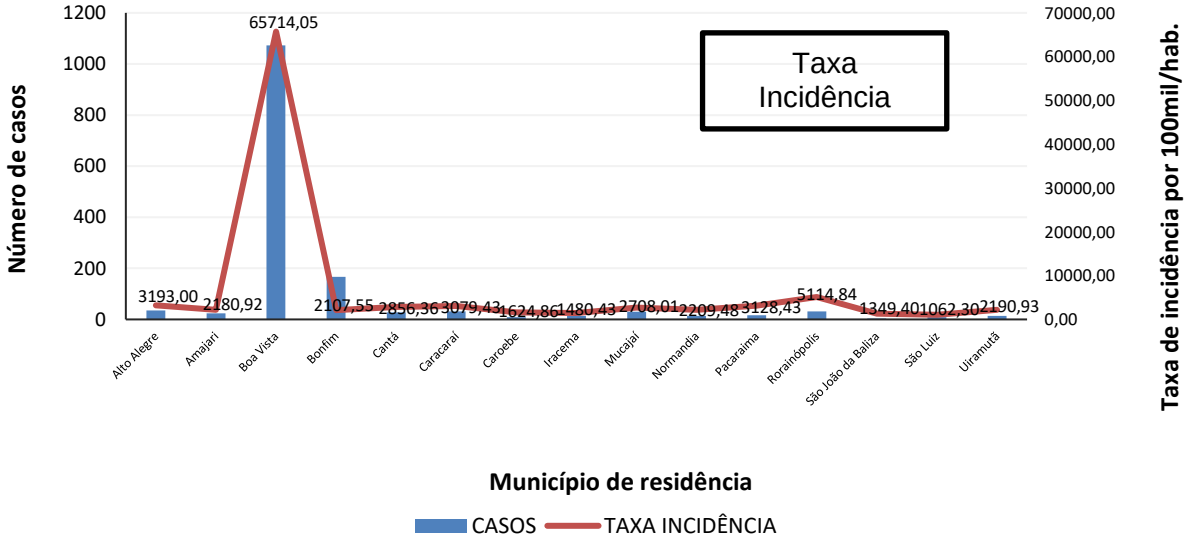
Nos casos notificados segundo município de residência (**Tabela 18**), Boa Vista apresentou maior número de casos notificados no período com um total de 1.073 casos notificados (71,63%), seguido do município de Bonfim com 167 casos (11,15%) e Alto Alegre com 35 casos (2,34%). Agora, observando os municípios por Taxa de Incidência, Boa Vista, Rorainópolis, Alto Alegre, Pacaraima e Caracaraí foram os municípios que apresentaram as maiores Taxas de Incidência por 100 mil/habitantes em Roraima (**Gráfico 20**).

Tabela 18 – Casos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo agravo e município de residência, 2025, Roraima.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCL HERPES GENITAL)	SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	TRICOMONIASE	Total	%
Alto Alegre	2	0	0	33	0	**35**	**2,34**
Amajari	3	1	0	18	2	**24**	**1,60**
Boa Vista	63	21	2	960	27	**1.073**	**71,63**
Bonfim	10	0	0	156	1	**167**	**11,15**
Cantá	3	1	0	23	0	**27**	**1,80**
Caracaraí	4	4	0	23	0	**31**	**2,07**
Caroebe	0	0	0	7	2	**9**	**0,60**
Iracema	1	2	0	10	1	**14**	**0,93**
Mucajaí	6	1	0	22	1	**30**	**2,00**
Normandia	0	0	0	14	0	**14**	**0,93**
Pacaraima	0	1	0	14	1	**16**	**1,07**
Rorainópolis	3	6	1	21	0	**31**	**2,07**
São João da Baliza	1	0	0	3	0	**4**	**0,27**
São Luiz	1	0	2	4	2	**9**	**0,60**
Uiramutã	0	0	0	13	1	**14**	**0,93**
Total	**97**	**37**	**5**	**1.321**	**38**	**1.498**	**100**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 20 – Casos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo município de residência e Taxa de Incidência por 100 mil habitantes, 2025, Roraima.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

A **Tabela 19** demonstram o número de casos de IST segundo faixa etária, sendo que 79,77% dos casos notificados estão na faixa etária mais ativa sexualmente da população que é de 15 a 39 anos e, desses, aproximadamente 43% se concentra na faixa etária de 20 a 29 anos. Os extremos de idades como menores de 1 ano e idosos acima de 60 anos apresentaram casos no período analisado, mesmo que em uma minoria.

Tabela 19 – Casos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo faixa etária e agravo, 2025, Roraima.

Agravos IST Nivel Estadual	Menor 1 ano	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	Total
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	0	0	0	1	25	20	19	20	12	0	**97**
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	0	1	0	10	11	6	2	2	4	1	**37**
SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCL HERPES GENITAL)	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	**5**
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	10	0	17	204	592	288	131	55	22	2	**1.321**
TRICOMONIASE	1	0	0	6	18	9	4	0	0	0	**38**
Total	**11**	**1**	**17**	**222**	**648**	**325**	**156**	**77**	**38**	**3**	**1.498**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Conforme a **Tabela 20** os casos foram predominantes no sexo feminino com mais de 98% (n=1.475) e na raça/cor parda com um pouco mais de 85% (n=1.274) dos casos, seguido da raça/cor indígena (n=82; 5,47%). Além disso, sobre a raça/cor, 5,74% (n=86) dos casos estavam como ignorados/em branco, ou seja, não continham a informação sobre este campo.

Tabela 20 – Casos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo sexo, raça/cor e agravo, 2025, Roraima.

VARIÁVEIS	CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCL HERPES GENITAL)	SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	TRICOMONIASE	TOTAL	%
Sexo							
Masculino	4	10	5	4	0	**23**	**1,54**
Feminino	93	27	0	1.317	38	**1.475**	**98,46**
Raça/cor							
Ign/Branco	4	0	0	80	2	**86**	**5,74**
Branca	1	0	0	32	1	**34**	**2,27**
Preta	1	0	0	13	1	**15**	**1,00**
Amarela	1	0	0	6	0	**7**	**0,47**
Parda	82	34	5	1.123	30	**1.274**	**85,05**
Indígena	8	3	0	67	4	**82**	**5,47**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Outras IST como a Infecção pelo vírus linfotrópico de célula T humanas (HTLV) e MPOX, além de casos de criança exposta ao risco de Transmissão Vertical de infecção pelo HTLV, devem ser registrados no e-SUS Sinan, plataforma de registro eletrônico das notificações em tempo real, desenvolvida pelo Ministério da Saúde. No ano de 2025, 3 casos de HTLV foram notificados no sistema, sendo 2 descartados após investigação e 1 caso ainda se encontra em investigação. De criança exposta ao HTLV, no mesmo período, ocorreu 1 caso concluído após investigação como confirmado laboratorialmente, tratando-se de criança menor de 1 ano, do sexo masculino, da raça/cor parda, residente do município de Boa Vista com evolução para óbito pelo agravo notificado. Este cenário demonstra a importância de implementar e implantar fluxos e a Linha de cuidado direcionados ao HTLV no estado de Roraima com o objetivo de fortalecer o monitoramento dos casos, diagnóstico oportuno e acompanhamento clínico de casos.

Já dos casos relacionados a MPOX, no ano de 2025, em Roraima, foram notificados 26 casos no sistema que, após investigação, foram encerrados como descartado para o agravo, não apresentando nenhum caso confirmado para MPOX no período analisado.

Óbitos por HIV/Aids e Sífilis

De acordo com o Painel Monitora Saúde, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, no ano de 2025 ocorrem 34 óbitos relacionados ao HIV/Aids e 5 óbitos relacionados a Sífilis no estado de Roraima, no ano de 2025. Conforme a **Tabela 21**, podemos observar a distribuição dos óbitos por tipo de agravo relacionado a causa básica.

Tabela 21 – Óbitos relacionados as IST segundo causa básica, 2025, Roraima.

Causa básica Óbito	**N**	**%**
Doença pelo HIV não especificada	9	23,08
Doença pelo HIV resultando em outras doenças especificadas	4	10,26
Doença pelo HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias	19	48,72
Doença pelo HIV resultando em neoplasias malignas	2	5,13
Sífilis Congênita	3	7,69
Sífilis Tardia	2	5,13
Total	**39**	**100**

Fonte: Painel Monitora Saúde/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

A faixa etária mais acometida foi a de 40 a 49 anos com 10 casos, seguido da faixa etária de 30 a 39 anos, o que demonstra que além de serem a faixa etária mais acometida também são as que mais evoluíram a óbito pelo HIV/Aids, bem como a sífilis em menores de 1 ano estando relacionado a sífilis congênita. O sexo que mais foi a óbito por HIV/Aids foi o masculino (n=23), em contrapartida para sífilis foi o sexo feminino (n=11). Salienta-se que 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 22**).

Tabela 22 – Óbitos relacionados as IST segundo causa básica, faixa etária e sexo, 2025, Roraima.

Variáveis	HIV	%	SÍFILIS	%
Faixa Etária				
Menor de 1 ano	0	0,00	3	60,0
15 a 19 anos	1	2,94	0	0,00
20 a 29 anos	4	11,76	0	0,00
30 a 39 anos	8	23,53	0	0,00
40 a 49 anos	10	29,41	0	0,00
50 a 59 anos	7	20,59	0	0,00
60 a 69 anos	3	8,82	0	0,00
70 a 79 anos	1	2,94	2	40,0
Sexo				
Masculino	23	67,65	2	40,0
Feminino	11	32,35	3	60,0

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 21/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores apresentados neste Relatório Epidemiológico evidenciam que o HIV/Aids, a Sífilis e as demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) permanecem como importantes desafios para a saúde pública em Roraima. Embora o Estado tenha ampliado o acesso à testagem rápida, especialmente por meio da oferta de testes rápidos na Atenção Primária à Saúde, ainda persistem desafios relacionados ao diagnóstico oportuno, ao tratamento adequado, ao acompanhamento dos casos e ao fortalecimento da vigilância epidemiológica.

Os dados analisados do ano de 2025 reforçam a importância do pré-natal para a identificação precoce da infecção pelo HIV e da Sífilis em gestantes, contribuindo para a prevenção da Transmissão Vertical e para o acompanhamento das crianças expostas. Entretanto, permanecem necessárias ações voltadas ao tratamento das parcerias sexuais, à ampliação da Prevenção Combinada, incluindo o acesso à PrEP e à PEP, e ao fortalecimento das estratégias de educação em saúde.

Nesse contexto, torna-se fundamental manter o monitoramento contínuo dos indicadores epidemiológicos, qualificando os sistemas de informação e fortalecendo a integração entre vigilância e assistência. A utilização das informações produzidas por

este relatório representa um importante instrumento para subsidiar o planejamento, a tomada de decisão e a implementação de ações direcionadas à redução da transmissão das IST, à melhoria da qualidade da assistência e ao fortalecimento das políticas públicas de saúde no estado de Roraima.

RECOMENDAÇÕES

- Monitorar e avaliar os casos notificados para IST/HIV/Aids, implementando estratégias de fortalecimento a prevenção, testagem rápida, 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 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;
- Fortalecer 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 de Roraima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância em Saúde**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids. Acesso em: 21 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids. Acesso em: 21 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024**. Altera a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (World Health Organization). **Sexually transmitted infections (STIs)**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis). Acesso em: 21 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (World Health Organization). **Global Health Sector Strategies on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections 2022–2030**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 21 jul. 2026.

UNAIDS. **Global AIDS Update 2024: The Urgency of Now – AIDS at a Crossroads**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2024. Disponível em: https://www.unaids.org. Acesso em: 21 jul. 2026.

3.2 HEPATITES VIRAIS

Angela Aparecida Ferreira de Lima
Cícera Raquel Feitosa
Francinete Brito Ferreira
Jamilla Karla Corrêa Reis
Maria de Aparecida Cândido Baima Carneiro
Nelma Cavalcante da Costa
Sumaia dos Santos Dias
Tereza Cristina Silva dos Santos

O Núcleo de Controle das hepatites virais (NCHV) é responsável pela implementação, coordenação, monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas à prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e controle das hepatites virais (HV) no estado de Roraima. Suas ações têm como objetivo reduzir a transmissão das HV, ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas por essas infecções.

As HV constituem um importante problema de saúde pública em âmbito mundial. São infecções causadas pelos vírus A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) e E (HEV), que apresentam diferentes formas de transmissão, distribuição geográfica e evolução clínica. Enquanto as hepatites A e E são transmitidas predominantemente pela via fecal-oral, estando associadas às condições de saneamento e higiene, as hepatites B, C e D são transmitidas principalmente por exposição ao sangue e outros fluidos corporais, incluindo a transmissão sexual e vertical. Quando não diagnosticadas e tratadas oportunamente, especialmente as hepatites B e C, podem evoluir para formas crônicas, cirrose, carcinoma hepatocelular e óbito.

No Brasil, as HV são agravos de notificação compulsória e sua vigilância epidemiológica é realizada por meio dos sistemas oficiais de informação em saúde, com destaque para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O monitoramento contínuo desses agravos subsidia o planejamento, a implementação e a avaliação das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, além de contribuir para o alcance das metas nacionais e globais de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública.

Neste contexto, o presente Relatório Epidemiológico apresenta a análise dos casos de hepatites virais notificados no estado de Roraima no ano de 2025. O documento busca caracterizar o perfil epidemiológico da doença no Estado, identificar tendências e populações mais vulneráveis, além de subsidiar gestores e profissionais de saúde no planejamento, monitoramento e fortalecimento das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico, assistência e controle das hepatites virais.

DEMONSTRAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

HEPATITES VIRAIS

No ano de 2025 foram notificados 236 casos confirmados de hepatites virais no estado de Roraima. Conforme a **Tabela 1**, 231 casos foram confirmados laboratorialmente e 3 casos por confirmação clínico-epidemiológica. De acordo com a classificação etiológica, pode-se observar que o maior número de casos se refere a hepatite do tipo B com 101 casos, o que representa 41,16% do total de casos em relação aos outros tipos. O vírus do tipo C, o segundo maior em relação a número de casos, apresentou 96 casos confirmados, ou seja, aproximadamente 41% do total de casos. No período analisado, ainda ocorreram casos de coinfecção das hepatites B e C com 9 casos, perfazendo 3,85% 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 1 – Casos de hepatites virais segundo classificação final e classificação etiológica, 2025, Roraima.

Classificação final	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Não se aplica	Total
Confirmação laboratorial	17	3	101	96	1	9	4	**231**
Confirmação clínico-epidemiológica	3	0	0	0	0	0	0	**3**
Total	**20**	**3**	**101**	**96**	**1**	**9**	**4**	**234**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 23/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Na **Tabela 2**, ao observarmos a distribuição de casos por município de residência, Boa Vista apresentou 142 casos (60,17%) com uma predominância do vírus C (n=69), seguido do município de Rorainópolis (n=24; 10,17%) com uma predominância do vírus B (n=16). Observa-se também que ignorados/branco aparecem com um total de 20 casos. A Taxa de Detecção de Roraima foi 31,94/100 mil habitantes. Já os municípios com as maiores Taxa de Detecção com base no total de casos no período analisado, foram Rorainópolis (63,51/100 mil habitantes), Uiramutã (55,60/100 mil habitantes) e Iracema (54,86/100 mil habitantes). Com este cenário, necessita-se fortalecer as estratégias para diagnóstico precoce e garantir a efetividade do tratamento de maneira adequada a fim de atingir as populações que ofereçam maior risco de se exporem e/ou contaminarem e ampliar as informações sobre as hepatites virais.

Tabela 2 – Casos de hepatites virais segundo município de residência, classificação etiológica e Taxa de Detecção por 100mil/habitantes, 2025, Roraima.

Município de residência	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Não se aplica	Total	%	Taxa Detecção
Alto Alegre	1	0	1	6	0	0	0	**8**	**3,39**	**33,91**
Amajari	0	0	2	2	0	0	0	**4**	**1,69**	**24,83**
Boa Vista	10	2	52	69	0	7	2	**142**	**60,17**	**29,25**
Bonfim	0	0	2	2	0	0	0	**4**	**1,69**	**25,69**
Cantá	0	0	1	4	0	0	0	**5**	**2,12**	**23,69**
Caracaraí	0	0	8	1	0	0	0	**9**	**3,81**	**39,56**
Caroebe	0	0	3	3	0	0	0	**6**	**2,54**	**49,98**
Iracema	2	0	1	1	0	0	2	**6**	**2,54**	**54,86**
Mucajaí	0	0	5	1	1	0	0	**7**	**2,97**	**34,99**
Normandia	2	0	0	0	0	0	0	**2**	**0,85**	**12,25**
Pacaraima	0	1	3	0	0	1	0	**5**	**2,12**	**21,63**
Rorainópolis	0	0	16	7	0	1	0	**24**	**10,17**	**63,51**
São João da Baliza	0	0	1	0	0	0	0	**1**	**0,42**	**10,03**
São Luiz	1	0	1	0	0	0	0	**2**	**0,85**	**25,48**
Uiramutã	4	0	5	0	0	0	0	**9**	**3,81**	**55,60**
Total	**20**	**3**	**101**	**96**	**1**	**9**	**4**	**234**	**100**	**TX RR 31,94**

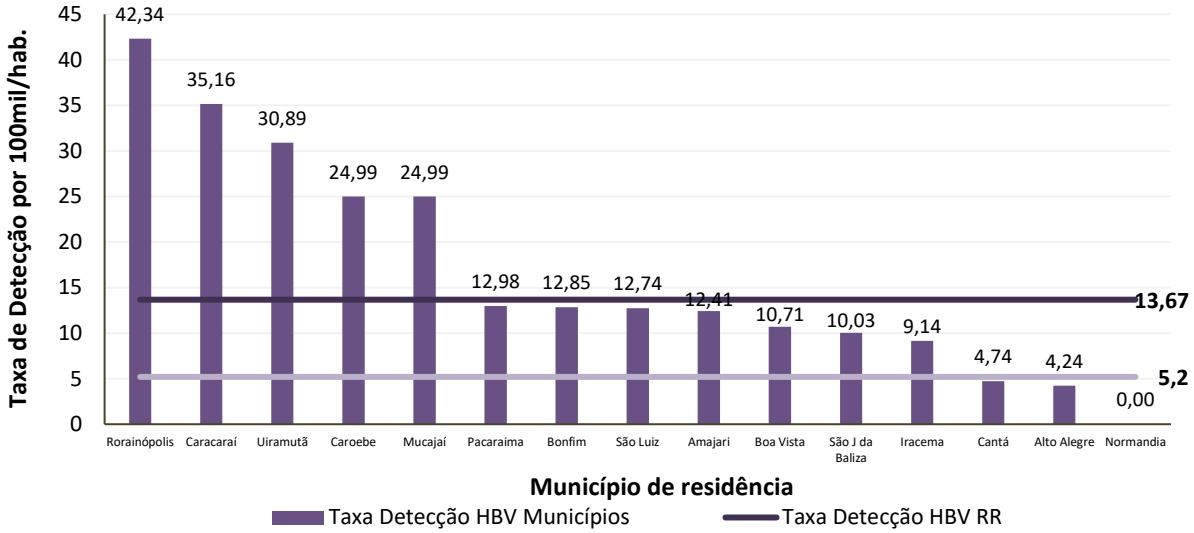
Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Detalhadamente, os **Gráficos 1 e 2** apresentam a distribuição das Taxas de Detecção de hepatites B e C por 100 mil habitantes segundo município de residência, comparadas às taxas de Roraima em 2025 e do Brasil em 2024. Para a hepatite B, Roraima registrou uma taxa de 13,67/100 mil habitantes, superior à observada para o Brasil (5,2/100 mil habitantes). As maiores taxas foram observadas nos municípios de Rorainópolis (42,34/100 mil habitantes), Caracaraí (35,16/100 mil habitantes) e Uiramutã (30,89/100 mil habitantes), seguidos por Caroebe e Mucajaí, ambos com 24,99/100 mil habitantes. Em contrapartida, Alto Alegre (4,24/100 mil habitantes) e Cantá (4,74/100 mil habitantes) apresentaram as menores taxas no período analisado, ficando também abaixo da média nacional. Observa-se ainda que cinco municípios apresentaram taxas superiores à estadual, evidenciando importante heterogeneidade na distribuição da hepatite B no Estado (**Gráfico 1**).

Em relação à hepatite C, a Taxa de Detecção em Roraima foi de 12,99/100 mil habitantes, também superior à taxa nacional (8,0/100 mil habitantes). As maiores taxas foram registradas em Alto Alegre (25,44/100 mil habitantes), Caroebe (24,99/100 mil habitantes), Cantá (18,96/100 mil habitantes) e Rorainópolis (18,52/100 mil habitantes), seguidos por Boa Vista (14,21/100 mil habitantes), sendo os cinco municípios que apresentaram taxas acima da média estadual, enquanto Normandia, Pacaraima, São Luiz, São João da Baliza e Uiramutã não registraram casos de hepatite C em 2025 (**Gráfico 2**).

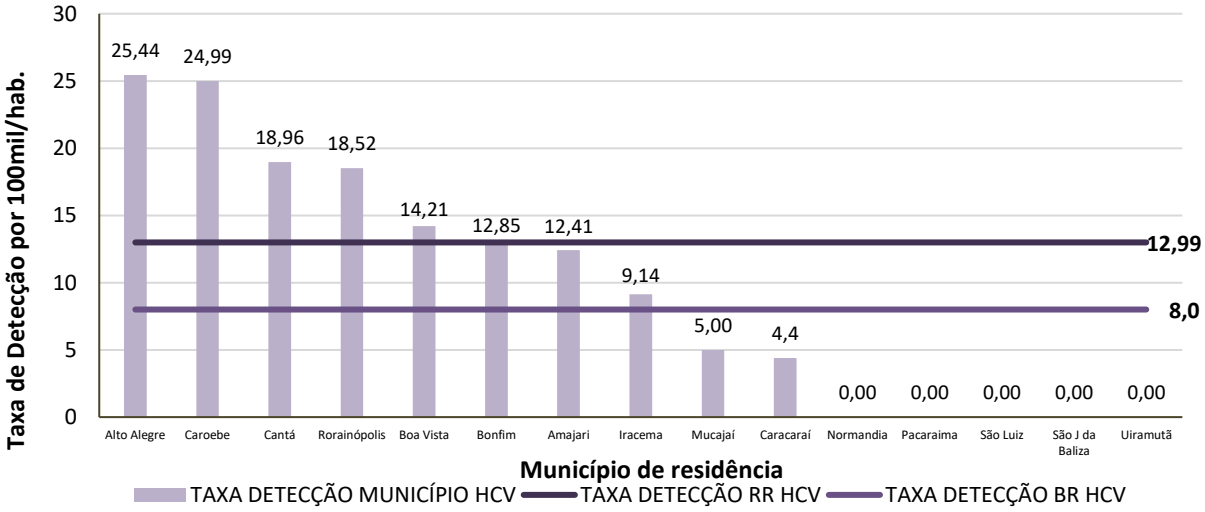
A comparação entre os agravos demonstra que, o padrão de distribuição territorial difere entre as doenças. Essas diferenças sugerem distintos perfis epidemiológicos, reforçando a necessidade de estratégias de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento adaptadas às especificidades de cada município. Além disso, as elevadas taxas observadas em alguns municípios de pequeno porte devem ser interpretadas com cautela, uma vez que pequenas variações no número absoluto de casos podem produzir oscilações expressivas nas taxas de detecção devido ao reduzido tamanho populacional.

Gráfico 1 – Demonstrativo da Taxa de Detecção de hepatite B por 100 mil habitantes por município e de Roraima no ano de 2025 e, do Brasil no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 2 – Demonstrativo da Taxa de Detecção de hepatite C por 100 mil habitantes por município e de Roraima no ano de 2025 e, do Brasil no ano de 2024.



Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Em relação aos casos segundo faixa etária, observa-se que houve uma maior concentração de casos entre as faixas etárias de 20 e 69 anos, sendo que o pico de casos se deu na faixa etária de 50 a 59 anos com 53 casos (22,65%), de 60 a 69 anos com 46 casos (19,66%) e de 30 a 39 anos com 35 casos (14,96%) (**Tabela 3**). O sexo masculino majoritariamente se destaca em relação ao feminino no período analisado, com 141 casos, o que representa 60,26% 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. Entre os casos observados, referente a raça/cor, é notório o destaque para a raça/cor parda com 154 casos, representando 65,21% do total de casos, seguido da raça/cor indígena com 36 casos (13,85%). No entanto, deve-se ressaltar que a população indígena apresenta algumas particularidades que por vezes dificultam a captação de casos principalmente em relação a cultura e situação geográfica aos quais estão inseridos (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Casos de hepatites virais segundo faixa etária, sexo, raça/cor, 2025, Roraima.

VARIÁVEIS	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Não se aplica	Total
Faixa Etária								
5 a 9 anos	0	0	0	1	0	0	0	**1**
10 a 14 anos	0	0	0	2	0	0	0	**2**
15 a 19 anos	0	0	0	3	0	0	0	**3**
20 a 29 anos	9	1	7	10	0	2	0	**29**
30 a 39 anos	2	2	19	10	0	2	0	**35**
40 a 49 anos	3	0	17	10	0	1	1	**32**
50 a 59 anos	6	0	26	18	0	3	0	**53**
60 a 69 anos	0	0	17	26	1	0	2	**46**
70 a 79 anos	0	0	9	13	0	1	0	**23**
80 anos e mais	0	0	6	3	0	0	1	**10**
Sexo								
Masculino	8	1	71	51	1	6	3	**141**
Feminino	12	2	30	45	0	3	1	**93**
Raça/cor								
Ign/Branco	3	0	4	5	0	1	1	**14**
Branca	0	0	6	8	0	1	0	**15**
Preta	0	0	4	8	1	1	0	**14**
Amarela	0	0	0	1	0	0	0	**1**
Parda	7	3	73	64	0	6	1	**154**
Indígena	10	0	14	10	0	0	2	**36**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

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. Desta forma, dentre os casos ocorridos em mulheres, no ano de 2025, 28 ocorreram em gestantes, sendo 8 casos (28,57%) de gestantes notificadas no 1º trimestre, 6 casos (21,43%) no 2º trimestre e 4 casos (14,29%) de gestantes no 3º trimestre. Ainda consta 3 casos (10,71%) notificados com a idade gestacional como ignorada. Entretanto, 7 casos (25,0%) constam com período gestacional como Ignorado/Em branco. Quanto aos casos em gestantes e o tipo de hepatite, observou-se a predominância dos tipos B e C com 9 casos cada (64,28%) (**Tabela 4**). 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 4 – Casos de hepatites virais segundo classificação etiológica e período gestacional, 2025, Roraima.

Gestante	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Total	%
Ign/Branco	4	0	2	1	0	0	**7**	**25,0**
1º Trimestre	2	0	1	4	0	1	**8**	**28,57**
2º Trimestre	0	0	2	3	0	1	**6**	**21,43**
3º Trimestre	1	0	3	0	0	0	**4**	**14,29**
Idade gestacional Ignorada	1	0	1	1	0	0	**3**	**10,71**
Total	**8**	**0**	**9**	**9**	**0**	**2**	**28**	**100**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Entre as formas clínicas das hepatites virais identificadas nos casos notificados no período analisado, que continham essa informação, pode-se observar que a hepatite crônica é a que apresentou maior número de notificações com 60 casos (25,64%), seguido da forma aguda com 53 casos notificados (22,65%). A opção inconclusiva representou 44,44% dos casos, o que demonstra uma fragilidade em saber o tipo de forma clínica das HV ou dificuldade em preencher de forma correta esse campo na ficha de notificação, o que pode prejudicar e tardar o acompanhamento clínico dos pacientes diagnosticados, além de fragilizar os dados epidemiológicos

relacionados a caracterização da doença em Roraima (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Casos de hepatites virais segundo forma clínica e classificação etiológica, 2025, Roraima.

Forma Clínica	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Não se aplica	Total	%
Ign/Branco	12	1	2	2	0	0	0	**17**	**7,26**
Hepatite Aguda	5	2	23	19	0	3	1	**53**	**22,65**
Hepatite Crônica/ Portador	1	0	35	21	1	2	0	**60**	**25,64**
Inconclusivo	2	0	41	54	0	4	3	**104**	**44,44**
Total	**20**	**3**	**101**	**96**	**1**	**9**	**4**	**234**	**100**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Entre os dados que continham a informação sobre a fonte/mecanismo de infecção, a **Tabela 6** demonstra que a fonte/mecanismo de infecção via sexual apresentou 21 casos, o que representa 8,97% entre o total de fontes que possui esta informação, seguido do tratamento/dentário com 14 casos (5,98%). Destaca-se que o campo ignorado e/ou em branco correspondeu a 160 casos, o que representou 68,38% 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 6 – Casos de hepatites virais segundo fonte/mecanismo de infecção e classificação etiológica, 2025, Roraima.

Fonte/Mecan. Infecção	Ign/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Não se aplica	Total	%
Ign/Branco	19	0	65	68	1	5	2	160	**68,38**
Sexual	0	1	10	8	0	1	1	21	**8,97**
Transfusional	0	0	0	1	0	0	0	1	**0,43**
Vertical	0	0	0	1	0	0	0	1	**0,43**
Acidente de Trabalho	0	0	0	1	0	0	0	1	**0,43**
Hemodiálise	0	0	0	2	0	1	0	3	**1,28**
Tratamento Cirúrgico	0	0	0	1	0	0	0	1	**0,43**
Tratamento Dentário	0	0	3	8	0	2	1	14	**5,98**
Pessoa/ pessoa	0	0	2	0	0	0	0	2	**0,85**
Alimento/ Água	0	2	1	0	0	0	0	3	**1,28**
Outros	1	0	20	6	0	0	0	27	**11,54**
Total	**20**	**3**	**101**	**96**	**1**	**9**	**4**	**234**	**100**

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 22/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

ÓBITOS POR HEPATITES VIRAIS

No ano de 2025, os casos que evoluíram para óbito relacionados as hepatites virais, no estado de Roraima, demonstraram que as causas básicas hepatite aguda B, hepatite viral crônica e a hepatite crônica não classificada em outra parte apresentaram 2 óbitos cada, o que totalizou 75% do total de óbitos no período analisado, demonstrando uma elevada predominância da hepatite pelo vírus do tipo B entre os casos que evoluíram a óbito (**Tabela 7**). Vale ressaltar que a hepatite B não tem cura. Entretanto, existe vacina contra essa infecção, disponível pelo SUS, para toda a população, o que contribui no fortalecimento das ações de prevenção. Além disso, possui tratamento medicamento que serve para controlar a multiplicação do vírus, diminuir a inflamação e proteger o fígado. Mesmo sem cura definitiva, o tratamento da hepatite B impede danos graves e garante uma vida longa e saudável.

Tabela 7 – Óbitos segundo causa básica relacionada as hepatites virais segundo agravo, 2025, Roraima**.**

Causa Básica (CID10)	N	%
Hepatite Aguda B	2	25,0
Outras Hepatites Virais Agudas	1	12,5
Hepatite Viral Crônica	2	25,0
Hepatite Viral não especificada	1	12,5
Hepatite crônica não classificada em outra parte	2	25,0
Total	**8**	**100**

Fonte: Painel Monitora Saúde/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

Como pode-se observar na **Tabela 8**, o município de Boa Vista apresentou o maior número de óbitos (n=4), o que representa metade do total de óbitos. Os municípios de Alto Alegre, Bonfim, Cantá e Pacaraima apresentaram 1 óbito cada. A faixa etária predominante foi a de 50 a 59 anos (n=3; 37,5%), seguido da faixa etária de 70 a 79 anos (n=2; 25,0%). O sexo masculino foi o que apresentou maior número de óbitos no período analisado com 7 óbitos (87,5%).

Tabela 8 – Óbitos por causa básica relacionada as hepatites virais segundo município de residência, faixa etária e sexo, 2025, Roraima.

Variáveis	N	%
Município de residência		
Alto Alegre	1	12,5
Boa Vista	4	50,0
Bonfim	1	12,5
Cantá	1	12,5
Pacaraima	1	12,5
Faixa Etária		
01 a 04 anos	1	12,5
30 a 39 anos	1	12,5
50 a 59 anos	3	37,5
60 a 69 anos	1	12,5
70 a 79 anos	2	25,0
Sexo		
Masculino	7	87,5
Feminino	1	12,5

Fonte: Painel Monitora Saúde/CGVS/SESAU-RR. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos a alterações.

HEPATITES VIRAIS NO ESUS SINAN

Conforme estabelecido no Guia de Vigilância em Saúde, após a identificação dos casos de hepatites virais, deve ser realizada a investigação epidemiológica mediante o preenchimento completo da Ficha de Notificação/Investigação das hepatites virais, garantindo a qualidade, consistência e oportunidade das informações registradas.

Atualmente, o registro dos casos é realizado por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em processo de modernização para o e-SUS Sinan, plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde. O e-SUS Sinan possibilita o registro eletrônico das notificações em tempo real, promovendo maior agilidade na transmissão das informações, padronização dos registros, melhoria da qualidade dos dados e fortalecimento da vigilância epidemiológica em todas as esferas de gestão. Em relação as hepatites virais, para fins de notificação, os casos de infecção pelo vírus da hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de Transmissão Vertical da hepatite B foram incluídas na Lista de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, por meio da Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024. Desta forma, o e-SUS Sinan passou por atualizações, permitindo a inclusão da notificação de Infecção pelo vírus da hepatite B em gestantes, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de Transmissão Vertical pelo vírus da hepatite B, por meio da ficha de notificação/conclusão.

Neste processo, é responsabilidade dos profissionais e dos serviços de saúde assegurar que todos os casos confirmados de hepatites virais sejam notificados de forma oportuna e que a investigação epidemiológica seja concluída com o preenchimento adequado de todos os campos da ficha, incluindo informações clínicas, laboratoriais e epidemiológicas, tanto no Sinan quanto no e-SUS Sinan (apenas de casos relacionados Infecção pelo vírus da hepatite B em gestantes, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de Transmissão Vertical pelo vírus da hepatite B). A completitude e a consistência dos dados registrados são essenciais para a produção de indicadores confiáveis, subsidiando a análise do perfil epidemiológico, a identificação de populações vulneráveis, o monitoramento das metas de eliminação das hepatites virais e o planejamento das ações de prevenção, assistência e controle no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ANÁLISE DO PAINEL DE MONITORAMENTO DA HEPATITE B E C 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 e serão atualizados a cada três meses. Para este relatório, os dados utilizados são correspondentes ao ano de 2025.

Hepatite B

De acordo com a cascata da Hepatite B, no ano de 2025, do estado de Roraima, 2.038 pessoas foram identificadas no sistema. Destas, 1.231 apresentaram HBV crônica e 902 (73%) que apresentaram HBV crônica não estavam vinculadas, além de uma estimativa de 616 pessoas com indicação de tratamento entre os crônicos. Além disso, 329 pessoas foram vinculadas ao serviço de saúde, 205 estavam em tratamento e 86 pessoas estavam em interrupção de tratamento.

Quanto ao perfil sociodemográfico das pessoas 205 pessoas em tratamento, 7% era população privada de liberdade, 26,3% na faixa etária de 30 a 39 anos e 25,9% na faixa etária de 40 a 49 anos, 59% do sexo masculino, 61% da raça parda, 92% sem gravidade – sem cirrose. Além disso, até dezembro de 2025, 86 pessoas estavam em interrupção de tratamento, sendo que 1,2% eram população em situação de rua, 4,7% população privada de liberdade, 2,3% pessoas submetidas a hemodiálise, 66% do sexo masculino, 33,7% na faixa etária de 30 a 39 anos, 60% da raça/cor parda e 72% sem gravidade – sem cirrose.

Sobre o início de tratamento para hepatite B, 37 pessoas iniciaram o tratamento e, destes, 62% eram do sexo masculino, 35,1% na faixa etária de 30 a 39 anos e 24,3% na faixa etária de 40 a 49 anos, 70% da raça/cor parda e 72% não apresentaram gravidade, ou seja, sem cirrose.

Hepatite C

De acordo com a cascata da hepatite C, no ano de 2025, do estado de Roraima, 98 pessoas foram identificadas no sistema. Entretanto, destes, 44% não realizaram exames e 55 pessoas realizaram carga viral e, destas, 26 (47%) pessoas tiveram resultado indetectável e 29 apresentaram carga viral detectável (virêmicas). Além

disso, destas 29 pessoas, 10 (34%) não entraram em tratamento.

Quanto ao perfil sociodemográfico das pessoas que realizaram o tratamento, 37% eram da faixa etária de 50 a 59 anos e 29,6% da faixa etária de 60 a 69 anos, 59% do sexo feminino, 85% da raça/cor parda e 59% sem gravidade – sem cirrose.

RECOMENDAÇÕES

- Reduzir a Taxa de Detecção das hepatites virais a nível estadual;
- Fortalecer a vigilância epidemiológica das hepatites virais nos municípios do Estado;
- Monitorar as notificações de hepatites virais no SINAN;
- Monitorar as notificações da Transmissão Vertical (TV) relacionadas a hepatite B;
- Monitorar e cruzar os dados SIM/SINAN dos óbitos por hepatites virais 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 o 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 testes rápidos 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

Painel de monitoramento das hepatites B e C. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento-de-hepatites-b-e-c

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2025-CGIST/DATHI/SVSA/MS - Critérios de definição de caso para a notificação compulsória da Infecção pelo vírus da hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B, orientação sobre o preenchimento dos campos "Sinais e Sintomas" e “Data de início de sintomas”, disponíveis na ficha de notificação/conclusão do sistema e-SUS Sinan. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas. Acesso em: 30 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030. Geneva: WHO, 2022.

3.3 TUBERCULOSE

Angela Maria Felix Alves de OLIVEIRA
Elba Urzedo de Freitas Lamounier
Tatiana Maia da Silva

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis e continua sendo um importante desafio para a saúde pública em todo o mundo. Apesar de ser uma prevenível e curável, ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade da população. sua elevada incidência, especialmente em populações em situação de vulnerabilidade social, evidencia a influência de fatores como pobreza, desigualdade, desnutrição, condições precárias de moradia e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O Plano Nacional pra eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, exige implementação de estratégias integradas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e vigilância epidemiológica com objetivos de interromper a cadeia de transmissão, reduzir a ocorrência de novos casos e evitar o desenvolvimento de formas resistentes da doença. Além disso, a educação em saúde e o fortalecimento da atenção primária desempenham papel essencial na identificação precoce dos casos e na promoção da adesão ao tratamento.

Para o enfrentamento da tuberculose é fundamental políticas públicas que promovam a equidade no acesso aos serviços de saúde e atuem sobre os determinantes sociais da doença.

Nessa perspectiva, este relatório oferece uma avaliação detalhada e atualizada da situação epidemiológica e operacional da Tuberculose em 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.

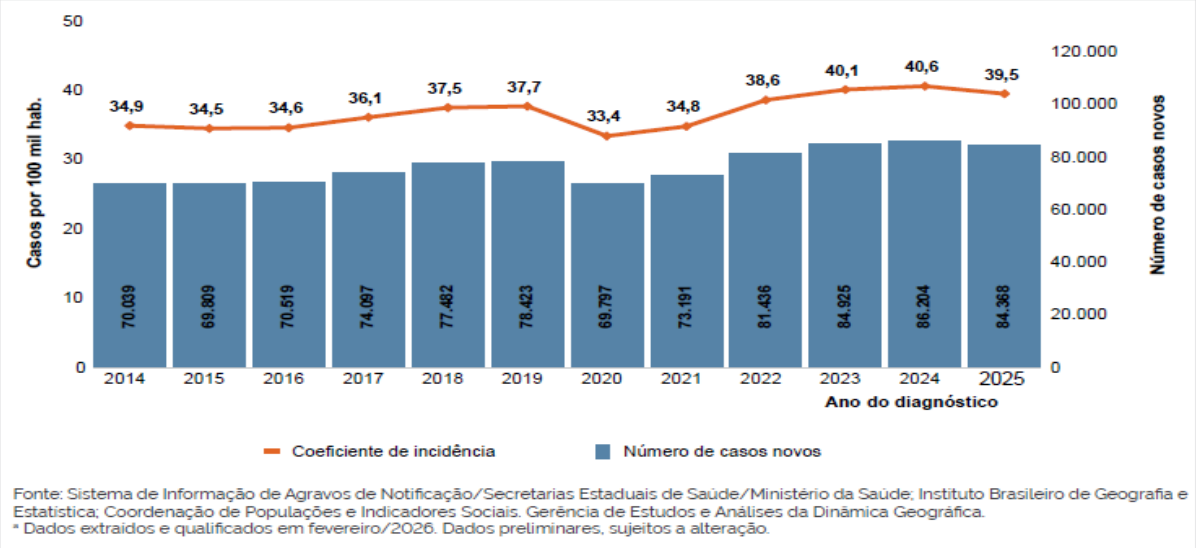
Ressaltamos que podem haver diferença nos dados epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde para este relatório, tendo em vista se tratarem de dados preliminares e estão sujeitos a alterações, já que a base de dados é

constantemente avaliada e atualizada.

TAXA DE INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE BRASIL E RORAIMA

No Brasil, em 2025, foram notificados 84.368 casos novos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 39,5 casos por 100 mil habitantes, uma redução de 2,1% no número de casos novos em comparação a 2024. (Figura 1). Verifica-se uma redução no número de casos, em uma possível reversão do cenário pós-pandemia de covid-19, porém mantendo-se a TB na agenda nacional como desafio persistente para a saúde pública (Brasil, 2026).

Figura 1 – Coeficiente de incidência (casos por 100 mil hab.) e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2014 a 2025.

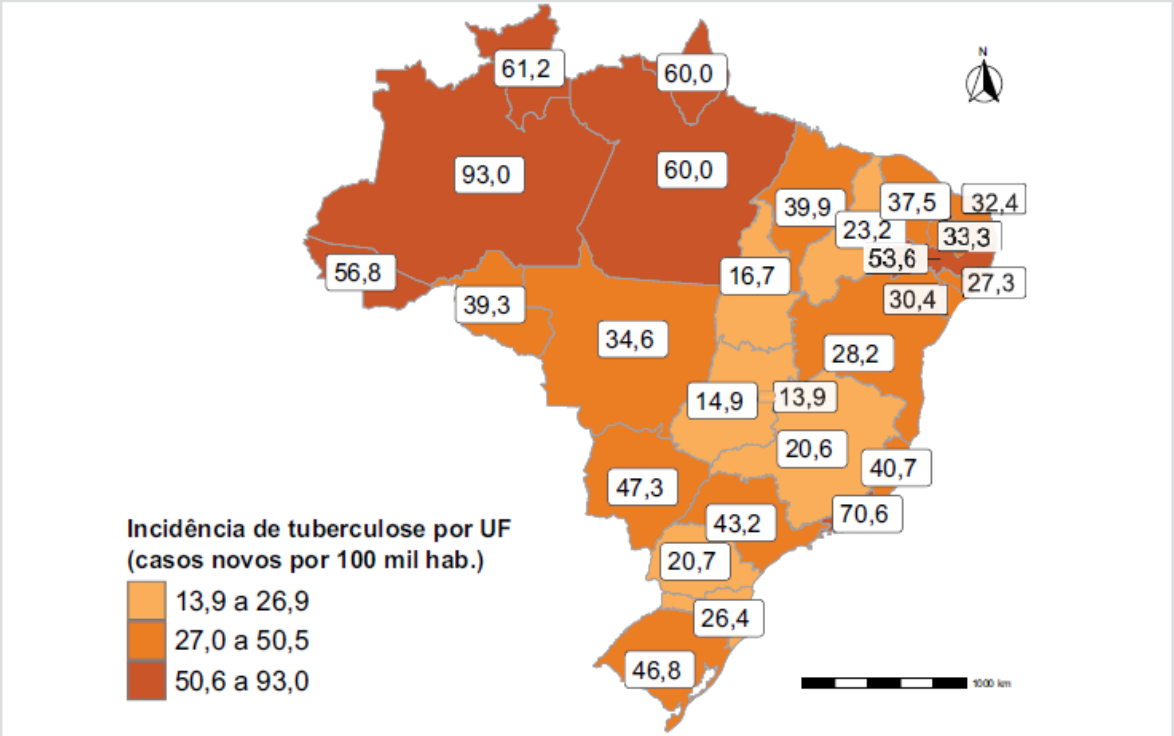


Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.13.

Segundo o Ministério da Saúde (2026), em 2025, assim como observado nos anos anteriores, verificou-se acentuada heterogeneidade dos coeficientes de incidência da TB entre as unidades federativas (UF). Embora a Região Sudeste tenha concentrado a maior carga absoluta de casos novos (n=38.130, 42,9 casos por 100 mil hab.), a Região Norte apresentou a maior incidência entre as cinco regiões do país, com 61,9 casos por 100 mil habitantes. As UF que apresentaram os maiores coeficientes foram: Amazonas (93,0 casos por 100 mil hab.), Rio de Janeiro (70,6 casos por 100 mil hab.), Roraima (61,2 casos por 100 mil hab.), Pará (60,0 casos por

100 mil hab.), Amapá (60,0 casos por 100 mil hab.), Acre (56,8 casos por 100 mil hab.) e Pernambuco (53,6 casos por 100 mil hab.) (Figura 2). A heterogeneidade observada reflete, desigualdades estruturais nas condições de vida, no acesso a bens e serviços essenciais e na organização dos serviços de saúde, elementos reconhecidos como determinantes centrais da transmissão da TB.

Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil hab.) por Unidades da Federação. Brasil, 2025[a]



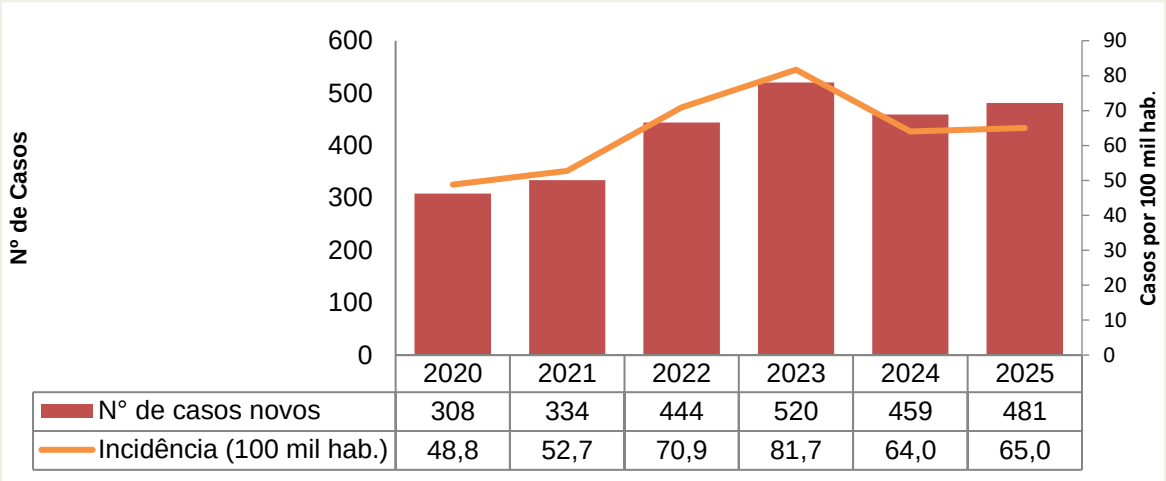
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica.
[a] Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2026. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Roraima notificou em 2025, 481 casos novos de TB e teve uma incidência de 65,0 casos por 100 mil habitantes, esse indicador reflete o risco de adoecimento da população.

Na série histórica, entre 2020 e 2025, a incidência aumentou 33,2% (de 48,8 para 65,0 casos por 100 mil habitantes), enquanto o número absoluto de casos novos cresceu 56% (de 308 para 481 casos). Esses resultados evidenciam uma importante elevação da carga da tuberculose até 2023, seguida de uma redução parcial nos anos subsequentes, embora os indicadores permaneçam acima dos níveis observados no início da série histórica. Esse comportamento reforça a necessidade de manter e

fortalecer as ações de vigilância, diagnóstico oportuno e tratamento para reduzir a transmissão da doença (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de casos novos e taxa de incidência (casos por 100 mil hab.) de tuberculose residentes em Roraima – 2020 a 2025.



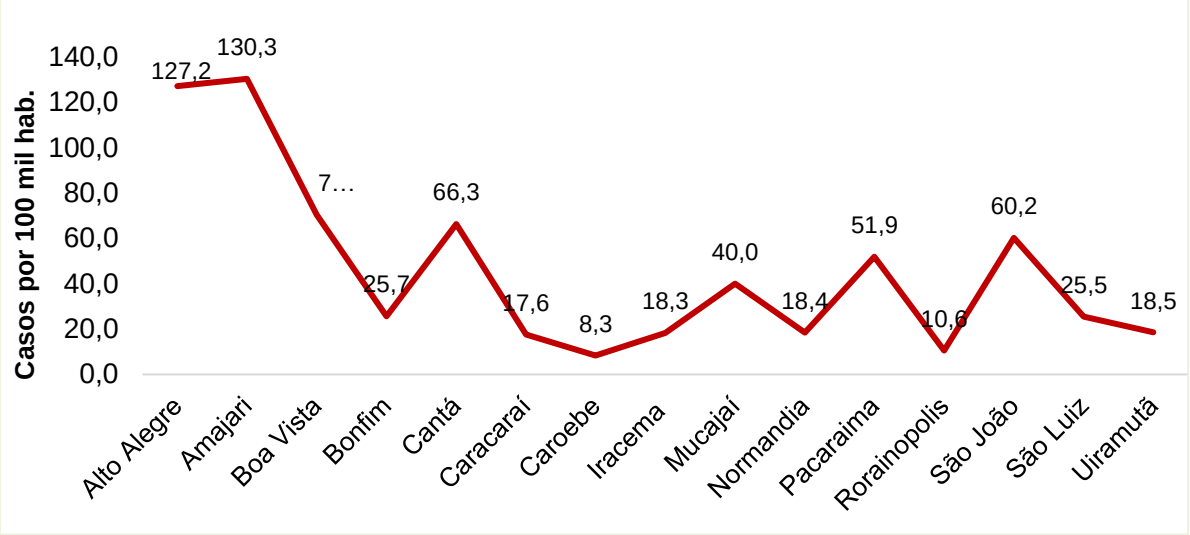
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N° de casos novos	308	334	444	520	459	481
Incidência (100 mil hab.)	48,8	52,7	70,9	81,7	64,0	65,0

Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR – IBGE - (Censo demográficos e projeções). Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

A incidência da tuberculose nos municípios de Roraima, possui uma distribuição heterogênea. Os municípios de Amajarí (130,3/100 mil habitantes) e Alto Alegre (127,2/100 mil habitantes) apresentaram as maiores taxas de incidência, indicando maior risco de adoecimento na população residente. Na sequência, destacam-se Boa Vista (70,4/100 mil), Cantá (66,3/100 mil), São João da Baliza (60,2/100 mil) e Pacaraima (51,9/100 mil), todos com incidências superiores a 50 casos por 100 mil habitantes. Por outro lado, os menores coeficientes foram observados em Caroebe (8,3/100 mil habitantes), Rorainópolis (10,6/100 mil), Caracaraí (17,6/100 mil), Iracema (18,3/100 mil), Normandia (18,4/100 mil) e Uiramutã (18,5/100 mil), indicando menor ocorrência da doença nesses municípios durante o período analisado (Gráfico 2).

Vale ressaltar que Boa Vista concentra a maior carga da doença em números absolutos, refletindo sua elevada densidade populacional e maior concentração de serviços de saúde, o que favorece o diagnóstico dos casos.

Gráfico 2 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de casos novos de tuberculose por município – Roraima 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR E IBGE (Censo demográficos e projeções). Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NO BRASIL E RORAIMA

A mortalidade por tuberculose constitui um dos principais indicadores da gravidade da doença e da efetividade das ações de vigilância, diagnóstico e tratamento. Embora seja uma doença prevenível e curável, a tuberculose permanece entre as principais causas de morte por um único agente infeccioso, especialmente em países de baixa e média renda e em populações socialmente vulneráveis.

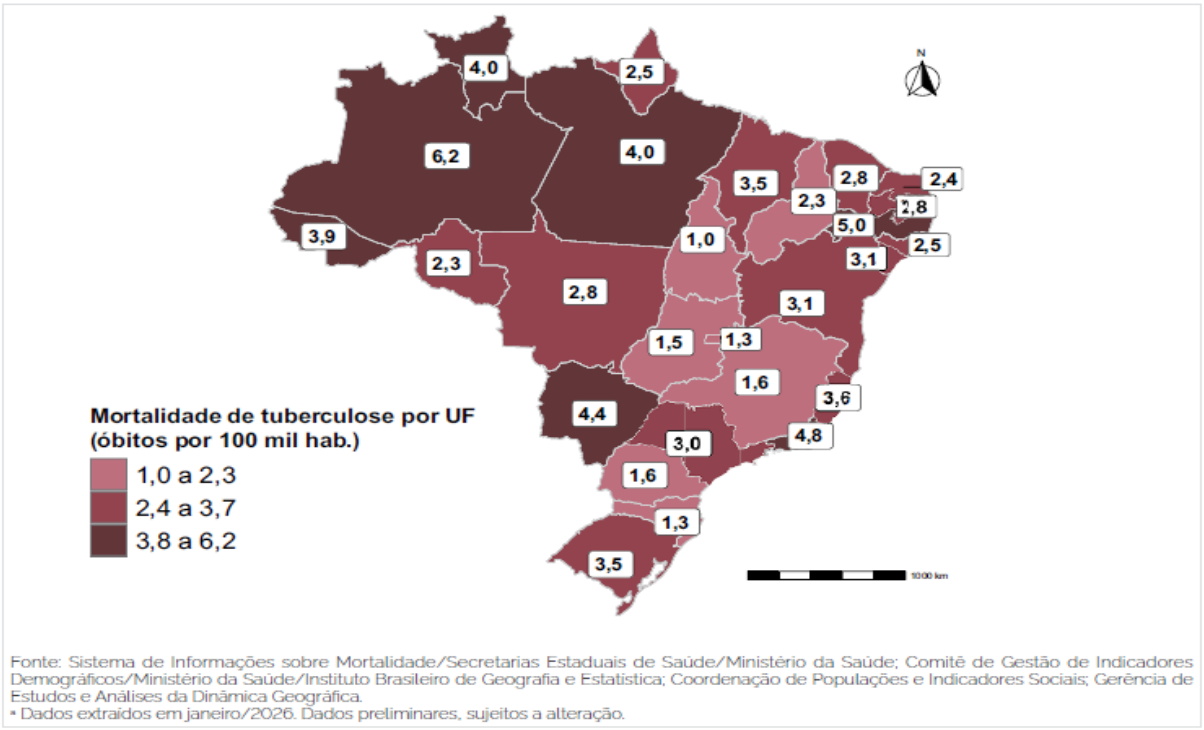
A ocorrência de óbitos por tuberculose está frequentemente associada ao diagnóstico tardio, ao início inadequado ou tardio do tratamento, ao abandono terapêutico, à resistência aos medicamentos, à presença de comorbidades, como a infecção pelo HIV, diabetes mellitus, desnutrição, doenças renais e uso prejudicial de álcool e outras drogas, além de condições socioeconômicas desfavoráveis que dificultam o acesso aos serviços de saúde.

A análise desses óbitos permite identificar fatores associados ao adoecimento e às falhas no cuidado recebido, tanto no nível individual quanto no contexto familiar e comunitário (Brasil, 2026).

Em 2024, os maiores coeficientes de mortalidade por TB foram registrados nos estados do Amazonas (6,2 óbitos por 100 mil hab.), Pernambuco (5,0 óbitos por

100 mil hab.) e Rio de Janeiro (4,8 óbitos por 100 mil hab.). A Região Norte, assim como na incidência, destacou-se pela maior mortalidade entre as regiões do país (4,0 óbitos por 100 mil hab.), sendo que quatro dos seus estados apresentaram coeficientes superiores a 3,0 óbitos por 100 mil habitante (Figura 3).

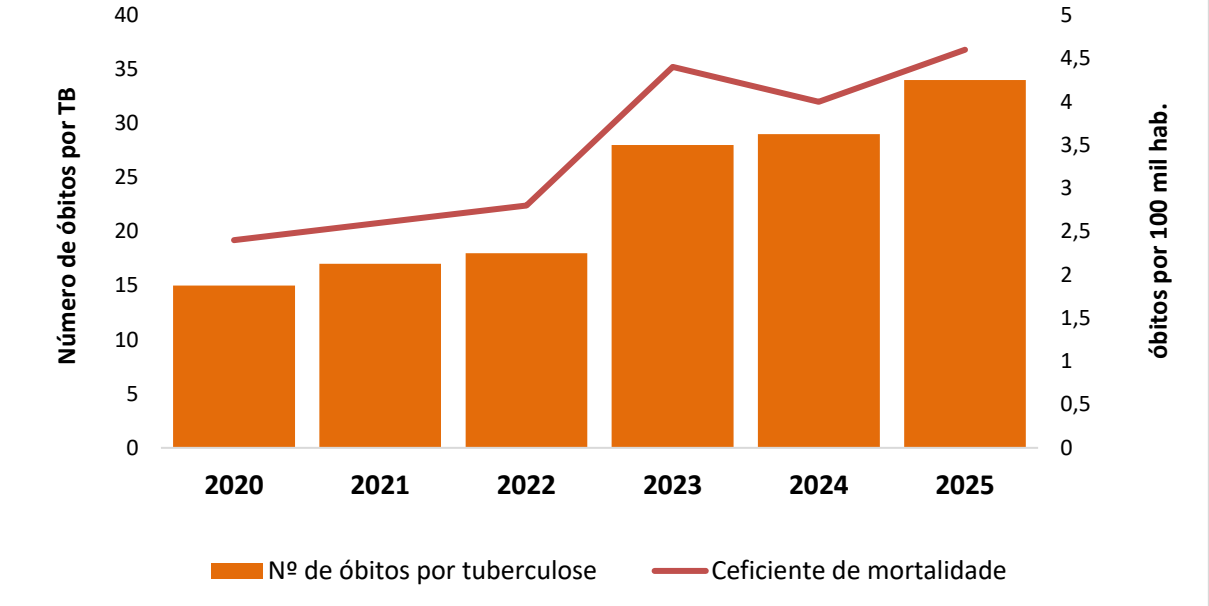
Figura 3 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) por unidade federativa (UF). Brasil, 2014 a 2024.



Fonte: Sistema de Informações sobre 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.
* Dados extraídos em janeiro/2026. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

que representa taxa de mortalidade de 4,6 óbitos por 100 mil pessoas. Em 2025 houve um aumento no coeficiente de mortalidade, de 91,6**%** em relação ao ano de 2020 (2,4 casos por 100mil hab.), colocando o estado de Roraima entre os maiores coeficientes de mortalidade do País (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil hab.) e número de óbitos por tuberculose. Roraima, 2020 a 2025.

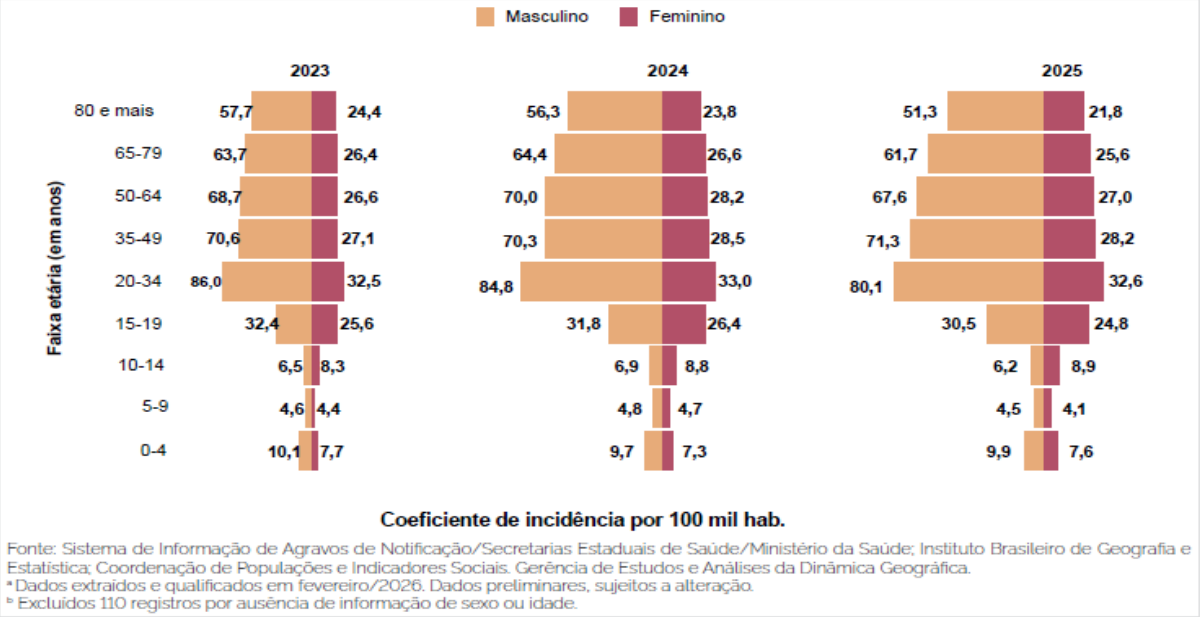


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/DVE/CGVS/SESAU/RR e IBGE (Censo demográficos e projeções). Dados sujeito a alterações, gerados em 22/07/2025.

3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

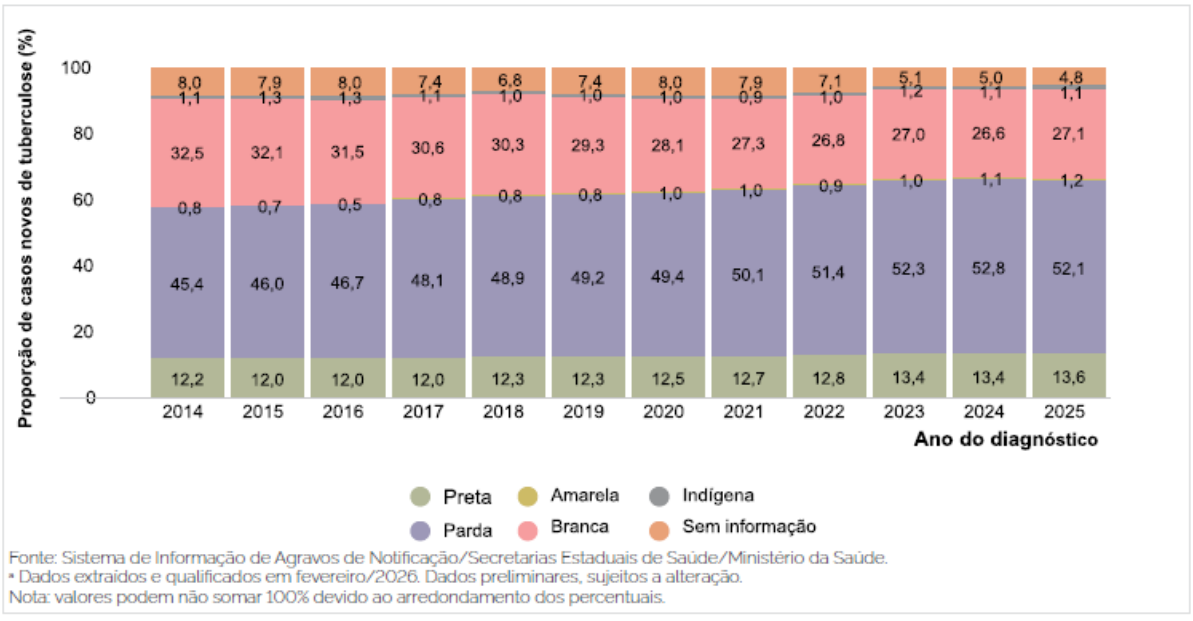
No Brasil, os casos novos permanecem concentrados em adultos do sexo masculino, com maior frequência na faixa etária de 20 a 34 anos, dos 84.368 casos notificados em 2025 no Brasil, observou-se que 68,4% (n=57.699) ocorreram em pessoas do sexo masculino (Figura 4). Em 2025, 52,1% (n=43.928) dos casos novos de TB ocorreram em pessoas autodeclaradas pardas, que, somado às pessoas autodeclaradas pretas, totaliza 65,7% (n=55.444) dos registros (Figura 5), destaca-se ainda a redução da incompletude da variável raça/cor entre os casos novos de TB no país. A melhoria na completude desse dado representa um avanço na qualidade dos dados epidemiológicos, ampliando a capacidade de análise de desigualdades raciais na ocorrência da TB (Brasil, 2026).

Figura 4 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil hab.) por sexo e faixa etária. Brasil, 2023 a 2025.



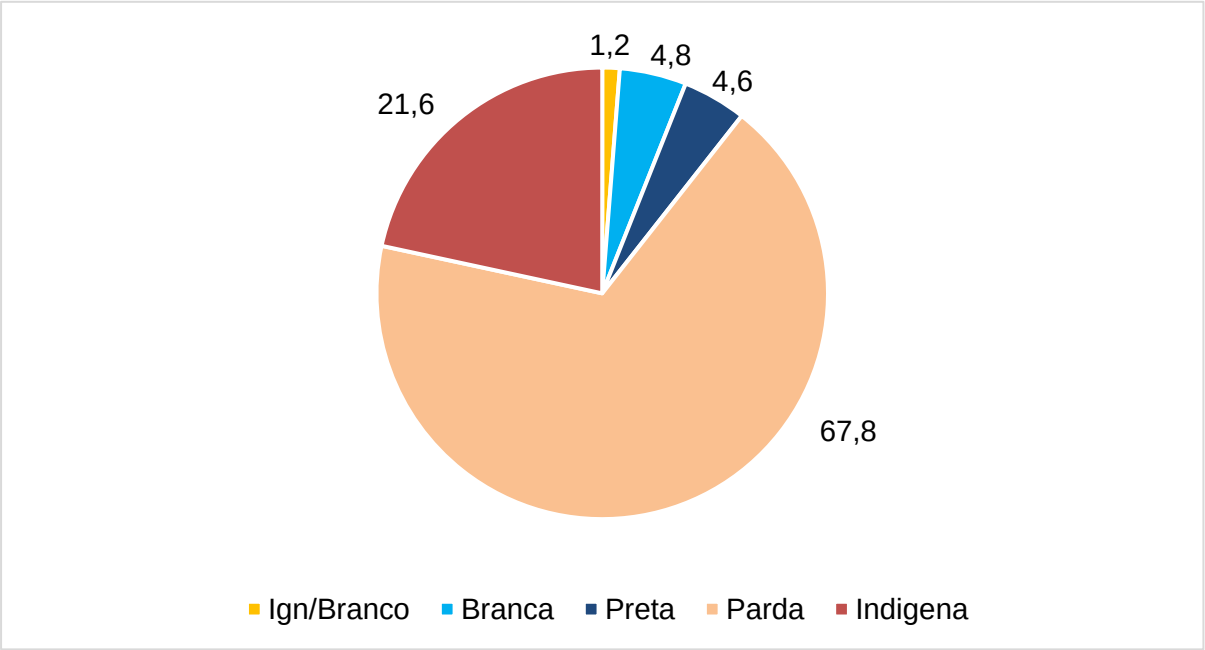
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.17.

Figura 5 – Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Brasil, 2014 a 2025.



Em Roraima, 67,8% (n=326) dos casos novos ocorreram em pessoas autodeclaradas pardas seguidas de 21,6% (n=104) de pessoas autodeclaradas indígenas, desses, 25% (n= 26) ocorreram em migrantes internacionais **(Gráfico 4)**

Gráfico 4 – Proporção de casos novos de tuberculose segundo raça/cor - Roraima, 2025.

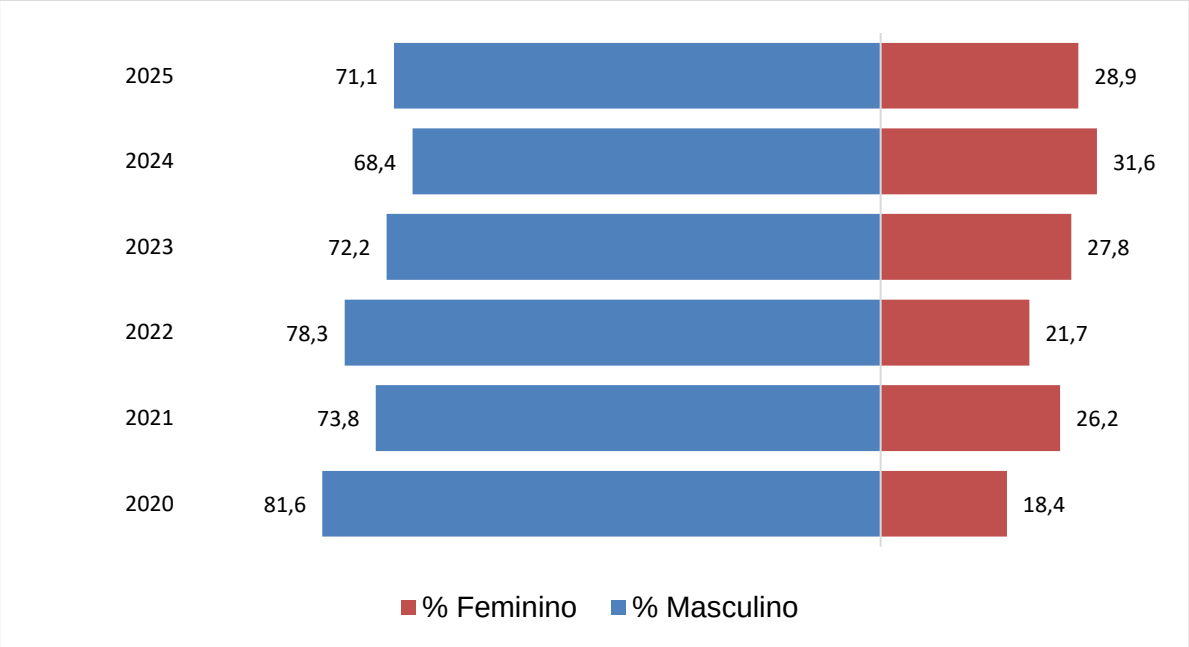


Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Na distribuição de casos novos, durante o período avaliado, observa-se que a tuberculose acomete predominantemente o sexo masculino e se assemelha ao cenário nacional. Em 2025, 71,1% dos casos novos de tuberculose ocorreram no sexo masculino na faixa etária de 20 a 49 anos (n=244) e 28,9% no sexo feminino também na mesma faixa etária de 20 a 49 anos (n=72). Essa diferença é atribuída à interação de fatores biológicos, comportamentais, ocupacionais e sociais (Gráfico 5).

Embora a carga da doença seja maior entre os homens, a tuberculose também representa importante problema de saúde entre as mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, privadas de liberdade, vivendo com HIV ou pertencentes a populações indígenas.

Gráfico 5 – Proporção de casos novos de tuberculose segundo sexo - Roraima, 2020 - 2025.

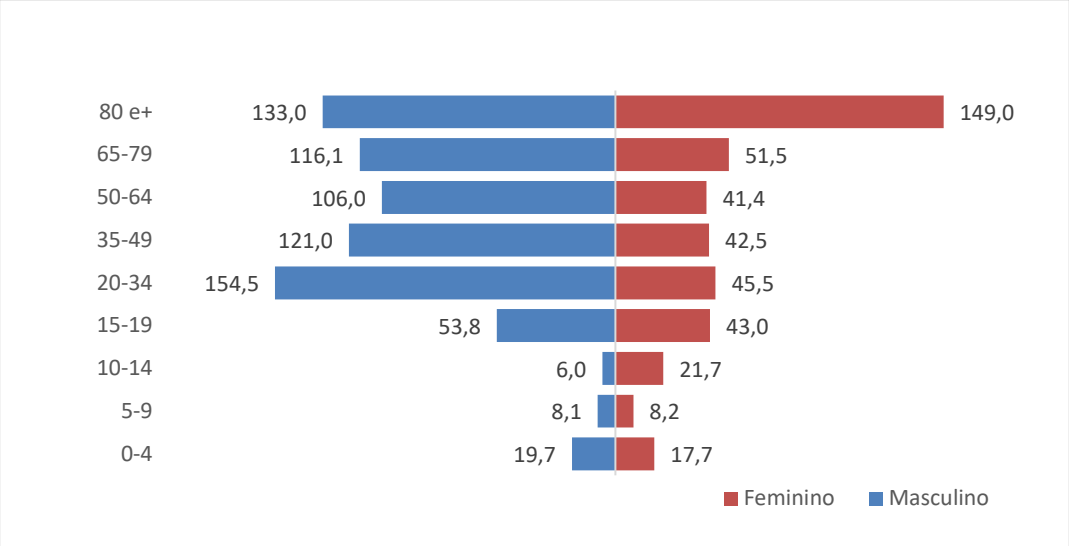


Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

A incidência da tuberculose varia conforme a faixa etária, em Roraima a maior incidência de tuberculose ocorreu no sexo masculino na faixa etária de 20 a 34 anos (154,5 casos por 100mil hab.) refletindo maior exposição aos fatores de risco, maior circulação em ambientes coletivos e maior participação na população economicamente ativa. Fatores como tabagismo, consumo de álcool, uso de outras drogas, coinfecção pelo HIV, diabetes mellitus e condições socioeconômicas desfavoráveis contribuem para o aumento do risco de adoecimento (Gráfico 6)

Observou-se também que no sexo feminino a faixa etária com maior incidência foi 80+ anos (149 casos por 100mil hab.), que pode estar relacionado da redução da resposta imunológica e da maior frequência de doenças crônicas, como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal e neoplasias. Nessa população, a tuberculose também apresenta maior risco de complicações, hospitalizações e óbitos. Entre crianças menores de 15 anos, a incidência foi menor. A identificação de casos pediátricos reforça a necessidade de intensificação da investigação de contatos e do diagnóstico precoce.

Gráfico 6 – Incidência de casos de Tuberculose**,** segundo sexo - Roraima, 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR E IBGE (Censo demográficos e projeções). Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

DIAGNÓSTICO DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE NO BRASIL E RORAIMA

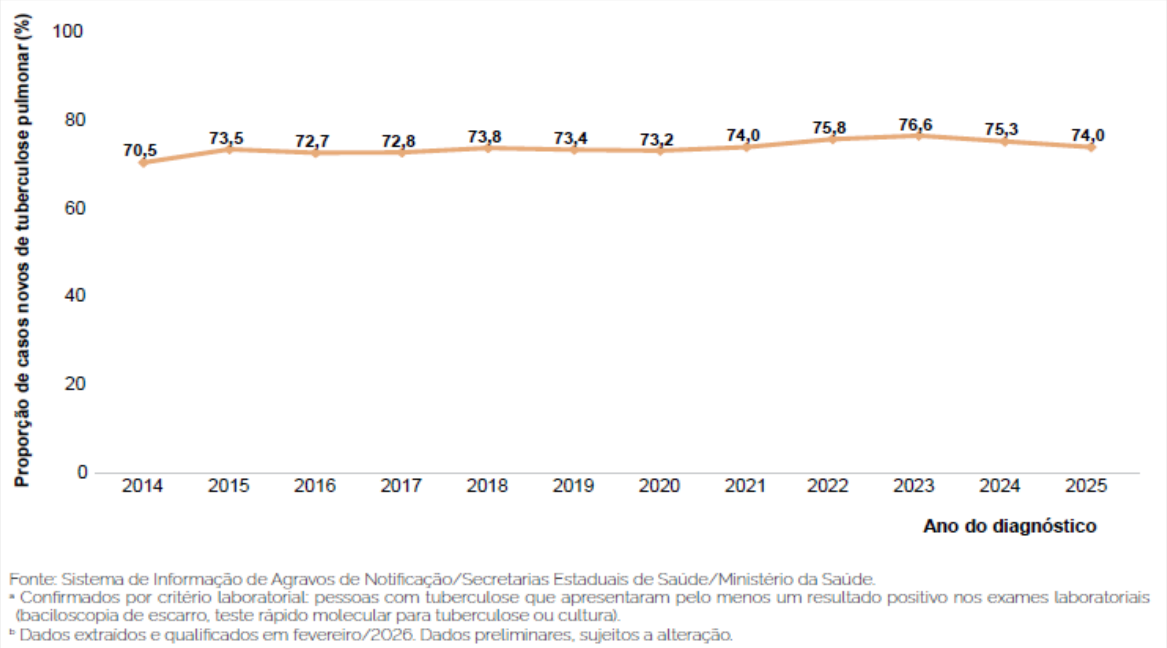
De acordo com o Ministério da Saúde, 2019, o diagnóstico da tuberculose (TB) baseia-se na associação entre a avaliação clínica, epidemiológica, radiológica e laboratorial. A identificação precoce dos casos é essencial para iniciar o tratamento oportunamente, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a morbimortalidade da doença.

Ao longo dos anos, o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias têm buscado reduzir as barreiras para o diagnóstico de qualidade no país. A partir da implementação do TRM-TB no Brasil em 2014, e da sua posterior expansão, esse método passou a ser utilizado como estratégia inicial para o diagnóstico da TB e detecção da resistência à rifampicina. Essa incorporação representou um importante avanço, reduzindo atrasos diagnósticos e favorecendo o início oportuno do tratamento adequado (Brasil, 2026)

No Brasil entre o período de 2014 e 2025, observou-se aumento gradual na proporção de casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial no país, com discretas oscilações ao longo da série histórica. Após relativa estabilidade no período pré-pandemia, os percentuais cresceram a partir de 2021 (74,0%, n=47.473), atingindo o maior patamar em 2023 (76,6%, n=57.192). Nos dois anos

subsequentes, registrou-se redução (de 75,3% n=56.388 em 2024 para 74,0%, n=53.694 em 2025). O quantitativo de TRM-TB apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. Ao comparar 2021 (n=407.513), com 2025 (n=718.435), observa-se um aumento de 76,3% no volume de exames realizados (Figura 6) (Brasil, 2026).

Figura 6 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2013 a 2025.

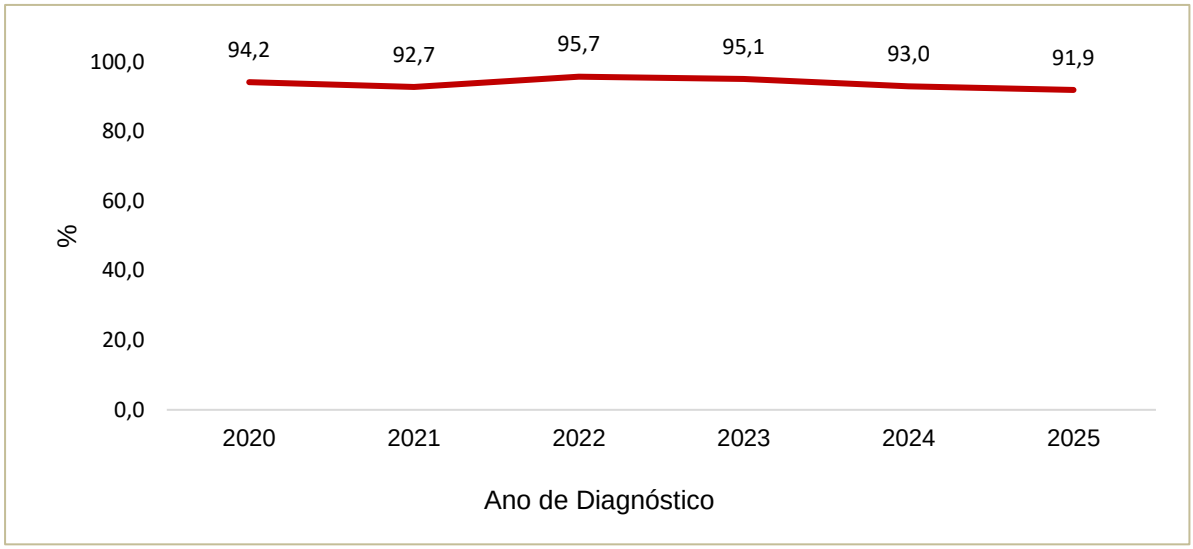


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
[a] Confirmados por critério laboratorial: pessoas com tuberculose que apresentaram pelo menos um resultado positivo nos exames laboratoriais (baciloscopia de escarro, teste rápido molecular para tuberculose ou cultura).
[b] Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2026. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.20.

Em Roraima, nos últimos cinco anos (2020- 2026), a proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial se manteve com percentuais acima de 90% durante o período avaliado (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial· Brasil, 2020 a 2025.

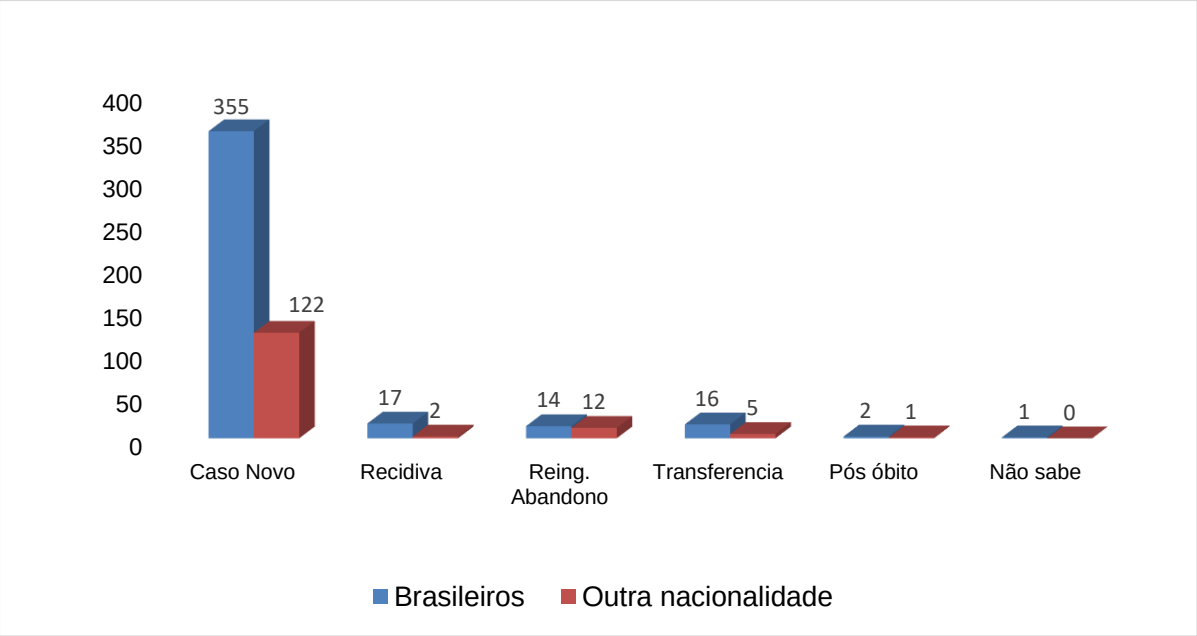


Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026

Em 2025, foram notificados 547 casos de tuberculose em Roraima, sendo 87,9% (n=481) de casos novos somados aos pós óbito e não sabe, 8,2% (n=45) casos de retratamentos e três registros de pós óbito, esse último demonstra o diagnóstico tardio da doença. Foram registrados 122 (25,4%) casos novos em pessoas de outra nacionalidade, a maior parte desses casos ocorreu entre **venezuelanos**(n=117), enquanto os casos entre pessoas de nacionalidade **guianense**(n=5) representaram uma parcela significativamente menor (Gráfico 7).

A distribuição dos casos de tuberculose por nacionalidade em Roraima evidencia o impacto da dinâmica migratória sobre a epidemiologia da doença.

Gráfico 7 Número de casos de tuberculose notificados em Roraima por tipo de entrada e Nacionalidade – 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Em relação ao número de casos novos diagnosticados por município de residência, em 2025, 9 (nove) municípios alcançaram a meta preconizada pelo Ministério da Saúde que é 70%, 7 (sete) municípios ficaram abaixo da meta. O baixo diagnóstico resulta em subnotificação**,** atraso no início do tratamento, aumento das formas graves da doença, maior mortalidade e persistência da transmissão comunitária (Quadro 1)**.**

Quadro 1 – Número de Casos Novos detectados e Proporção do alcançado em relação à Meta por município de residência – Roraima - 2020 a 2025.

Roraima	Tuberculose											
	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	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	C.N	% em Relação à Meta
Alto Alegre	15	66,7	6	28,6	19	105,6	23	109,5	16	53,3	30	97,0
Amajarí	6	40,0	11	64,7	10	58,8	11	122,2	15	125,0	21	95,0
Boa Vista	241	109,0	264	107,8	348	129,9	405	109,5	328	65,0	378	86,0
Bonfim	3	30,0	14	127,3	4	36,4	7	63,6	7	38,9	6	75,0
Cantá	4	36,4	9	81,8	8	72,7	9	81,8	12	100,0	16	106,0
Caracaraí	4	57,1	6	85,7	8	114,3	12	120,0	19	135,7	4	19,0
Caroebe	2	100,0	0	0,0	3	150,0	0	0,00	2	66,7	1	50,0
Iracema	0	0,0	1	50,0	4	400,0	2	50,0	2	50,0	3	150,0
Mucajaí	6	75,0	8	100,0	3	33,3	8	88,9	8	72,7	8	80,0
Normandia	2	33,3	4	66,7	6	100,0	9	128,6	12	100,0	3	21,4
Pacaraima	8	53,3	10	52,6	13	68,4	23	153,3	14	53,8	12	46,0
Rorainópolis	9	81,8	4	36,4	7	63,6	6	66,7	10	100,0	4	36,4
São João	1	100,0	2	200,0	4	400,0	3	75,0	2	33,3	6	85,7
São Luiz	1	50,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0	2	66,7	2	100,0
Uiramutã	3	100,0	4	133,3	5	83,3	8	133,3	10	111,1	3	27,3

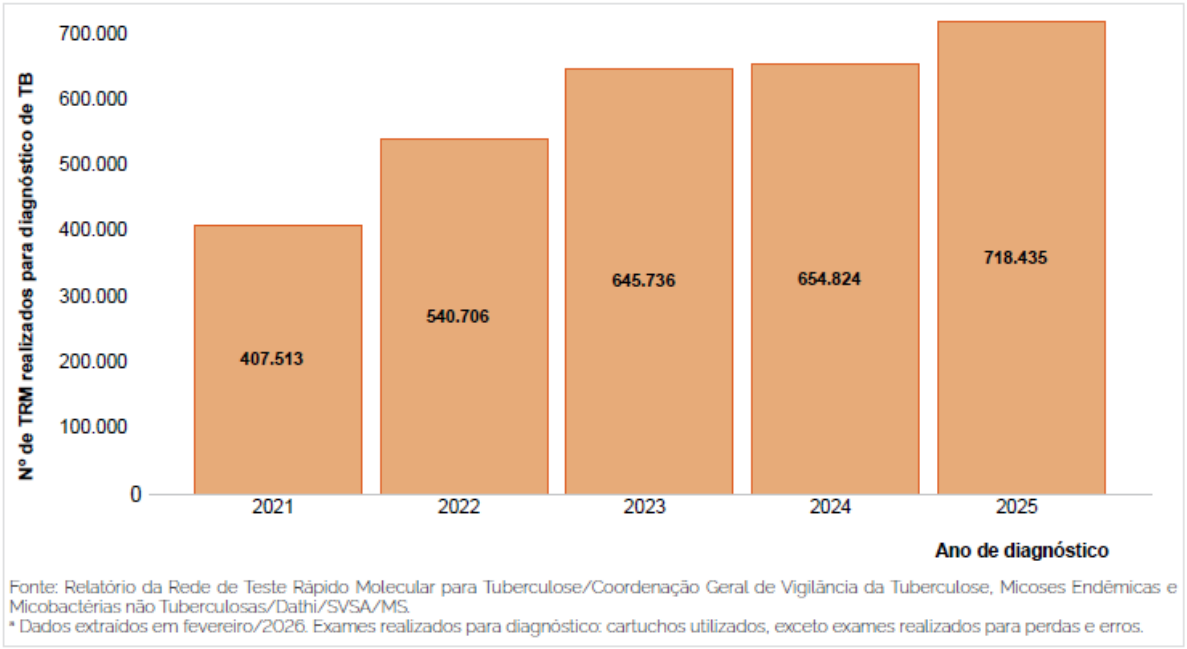
Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito residentes nos municípios. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Teste Rápido Molecular – TRM

Ao longo dos anos, o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias têm buscado reduzir as barreiras para o diagnóstico de qualidade no país. A partir da implementação do TRM-TB no Brasil em 2014, e da sua posterior expansão, esse método passou a ser utilizado como estratégia inicial para o diagnóstico da TB e detecção da resistência à rifampicina. Essa incorporação representou um importante avanço, reduzindo atrasos diagnósticos e favorecendo o início oportuno do tratamento adequado (Brasil, 2026).

No Brasil o quantitativo de TRM-TB apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. Ao comparar 2021 (n=407.513) com 2025 (n=718.435), observa-se um aumento de 76,3% no volume de exames realizados (Figura 7). Esse incremento sugere ampliação do acesso a métodos diagnósticos mais sensíveis e rápidos, refletindo esforços de qualificação da rede laboratorial e de descentralização do diagnóstico. (Brasil, 2026).

Figura 7 – Número de testes rápidos moleculares realizados para o diagnóstico da tuberculose. Brasil, 2021 a 2025.

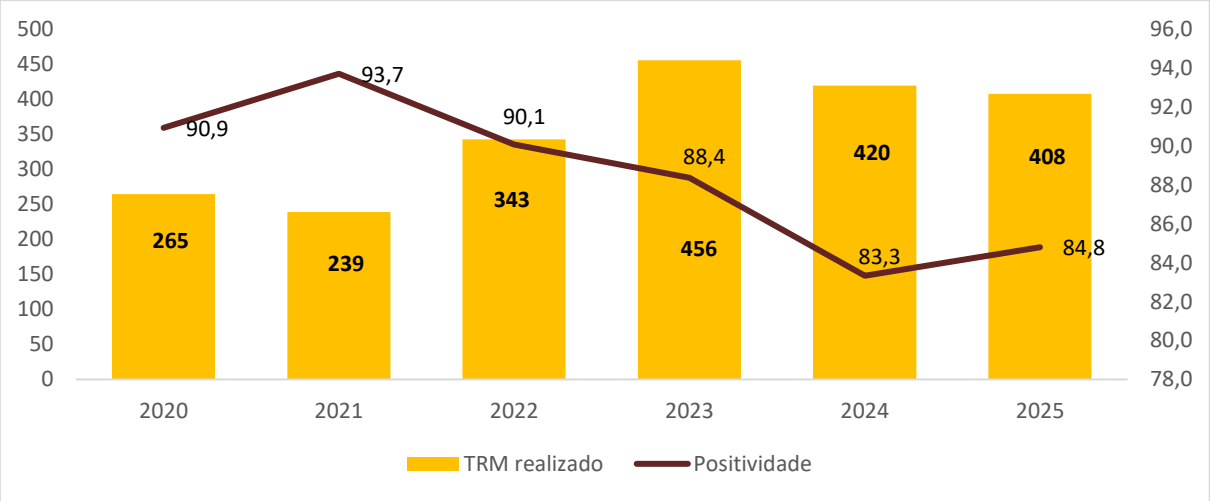


Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.20.

Em Roraima a realização do TRM-TB cresceu em 68,3% quando comparado 2025 (n=408) em relação a 2020 (n=265). Entre 2020 e 2025, observou-se redução de 6,4% na positividade dos exames realizados, passando de 90,6% para 84,8%. A OMS recomenda que 90% dos casos seja diagnosticados por TRM-TB (Gráfico 8).

O TRM-TB em Roraima está descentralizado para o Pronto Atendimento Cosme e Silva, Hospital Geral de Roraima, Laboratório municipal de Boa Vista e Pacaraima. Os demais municípios seguem o fluxo de envio de amostras para realização do teste em laboratórios de referência como do Hospital Geral de Roraima, garantindo acesso ao serviço para um diagnóstico mais rápido, favorecendo o início oportuno do tratamento. para diminuir a transmissão da doença e melhorar os desfechos clínicos.

Gráfico 8 – Número teste rápido molecular realizado e Proporção de positividade Roraima, 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

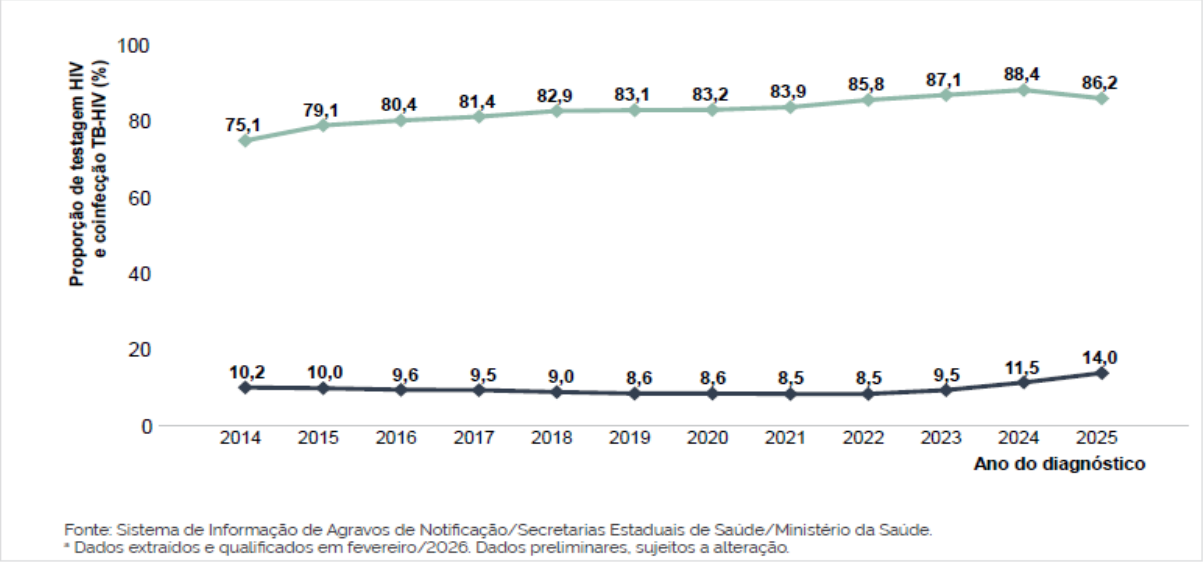
COINFECÇÃO TB-HIV CENÁRIO NACIONAL E ESTADUAL

De acordo com o Ministério da Saúde, 2019, a tuberculose é a principal causa de morte por doenças infecciosas entre pessoas vivendo com HIV. Além disso, nesses indivíduos é mais frequente a ocorrência de formas extrapulmonares e disseminadas da doença, o que dificulta o diagnóstico e está associado a maior gravidade e mortalidade. O diagnóstico precoce e o início oportuno do tratamento de ambas as doenças são fundamentais para melhorar o prognóstico.

A coinfecção TB e HIV representa um dos maiores desafios para a saúde pública. Entre as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, o risco de adoecimento por TB é 23 vezes superior ao da população geral. A coinfecção TB-HIV está associada a importantes complicações clínicas e dificuldades na adesão ao tratamento que coloca a tuberculose como a principal causa de morte entre pessoas vivendo com HIV e/ou aids quando não há diagnóstico e tratamento oportunos.

A proporção de coinfecção TB-HIV apresentou crescimento no Brasil a partir de 2023, ano em que 9,5% (n=8.105) dos casos novos de TB foram diagnosticados em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Em 2025, observou-se a maior proporção de coinfecção da série histórica, 14,0% (n=11.809), um aumento de 47,4% em relação a 2023. Esse dado é corroborado pela incorporação, em 2021, do teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano na urina (LF-LAM), que possibilita o diagnóstico precoce da TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids em imunossupressão. Embora a coinfecção tenha aumentado ao longo dos últimos anos, a testagem para o HIV nos casos novos de TB diminuiu discretamente em 2025 (Figura 8).

Figura 8 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2014 a 2025.

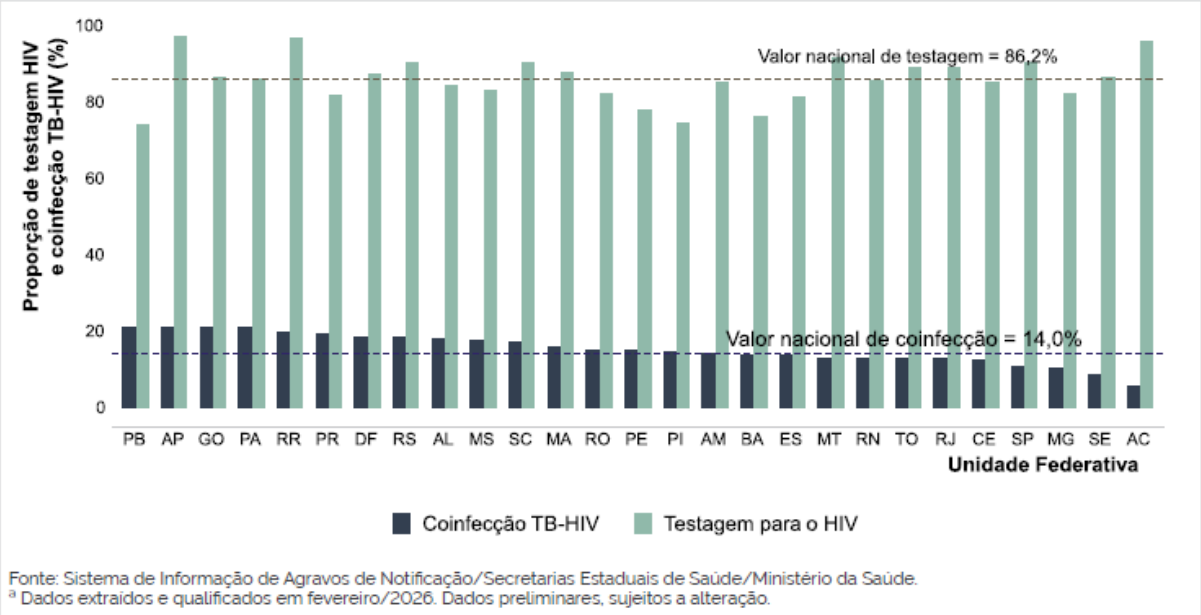


Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.23.

Em 2025, 13 estados apresentaram proporção de testagem para o HIV em casos novos de TB acima da média nacional (86,2%), com destaque para Amapá (96,9%; n=469), Roraima (96,5%; n=436), Acre (95,8%; n=481), Mato Grosso (91,3%;

n=1.232), São Paulo (90,2%; n=17.944) e Rio Grande do Sul (90,2%; n=4.742). Os estados com as maiores proporções de coinfecção TB-HIV foram Paraíba (21,0%; n=291), Amapá (20,7%; n=100), Goiás (20,7%; n=229), Pará (20,7%; n=1.080) e Roraima (19,5%; n=88) (Figura 9). O aumento na testagem para o HIV pode contribuir para a identificação de um maior número de casos de coinfecção TB-HIV, refletindo uma melhora na detecção oportuna, a detecção precoce do HIV possibilita a introdução oportuna da terapia antirretroviral (TARV), o que reduz desfechos desfavoráveis como o óbito (Brasil, 2026).

Figura 9 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose por Unidades da Federação. Brasil, 2025



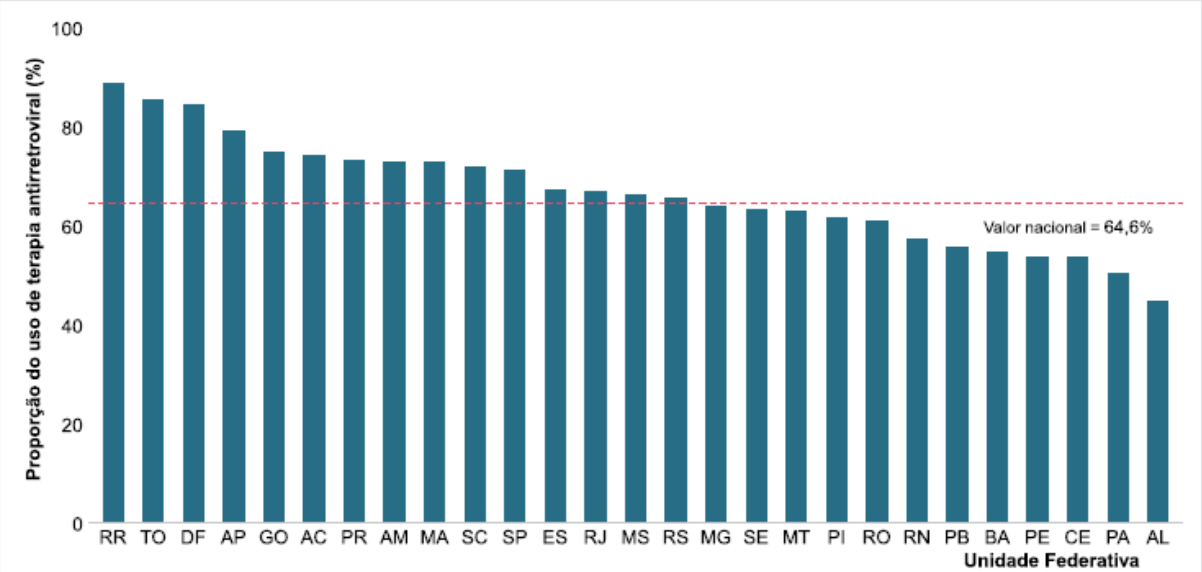
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.24.

A terapia antirretroviral (TARV) é o tratamento padrão para todas as pessoas vivendo com HIV e consiste na combinação de medicamentos que impedem a replicação do vírus no organismo. Embora a TARV não elimine o HIV, ela reduz a carga viral a níveis indetectáveis, permitindo a recuperação do sistema imunológico, diminuindo o risco de infecções oportunistas. Nas pessoas com coinfecção tuberculose-HIV, a TARV exerce papel fundamental na redução da mortalidade e na recuperação imunológica.

Em 2025, o uso de Tarv entre pessoas com coinfecção TB-HIV variou de 44% a 89% entre as UF. Quinze UF ficaram acima da média nacional (64,6%) e os maiores

valores foram identificados em Roraima (88,6%, n=78), Tocantins (85,3%, n=29) e Distrito Federal 84,4% (n=65). Entre as 12 UF abaixo do valor nacional, Alagoas (44,6%; n=70), Pará (50,2%; n=542) e Ceará (53,5%;228), destacaram-se com as menores proporções (Figura 10) (Brasil, 2026).

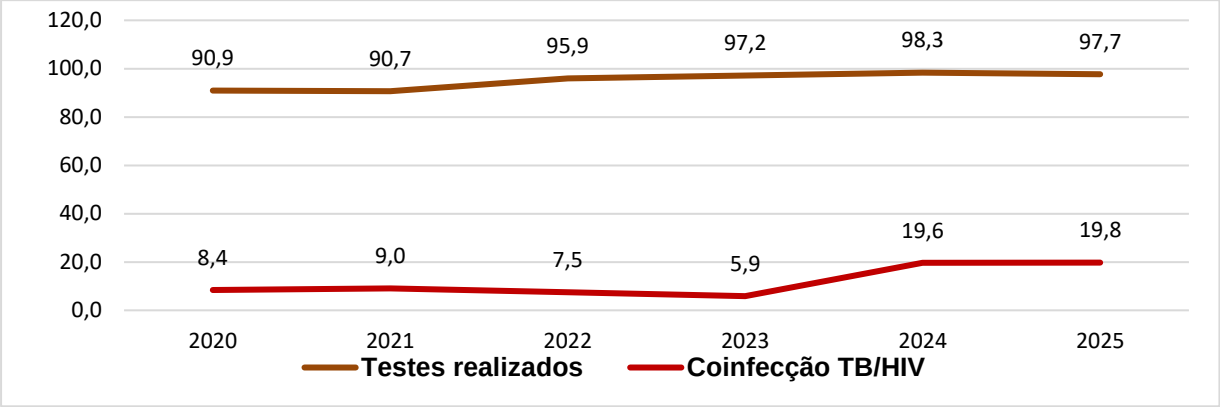
Figura 10 – Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids por unidade federativa. Brasil, 2025.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.26.

Em Roraima dos 481 casos novos de TB diagnosticados em 2025, 97,7% (n=470) realizaram o teste para HIV, com taxa de coinfecção 19,8% (n=95) maior que a média do Brasil. Houve aumento de 236% na coinfecção TB/HIV em 2025 (19,8%) quando comparado com 2023 (5,9%), este aumento está relacionado com a implantação do teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano na urina (LF-LAM), que possibilita o diagnóstico precoce da TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids em imunossupressão, implantado em 2023 (Gráfico 9).

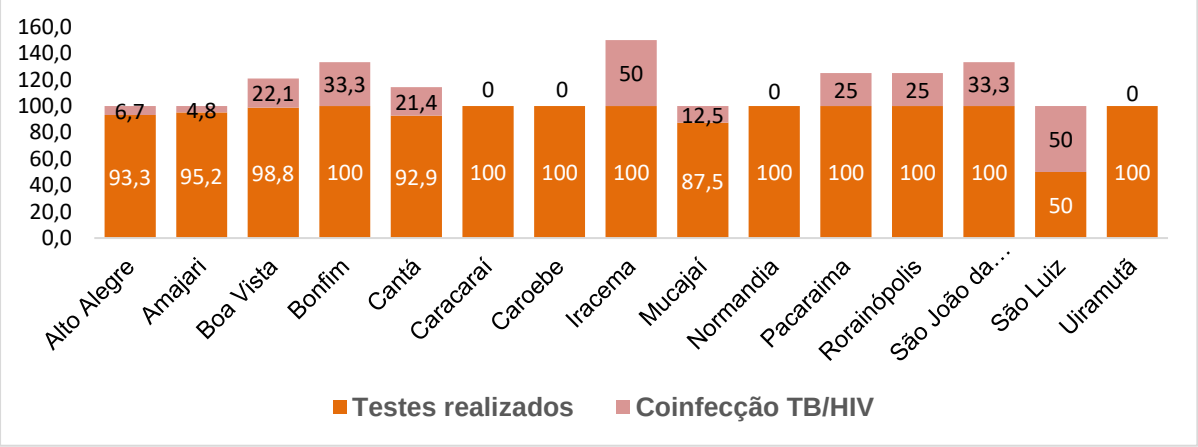
Gráfico 9 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Roraima, 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

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 2025. Os municípios com proporção de coinfecção TB-HIV acima da médica do Estado, foram Iracema (50%), São Luiz (50%), Bonfim (33,3%), São João da Baliza (33,3%) Pacaraima (25%), Rorainópolis (25%), Cantá (21,4%) e Boa Vista (22,1%), Caracaraí, Caroebe Normandia e Uiramutã não registraram casos de TB/HIV no período. Os demais municípios apresentaram taxa de coinfecção abaixo da média estadual (Gráfico 10).

Gráfico 10– Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose por Município de Residência – Roraima, 2025.

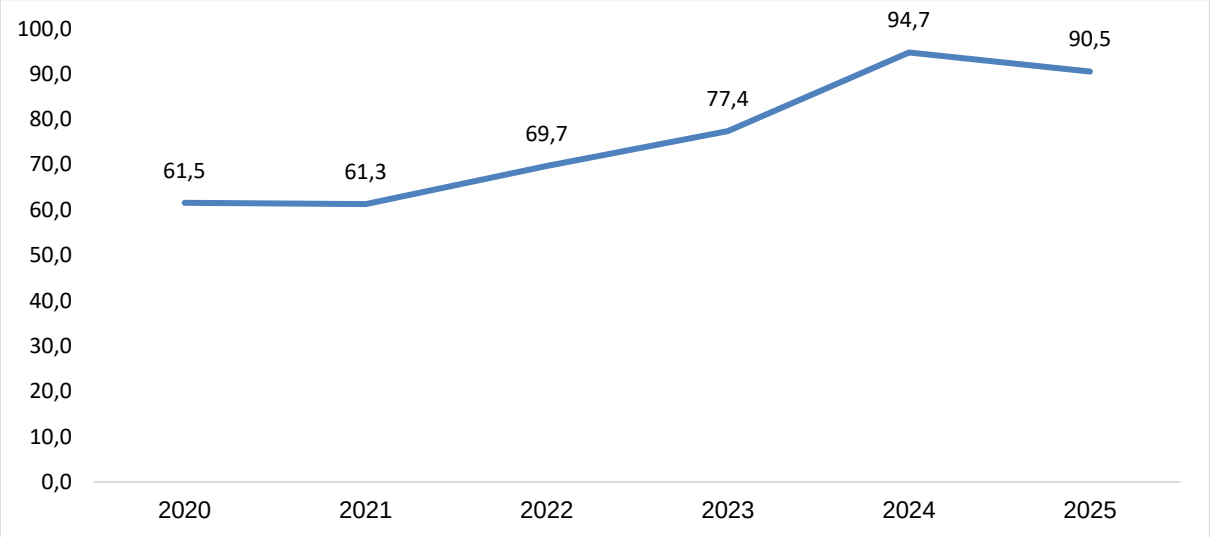


Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Na análise da série histórica, em 2020, a cobertura de TARV foi de 61,5%, mantendo-se praticamente estável em 2021 (61,3%), a partir de 2022, observa-se melhora progressiva, com aumento para 69,7%, a evolução continuou em 202**3**, quando a cobertura atingiu 77,4%, consolidando o avanço na oferta e no início oportuno da TARV. O maior incremento ocorreu em 2024, quando o indicador alcançou 94,7%, em 2025, houve uma discreta redução para 90,5%, apesar desse declínio, a cobertura permaneceu elevada e muito superior aos valores observados no início da série histórica (Gráfico 11).

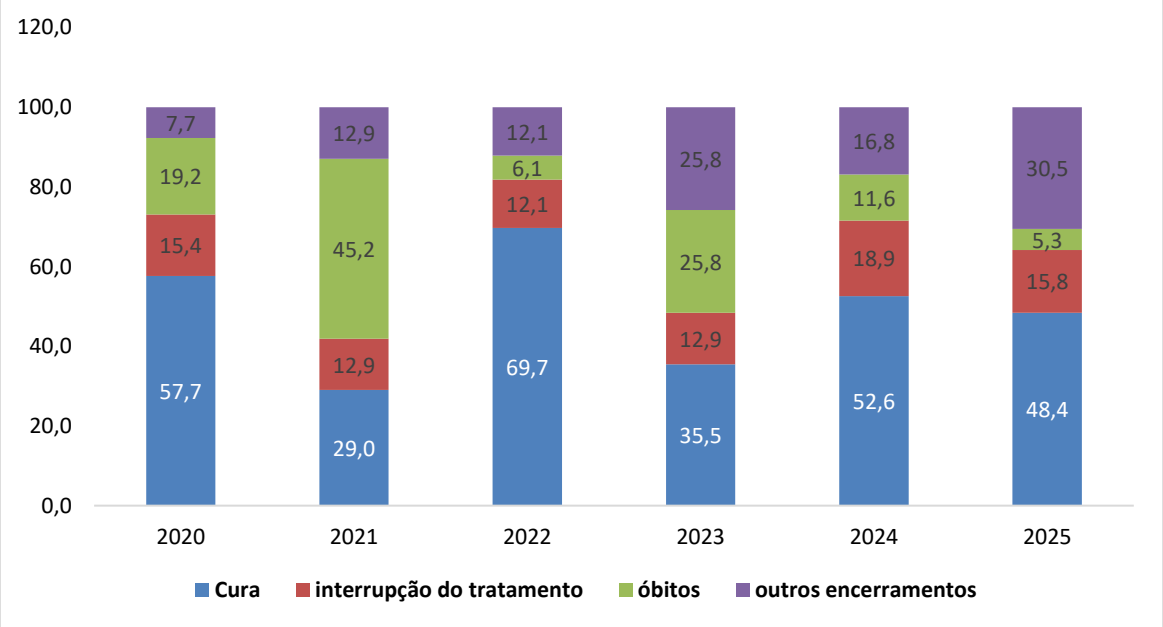
A análise da proporção de pessoas com coinfecção tuberculose/HIV em uso de terapia antirretroviral (TARV) no período de 2020 a 2025 demonstra uma tendência geral de crescimento, refletindo a ampliação do acesso ao tratamento e o fortalecimento da integração entre os serviços de tuberculose e HIV/AIDS.

Gráfico 11 – Proporção do uso da terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou AIDS – Roraima, 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Gráfico 8 - Proporção dos desfechos de tratamento de tuberculose nos casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids, Roraima – 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE MAIOR VULNERABILIDADE E/OU COM MAIOR RISCO DE ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE

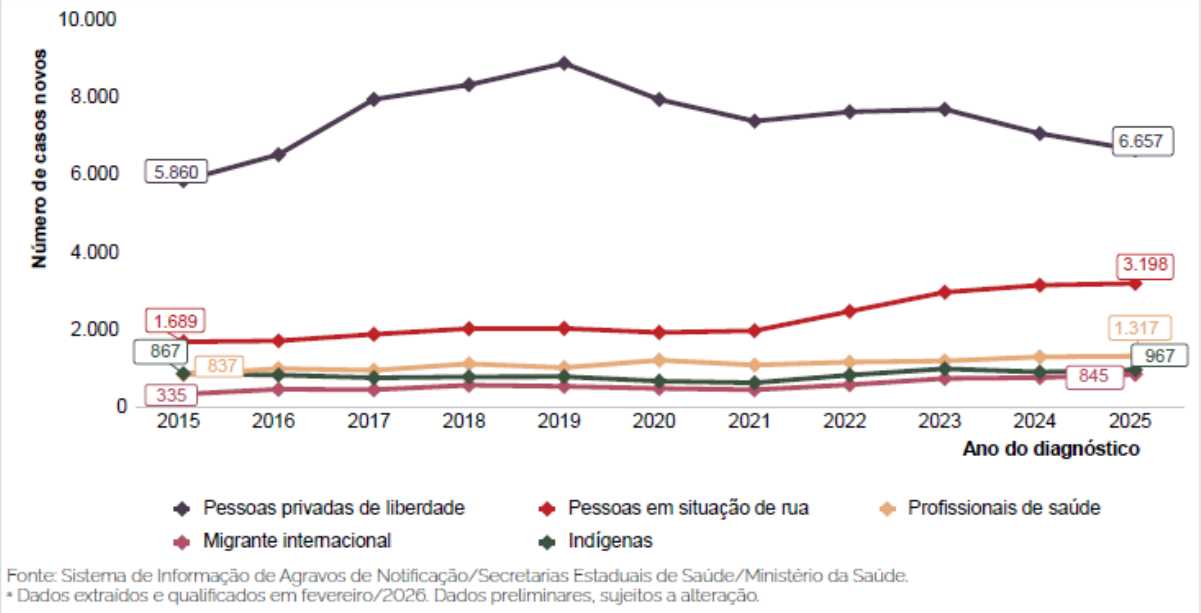
A tuberculose é fortemente influenciada por fatores socioeconômicos como pobreza, desigualdade, insegurança alimentar e condições inadequadas de vida e trabalho aumentam o risco de infecção por tuberculose, a progressão da doença e os desafios no manejo do tratamento – incluindo suas demandas médicas, financeiras e sociais. A pobreza é reconhecida como uma das principais causas associadas ao adoecimento por TB, ao mesmo tempo em que a doença contribui para o agravamento da vulnerabilidade socioeconômica, impactando desproporcionalmente as populações mais vulneráveis, perpetuando um ciclo que afeta indivíduos, famílias e comunidades.

Nesse cenário, determinados grupos populacionais apresentam maior vulnerabilidade e, consequentemente, maior risco de infecção e de adoecimento.

No que se refere ao número de casos novos de TB em populações em situação de maior vulnerabilidade, a população privada de liberdade apresentou aumento de casos entre 2015 (n=5.860) e 2019 (n=9.027), ano de maior registro da série histórica. A partir de 2020, observou-se redução progressiva, com oscilações

nesse quantitativo, que alcançou 6.657 casos em 2025. Na população em situação de rua, houve crescimento gradual entre 2015 (n=1.689) e 2018 (n=2.097), seguido de discreta redução em 2019 e 2020 e posterior aumento a partir de 2021, sendo 2025 o ano do maior valor da série (n=3.196). Entre profissionais de saúde, os casos novos de TB aumentaram a partir de 2020, atingindo 1.317 casos em 2025. Os migrantes internacionais e indígenas mantiveram o comportamento oscilatório do número de casos ao longo da série histórica, alcançando, respectivamente, 845 e 967 casos novos em 2025 (Figura 11).

Figura 11 – Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2015 a 2025.

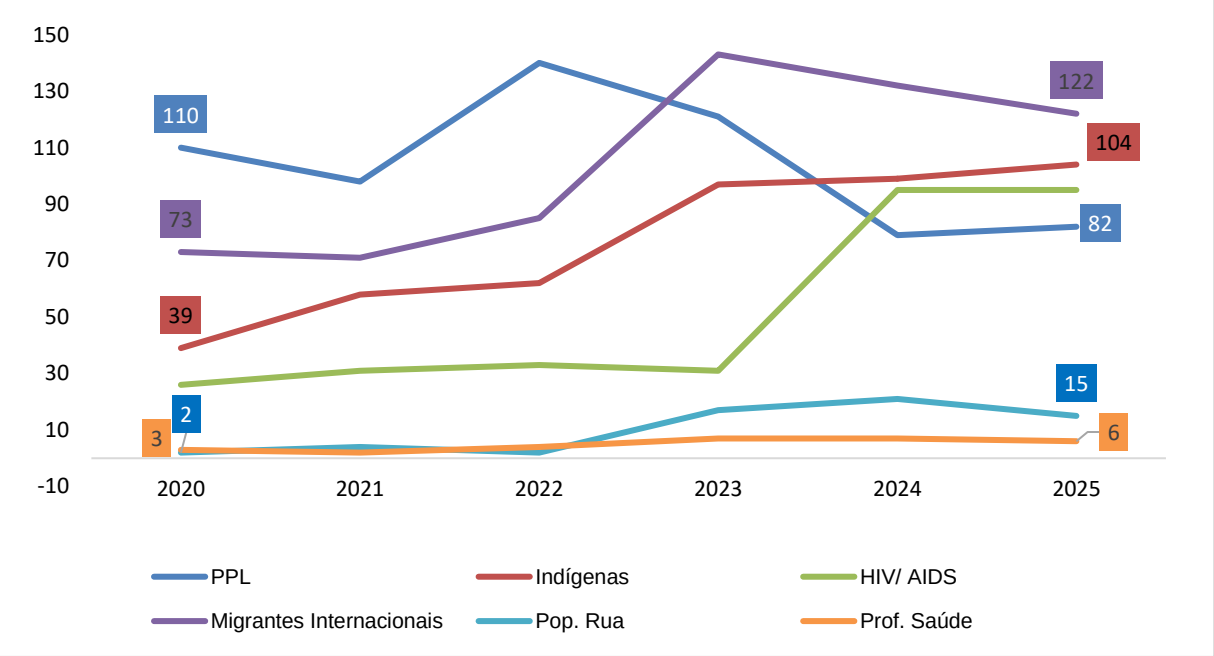


Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.28.

Na avaliação dos casos de tuberculose nas populações mais vulneráveis em Roraima, observa-se no período avaliado, que a população Privada de Liberdade, apresentou a partir de 2023 (n=121) uma redução importante, alcançando 82 casos em 2025. O número de caos em indígenas apresentou crescimento continuo, passando de 39 casos em 2020 para 104 em 2025. Nas pessoas vivendo com HIV/AIDS, observa-se aumento quando comparando 2020 e 2025, observa-se incremento de 265,4%, evidenciando maior identificação da coinfecção TB/HIV. Nos migrantes internacionais verificou-se que apesar da queda nos dois últimos anos, o

número de casos em 2025 permanece 67,1% superior ao registrado em 2020. Esse comportamento pode refletir o intenso fluxo migratório, especialmente de pessoas provenientes da Venezuela. Na população em situação de rua, apresentou os menores números absolutos, porém com maior crescimento proporcional, houve aumento de 650% em relação ao início da série, evidenciando elevada vulnerabilidade social. Nos profissionais de saúde ocorreu um aumento de 100% dos casos no período de 2020 para 2025, a ocorrência de casos nesse grupo pode refletir tanto a exposição ocupacional quanto a circulação da doença na comunidade (Gráfico 9)

Gráfico 9– Número de casos novos de tuberculose todas as formas diagnosticadas em populações em situação de vulnerabilidade. Roraima, 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

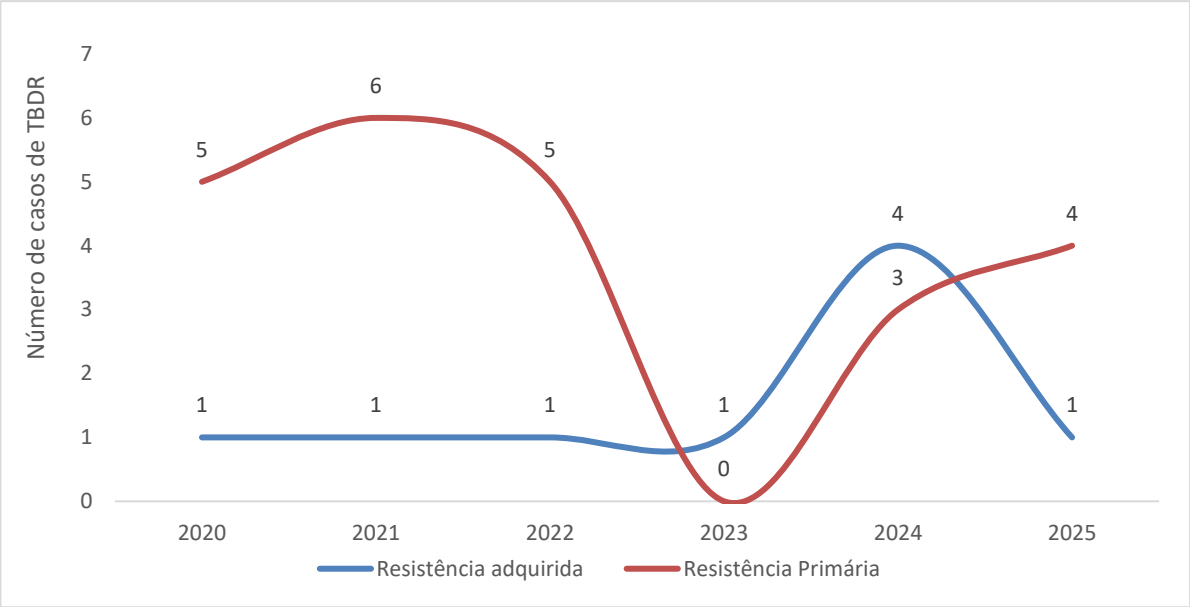
TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE

O monitoramento dos casos de tuberculose drogarresistente é um indicador importante da qualidade das ações de controle da doença. A ocorrência desses casos pode estar relacionada ao abandono do tratamento, ao uso inadequado dos medicamentos, ao diagnóstico tardio ou à transmissão de cepas resistentes na comunidade. 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.

No Brasil, entre 2015 e 2025, o país notificou 11.669 casos novos de TB DR, com predomínio da resistência à rifampicina (52,5%, n=6.124), seguida pela monorresistência à isoniazida (26,4%, n=3.081). Pessoas em tratamento da TB DR São mais afetadas economicamente1,46. Os custos catastróficos do tratamento atingem mais de 70% das famílias com TB DR, sendo especialmente vinculados à perda de renda devido à incapacidade de trabalhar durante o tratamento, às despesas com transporte para acessar os serviços de saúde e aos gastos com suplementação nutricional, o que pode se configurar como obstáculos para o controle da TB e, consequentemente, para a continuidade do tratamento.

Gráfico 10 - Casos tuberculose drogarresistente notificados no período de 2020 a 2025 – Roraima.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

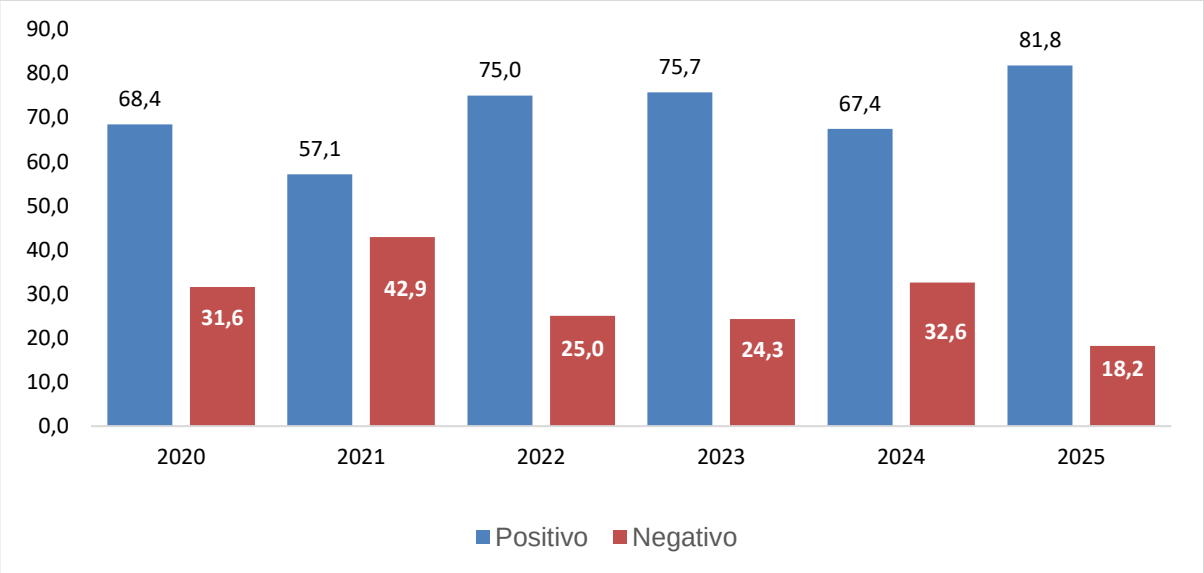
Em Roraima, entre 2020 e 2025, foram registrados 32 casos de tuberculose drogarresistente**,** sendo 9 casos (28,1%) de resistência adquirida **e** 23 casos (71,9%) de resistência primária**.** A resistência primária predominou durante a maior parte da série histórica, variando entre cinco e seis casos anuais de 2020 a 2022. Em 2023 não houve registro desse tipo de resistência, porém os casos voltaram a ocorrer em 2024 (3 casos) e 2025 (4 casos). O predomínio da resistência primária indica que parte dos pacientes foi infectada por cepas já resistentes, sugerindo transmissão comunitária

dessas cepas e reforçando a necessidade de intensificar a investigação de contatos e o diagnóstico precoce. A resistência adquirida manteve-se estável com um caso anual entre 2020 e 2023. Em 2024 observou-se aumento para quatro casos, seguido de redução para um caso em 2025. Esse aumento pontual pode estar relacionado a falhas na adesão ao tratamento, abandono, esquemas terapêuticos inadequados ou dificuldades no acompanhamento clínico dos pacientes (Gráfico 10).

Segundo o Ministério da Saúde, 2019, é preconizado a realização de cultura seguida do Teste de Sensibilidade (TS), para todos os 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 drogarresistente e, posterirormente, a execução de medidas pertinentes ao manejo clínico. Em 2025 o Estado apresentou 73% (33/45) de cultura realizada nos casos de retratamento e desses 81,8% (n= 27) foram positivas. (Gráfico 11).

Das culturas positivas em 2025, apenas 23 realizaram o teste de sensibilidade, com resultados sensíveis 22 casos e 1 casos de resistência a drogas de 1ª linha.

Gráfico 11 – Proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose em Roraima – 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

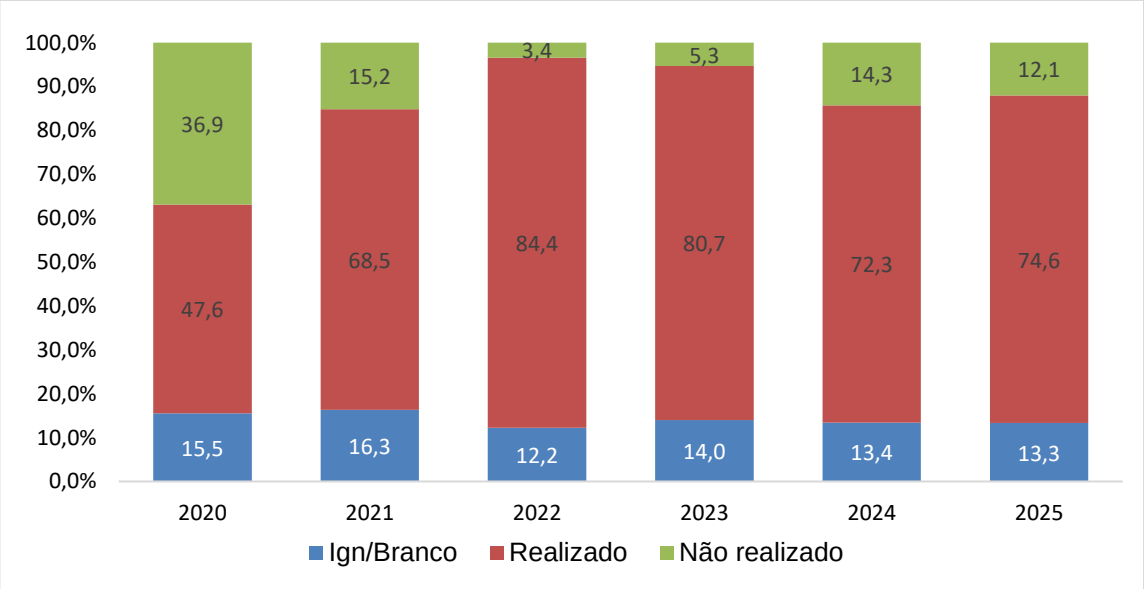
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O Tratamento Diretamente Observado constitui uma das principais estratégias recomendadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para aumentar a

adesão ao tratamento, reduzir o abandono, prevenir a ocorrência de tuberculose drogarresistente e elevar as taxas de cura.

A cobertura do Tratamento Diretamente Observado aumentou de 47,6% em 2020 para 74,6% em 2025**,** correspondendo a um incremento de 27,0%**.** A proporção de pacientes sem TDO diminuiu de 36,9% para 12,1% entre 2020 e 2025, embora tenha apresentado aumento após 2022. Os registros Ignorado/Branco permaneceram próximos de 13% a 16%**,** sugerindo a necessidade de melhorias na qualidade da informação. Os resultados demonstram avanços importantes na cobertura do TDO ao longo da série histórica, especialmente entre 2020 e 2023. Entretanto, a redução observada em 2024 e a persistência de pacientes sem acompanhamento indicam a necessidade de fortalecer as ações da Atenção Primária à Saúde, ampliar o acompanhamento de grupos vulneráveis e qualificar o registro das informações, visando alcançar maior cobertura e melhores desfechos do tratamento (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de casos novos de tuberculose todas as formas por tratamento supervisionado em Roraima – 2020 a 2024.



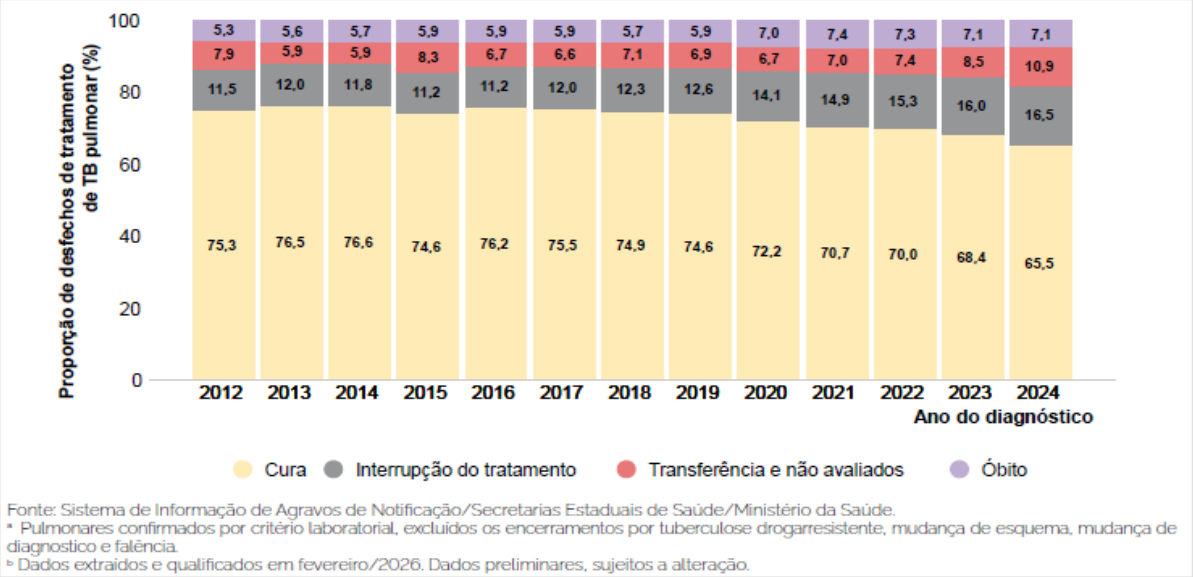
Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

DESFECHOS DAS PESSOAS COM A TUBERCULOSE SENSÍVEL

Na avaliação nacional, entre 2019 e 2024, os desfechos de tratamento dos casos novos de TB confirmados por critério laboratorial evidenciaram redução da proporção de cura, que passou de 74,6% (n=35.794) para 65,5% (n=36.205). No

mesmo período, a interrupção do tratamento aumentou de 12,6% (n=6.142) para 16,5% (n=9.101), assim como a proporção de casos encerrados como transferência ou não avaliados (não encerrados), que passou de 6,9% (n=3.313) para 10,9% (n=6.036) (Figura9). O conjunto desses achados sugere um agravamento dos resultados terapêuticos no período, com possíveis impactos na transmissão, mortalidade e desenvolvimento de resistência antimicrobiana.

Figura 9 – Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2012 a 2023.

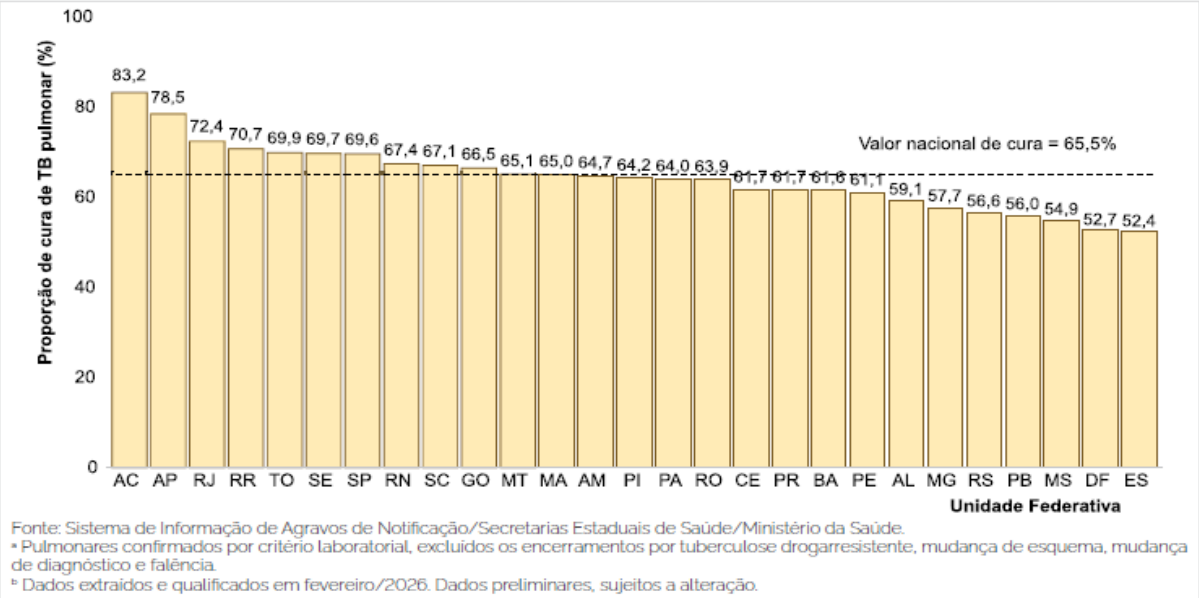


Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.30.

A proporção de cura dos casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial em 2024, estratificada por UF, evidencia diferenças territoriais. Os maiores percentuais de cura foram registrados no Acre (83,2%, n=321), Amapá (78,5%, n=245), Rio de Janeiro (72,4%, n=6.502) Roraima (70,7%, n=248) e Tocantins (69,9%, n=93) (Figura 10).

Os indicadores de desfecho do tratamento demonstram mudanças importantes no desempenho das ações de controle da tuberculose ao longo do período, especialmente em relação à cura, mortalidade e interrupção do tratamento.

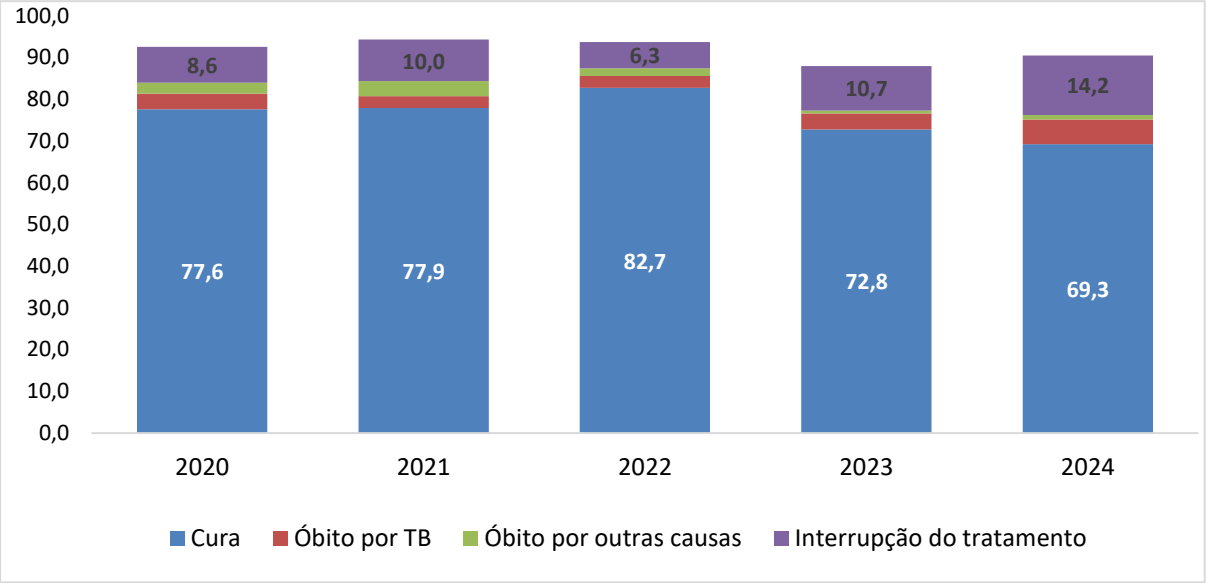
Figura 10 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial por Unidade da Federação. Brasil, 2024.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.30.

No desfecho de tratamento no período avaliado as taxas de cura permaneceram próximas de 78%**,** alcançando o melhor resultado em **2022 (82,7%)**. Entretanto, observou-se redução importante nos dois anos seguintes, atingindo 72,8% em 2023 e 69,3% em 2024, o menor percentual da série, o pode estar relacionado com inconsistências no banco de dados de Sinan. Os óbitos por tuberculose permaneceram relativamente estáveis entre 2020 e 2023, variando de 2,8% a 3,9%**,** mas aumentaram significativamente em 2024, quando alcançaram 5,9%, o maior valor do período. Esse resultado pode estar relacionado ao diagnóstico tardio, maior gravidade clínica dos casos, presença de comorbidades e dificuldades na adesão ao tratamento. A interrupção do tratamento apresentou redução para 6,3% em 2022, verificou-se aumento expressivo para 10,7% em 2023 e 14,2% em 2024, representando o maior percentual da série (Gráfico 13).

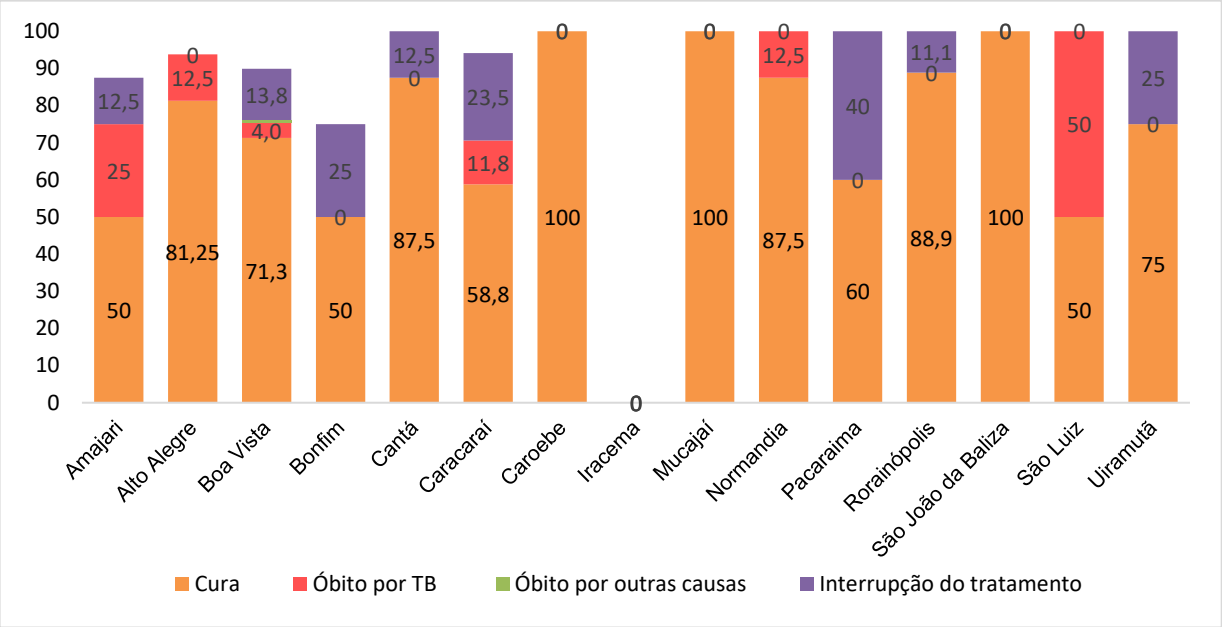
Gráfico 13 - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial - Roraima, 2024.



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Os indicadores de desfecho do tratamento da tuberculose evidenciam importante heterogeneidade entre os municípios de Roraima, refletindo diferenças na capacidade de diagnóstico, acompanhamento dos casos e organização da rede de atenção à saúde. Os municípios de Caroebe, Mucajaí e São João da Baliza alcançaram 100% de cura, Cantá, Normandia e Rorainópolis apresentaram taxas de cura próximas ou superiores à meta de 85%. Boa Vista, apesar de concentrar o maior número de casos do estado, apresentou 71,3% de cura e 13,8% de interrupção do tratamento. Pacaraima apresentou a maior proporção de interrupção do tratamento (40%), seguido de Bonfim e Uiramutã (25% cada). Os maiores percentuais de óbito por tuberculose foram observados em São Luiz (50%) e Amajari (25%), resultados que devem ser interpretados com cautela devido ao pequeno número absoluto de casos (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial por município de residência - Roraima, 2024



Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

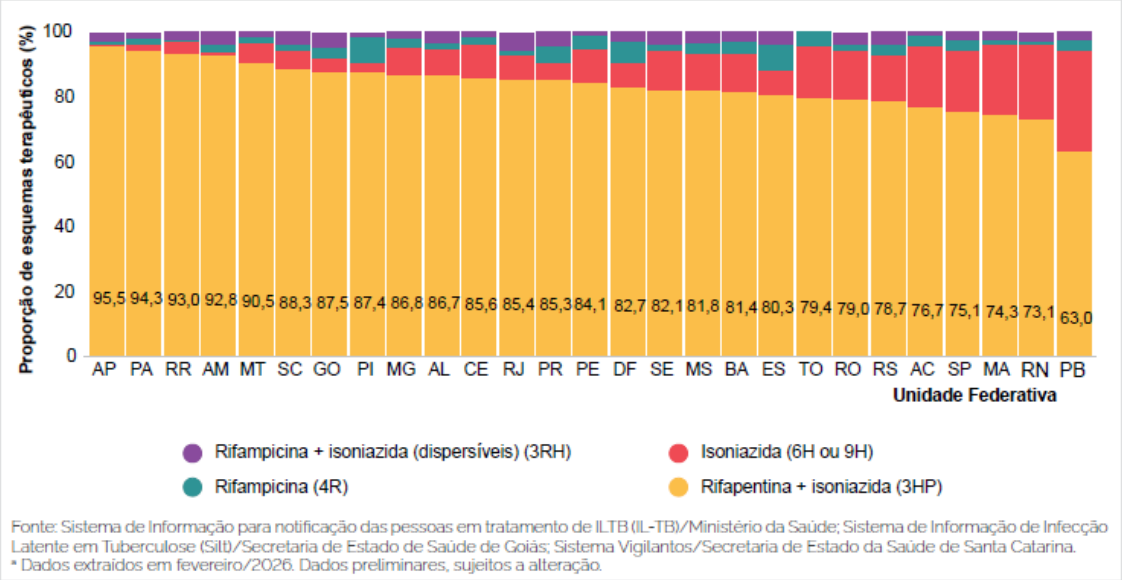
A prevenção da tuberculose constitui um dos principais componentes das estratégias de controle da doença e envolve ações integradas de vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e interrupção da cadeia de transmissão.

As principais estratégias incluem o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), a vacinação com BCG na infância, essencial ações de educação em saúde e medidas de controle de infecção em serviços de saúde e outros ambientes de risco.
A redução do risco de progressão da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) para a TB constitui componente central para a diminuição da incidência da doença. O TPT é a principal intervenção para prevenir o adoecimento, sendo recomendado pela OMS para pessoas vivendo com HIV e/ou aids, contatos domiciliares de pessoas com TB e outros grupos prioritários com maior risco de infecção e de evolução para doença ativa. (Boletim

A oferta do TPT deve estar integrada às estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce da TB, o que contribui para a interrupção da cadeia de

transmissão e para a melhoria dos desfechos em saúde. Em 2025, o esquema 3HP consolidou-se como a principal escolha terapêutica para o TPT em todas as UF, com 19 delas registrando proporções superiores a 80%, entre as quais se destacam Amapá (95,5%, n=274), Pará (94,3%, n=1.343), Roraima (93,0%, n=265), Amazonas (92,8%, n=1.844) e Mato Grosso (90,5%, n=766) (Figura 11). Esse padrão sugere ampla adesão às recomendações nacionais e internacionais.

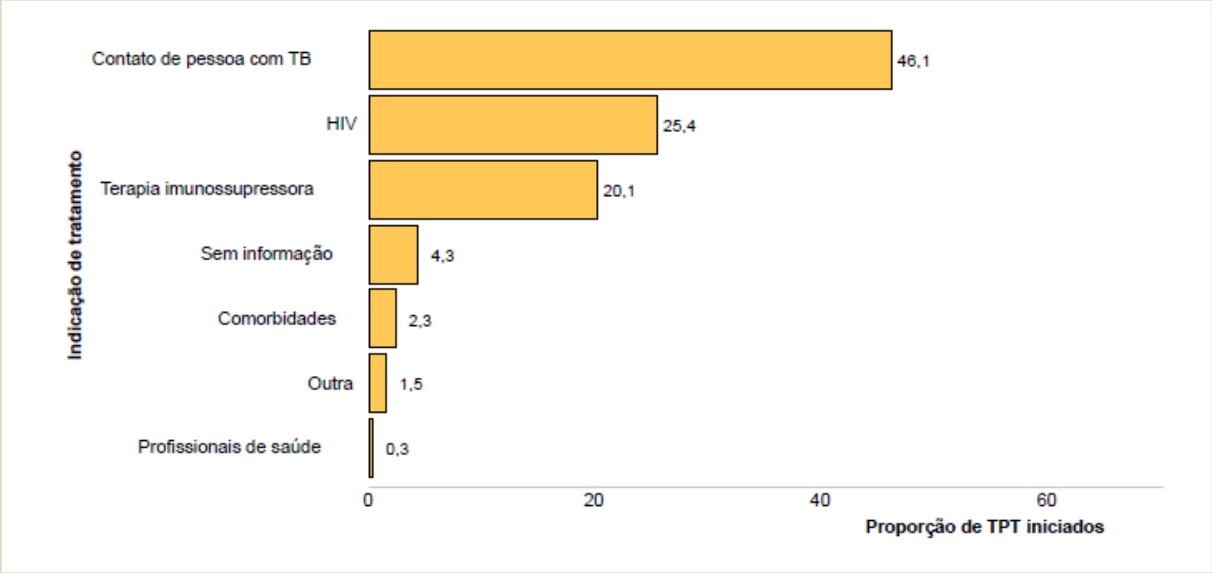
Figura 11 – Proporção de esquemas terapêuticos entre as pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por unidade federativa. Brasil, 2025



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.36.

Em relação à indicação de TPT no país, no ano de 2025 observou-se que 46,1% (n=21.315) dos tratamentos iniciados foram registrados no grupo de contato de pessoa com TB, seguido das pessoas vivendo com HIV e/ou aids (25,4%, n=11.727). O grupo que inclui as pessoas que estão sob algum tipo de terapia imunossupressora também apresentou destaque, perfazendo 20,1% (n=9.294) dos tratamentos registrados no IL-TB (Figura 12). As recomendações sobre o TPT incluem critérios específicos e são periodicamente atualizadas, sendo fundamental a atenção permanente às orientações do Ministério da Saúde para a sua adequada indicação e acompanhamento.

Figura 12 – Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Brasil, 2025.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026, p.36.

A avaliação de contatos de casos de tuberculose é um dos indicadores que compõem o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e a meta pactuada é avaliar 70% dos contatos registrados de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial, sendo considerada uma estratégia prioritária para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e para a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Esse indicador mede a proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente que foram devidamente investigados pelos serviços de saúde.

Embora o indicador tenha permanecido acima de 80% na maior parte da série, a queda observada em 2025 merece atenção, pois pode refletir dificuldades na investigação e no acompanhamento dos contatos, limitações operacionais dos serviços de saúde, sub-registro das informações ou desafios relacionados à busca ativa e ao acesso dos contatos aos serviços de saúde (Tabela 2).

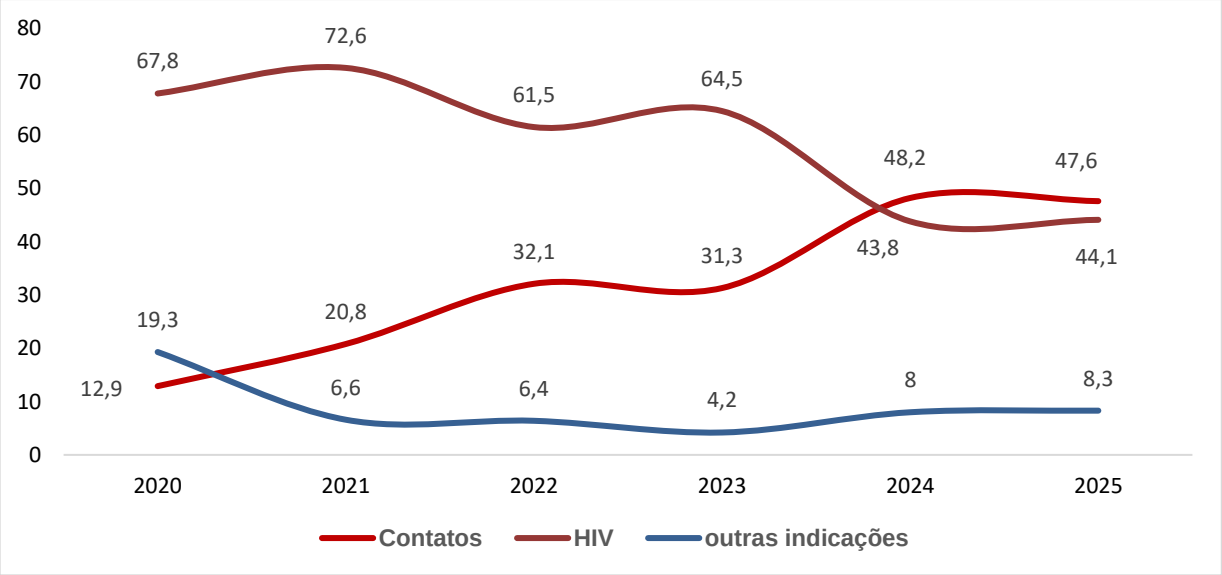
Tabela 3 - Número e percentual de contatos registrados e examinados de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial - Roraima – 2020 a 2025.

Ano	Contatos identificados	Contatos examinados	% de contatos examinados
2020	1991	1683	84,5
2021	1523	1218	80,0
2022	1945	1763	90,6
2023	2513	2016	80,2
2024	1765	1419	80,4
2025	1867	1337	71,6

Fonte: SINAN/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Para o número de casos de tuberculose foram somados: casos novos, não sabe + pós óbito. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Entre 2020 e 2025, verificou-se uma alteração no perfil das indicações do tratamento da infecção latente da tuberculose. As indicações entre contatos de casos de tuberculose apresentaram crescimento expressivo, passando de 12,9% em 2020 para 47,6% em 2025, representando um aumento de 269% em relação ao valor inicial.

Gráfico 15 – Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Roraima 2020 – 2025



Fonte: Sistema IL-TB/NCT/DVE/CGVS/SES/RR. Dados sujeito a alterações, gerados em julho/2026.

Em contrapartida, as indicações entre pessoas vivendo com HIV permaneceram como a principal categoria entre 2020 e 2023, atingindo o maior percentual em 2021 (72,6%)**.** A partir de 2024, observou-se redução acentuada, alcançando 44,1% em 2025, correspondendo a uma diminuição de 35% em comparação com 2020. Apesar da redução proporcional, esse comportamento pode refletir o aumento das indicações em outros grupos prioritários, especialmente entre contatos, e não necessariamente redução do número absoluto de pessoas vivendo com HIV tratadas. As outras indicações permaneceram como a menor proporção das indicações durante toda a série histórica (Gráfico 15).

De modo geral, a série histórica evidencia avanços na implementação das ações de prevenção da tuberculose em Roraima, especialmente pela expansão das indicações entre contatos, aspecto essencial para reduzir a incidência da doença e contribuir para o alcance das metas de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública.

CONSIDERAÇOES FINAIS

A tuberculose permanece como um importante problema de saúde pública em Roraima, caracterizando-se por elevada carga da doença, manutenção da transmissão comunitária e importante concentração de casos em populações em situação de vulnerabilidade. Os indicadores epidemiológicos e operacionais analisados demonstram avanços em diversas ações de vigilância e assistência, mas evidenciam desafios persistentes para o alcance das metas de eliminação da doença.

A distribuição da doença é heterogênea entre os municípios, refletindo as diferenças demográficas, socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, além da presença de populações indígenas, migrantes e comunidades de difícil acesso. Destaca-se ainda a elevada ocorrência de casos entre pessoas privadas de liberdade, indígenas, migrantes internacionais e pessoas vivendo com HIV, grupos considerados prioritários para as ações de vigilância e controle. A intensa mobilidade populacional decorrente da fronteira internacional com Venezuela e Guiana representa um fator adicional para a manutenção da transmissão da doença. A análise também evidencia a necessidade de intensificar as ações voltadas à prevenção da tuberculose, incluindo a ampliação da investigação de contatos, expansão da terapia preventiva para infecção latente, fortalecimento do tratamento diretamente observado (TDO),

diagnóstico precoce e integração entre a atenção primária, vigilância epidemiológica e serviços especializados.

De forma geral, a situação epidemiológica da tuberculose em Roraima caracteriza-se por alta incidência, persistência da transmissão, concentração da doença em populações vulneráveis e importantes desigualdades entre os municípios**.** Por outro lado, os avanços observados na testagem para HIV, na ampliação da TARV e na incorporação de métodos diagnósticos mais sensíveis demonstram fortalecimento das ações do Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Entretanto, a redução da incidência e da mortalidade dependerá da consolidação de estratégias integradas de vigilância, prevenção, diagnóstico oportuno, tratamento e proteção social, alinhadas às recomendações do Ministério da Saúde e da Estratégia pelo Fim da Tuberculose da Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose: número especial – março de 2026**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2026/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar-2026.pdf/view?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: jul. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view. Acesso em jul. 2026.

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-epidemiológico-de-tuberculose-numero- -especial-mar.2024. Acesso em: jul. 2026.

3.4 MICOSES ENDÊMICAS

Angela Maria Felix Alves de Oliveira
Elba Urzedo de Freitas Lamounier
Tatiana Maia da Silva
Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo

As micoses são doenças causadas por fungos e podem afetar indivíduos saudáveis, imunodeprimidos ou imunossuprimidos. Os sintomas das micoses dependem do tipo da micose e do estado imunitário do indivíduo. Variam de uma simples lesão na pele até quadros graves, com comprometimento sistêmico (disseminado), que podem evoluir para o óbito. A grande maioria dos agentes etiológicos é encontrada no solo, vegetação e material em decomposição, em áreas tropicais e subtropicais, em ambientes úmidos, e a ocorrência da infecção se dá, predominantemente, em populações de áreas rurais ou envolvidas em atividades agropecuárias, ecoturismo e caça, além de grupos com baixas condições socioeconômicas. Podem ocorrer surtos. As micoses oportunistas são frequentes em pacientes com algum tipo de imunossupressão.

O diagnóstico das micoses consiste, além da verificação das características clínicas e epidemiológicas, em exames laboratoriais, tais como o exame micológico, que inclui a visualização direta e a cultura, o exame histopatológico e os exames sorológicos e moleculares. Os fungos podem ser isolados de escarro, sangue, medula óssea, lavado brônquio-alveolar, liquor, tecido (pele, parênquima cerebral, osso, fígado, linfonodos, etc.) e urina. O tratamento das micoses é feito com uma série de medicamentos antifúngicos, e a escolha terapêutica dependerá da etiologia e da forma clínica e gravidade do caso. Geralmente, o tratamento é prolongado e requer estratégias de adesão. Alguns medicamentos antifúngicos para o tratamento das micoses endêmicas estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e são oferecidos gratuitamente. Todo o tratamento e suporte necessários para cuidar do enfermo também são oferecidos de forma integral e gratuita pela rede pública de saúde.

VIGILÂNCIA DAS MICOSES ENDÊMICAS

Considerando a importância das micoses endêmicas (sistêmicas e de implantação) na saúde pública brasileira, o Ministério da Saúde está em processo de estruturação de um sistema de vigilância, com vistas a conhecer a real magnitude dessas doenças para subsidiar a adoção de políticas específicas de prevenção, assistência e controle. São objetivos da vigilância nacional:

- Conhecer o perfil e o padrão epidemiológico das micoses;
- Identificar as principais fontes de transmissão, bem como os grupos e/ou fatores de maior risco ao adoecimento, incluindo sua relação com ambiente de trabalho;
- Analisar, interpretar e disseminar as informações epidemiológicas que subsidiem as recomendações de prevenção e controle nos territórios e as ações de vigilância em saúde do trabalhador para as micoses relacionadas ao trabalho;
- Proporcionar uma base de incentivo para o fortalecimento da rede de diagnóstico laboratorial, visando o aprimoramento da vigilância laboratorial e melhoria do diagnóstico.

As micoses endêmicas, em sua maioria, não integram a lista de agravos de notificação compulsória. Como exceção da Esporotricose Humana, que passou a ser de notificação compulsória a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Com a atualização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (e-SUS Sinan), disponibilizada em 8 de dezembro, tornou-se possível o registro e a conclusão dos casos de Esporotricose Humana (CID B42) no sistema, através da ficha de notificação/conclusão.

A vigilância das micoses endêmicas no Brasil, ocorrerá a partir da notificação dos casos e a solicitação de medicamentos antifúngicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde na plataforma online “MICOSIS”. Todos os casos devem ser inseridos nessa plataforma que dispõe de informações clínicas e epidemiológicas, métodos de diagnóstico do caso, esquema e duração do tratamento e evolução. Todos os casos notificados no sistema, cujos os medicamentos serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde, passarão pelo processo de validação.

No Brasil, a maioria das micoses sistêmicas ainda não integra a lista nacional

de doenças de notificação compulsória, o que limita a disponibilidade de informações epidemiológicas consistentes sobre sua magnitude. Dessa forma, os dados referentes à incidência, prevalência, distribuição geográfica e morbimortalidade dessas doenças são obtidos, predominantemente, por meio de estudos retrospectivos de séries de casos, análises de isolados microbiológicos provenientes de coleções de pesquisa e informações do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). A ausência de um sistema nacional de vigilância estruturado dificulta o conhecimento da real carga dessas doenças e o planejamento de ações específicas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle.

Com o objetivo de suprir essa lacuna, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), vem coordenando a implantação da Vigilância das Micoses de Interesse em Saúde Pública, contemplando três grandes grupos de doenças:

- **Micoses sistêmicas:** paracoccidioidomicose, histoplasmose, criptococose e coccidioidomicose;
- **Micoses de implantação:** cromoblastomicose, esporotricose, entomoftoromicose, feohifomicose subcutânea, lobomicose e micetomas;
- **Micoses oportunistas:** candidíase sistêmica, aspergilose, fusariose, mucormicose e pneumocistose.

Essas doenças foram priorizadas por sua relevância epidemiológica e pelo impacto na saúde pública, uma vez que estão associadas a elevadas taxas de morbidade, incapacidade funcional e mortalidade, especialmente quando o diagnóstico é tardio ou o tratamento não é instituído oportunamente. Além disso, acometem com maior frequência populações expostas a fatores ambientais e ocupacionais, bem como indivíduos imunossuprimidos, destacando-se as pessoas vivendo com HIV/AIDS, transplantados, pacientes oncológicos e usuários de terapias imunossupressoras.

A estruturação da vigilância nacional das micoses representa um importante avanço para o Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo conhecer a magnitude dessas doenças, identificar grupos e áreas de maior risco, fortalecer a capacidade diagnóstica da rede laboratorial e subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção, assistência e controle dessas infecções.

MICOSES ENDÊMICAS EM RORAIMA

Em Roraima a vigilância das micoses endêmcas foi implantada em maio de 2025 através da Coordenação Geral de Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobacterias não Tuberculosas/MS.

A Figura 2 apresenta o perfil dos casos diagnosticados e notificados no sistema MICOSIS ao longo do ano de 2025, após a implantação da vigilância das micoses de interesse à saúde pública. Observa-se que o diagnóstico laboratorial foi realizado predominantemente pelo exame micológico direto, correspondendo a 53,8% dos casos, seguido pelo imunodiagnóstico por teste rápido (LFA - *Lateral Flow Assay* ou ensaio de fluxo lateral), utilizado em 46,1% das notificações.

No período analisado, foram registrados 17 casos de micoses endêmicas em Roraima. A análise das características demográficas evidencia predominância da doença no sexo masculino, que correspondeu a 88,2% (n=15) dos casos, enquanto o sexo feminino representou 11,8% (n=2).

Quanto à distribuição por faixa etária, observou-se maior concentração de casos entre indivíduos de 30 a 39 anos e aqueles com 60 anos ou mais, ambos com 29,4% (n=5) dos registros. Esse padrão demonstra maior ocorrência da doença em adultos economicamente ativos e idosos, grupos que frequentemente apresentam maior exposição ambiental e, no caso dos idosos, maior frequência de condições associadas à imunossupressão e doenças crônicas. Em relação à raça/cor, observou-se predominância de indivíduos brancos (35,3%), seguidos pelos pardos (29,4%), enquanto indígenas e pretos representaram 17,6% cada.

Quanto à nacionalidade, verificou-se que a maioria dos casos ocorreu entre brasileiros (76,5%)**,** porém merece destaque a participação de migrantes internacionais, representados por 17,6% de venezuelanos e 5,9% de guianenses. Esse cenário evidencia a influência da dinâmica migratória característica de Roraima, estado situado em região de fronteira internacional, reforçando a necessidade de garantir acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento para populações migrantes e refugiadas. A distribuição espacial demonstrou forte concentração dos casos em Boa Vista, responsável por 88,2% (n=15) das notificações, enquanto Pacaraima e Mucajaí registraram um caso cada (5,9%). Esse resultado provavelmente reflete tanto a maior concentração populacional da capital quanto a centralização dos serviços

especializados para diagnóstico e tratamento das micoses endêmicas, podendo haver subdiagnóstico em municípios mais distantes e de difícil acesso.

A análise da variável ocupação revelou importante limitação na qualidade da informação, uma vez que 64,7**%** (n=11) das notificações apresentavam esse campo como não informado. Entre os registros com informação disponível, destacaram-se trabalhadores da agricultura (11,8%)**,** além de casos isolados entre coletor de lixo domiciliar, mineiro, eletricista de instalações e mototaxista. Algumas dessas atividades envolvem contato frequente com solo, poeiras, matéria orgânica e ambientes potencialmente contaminados por fungos, configurando fatores de risco reconhecidos para o desenvolvimento de micoses endêmicas. Entretanto, a elevada incompletude da variável limita análises mais aprofundadas sobre a relação entre exposição ocupacional e ocorrência da doença.

A tabela 2, podemos observar que dos 17 casos notificados de micoses endêmicas, com predominância de histoplasmose, responsável por 47,0% (n=8) dos casos. Em seguida destacaram-se a criptococose, com 29,4% (n=5), enquanto aspergilose, paracoccidioidomicose, esporotricose e infecção fúngica não especificada corresponderam, individualmente, a 5,9% (n=1) dos registros.

Quanto à forma clínica, observou-se predominância da forma disseminada, responsável por 41,2% (n=7) dos casos, seguida da forma pulmonar, com 29,4% (n=5)**.** Também foram registrados casos com acometimento do Sistema Nervoso Central (17,6%; n=3), além de um caso de forma osteoarticular e um de forma linfocutânea (5,9% cada). A elevada frequência de formas disseminadas e do comprometimento do sistema nervoso central sugere diagnóstico em estágios avançados da doença ou ocorrência em pacientes imunossuprimidos, situações frequentemente associadas a maior gravidade clínica, necessidade de internação e aumento do risco de óbito.

Tabela 1- Características demográficas dos casos de micoses notificados no Sistema Micosis, pelo estado de Roraima, 2025.

Sexo	**Nº**	**0**
Masculino	15	88,2
Feminino	2	11,8
Total	**17**	**100**
Faixa Etária	**Nº**	**%**
menor de 1 ano	0	0
1 a 4 anos	0	0
5 a 9 anos	1	5,9
10 a 14 anos	0	0
15 a 19 anos	1	5,9
20 a 29 anos	2	11,8
30 a 39 anos	5	29,4
40 a 49 anos	0	0
50 a 59 anos	3	17,6
60 anos e mais	5	29,4
Total	**17**	**100**
Raça/Cor	**Nº**	**%**
Branca	6	35,3
Parda	5	29,4
Indígena	3	17,6
Preta	3	17,6
Total	**17**	100
Nacionalidade	**Nº**	**%**
Brasil	13	76,5
Venezuela	3	17,6
Guiana	1	5,9
Total	**17**	**100**
Município de Residência	**Nº**	**%**
Boa Vista	15	88,2
Pacaraima	1	5,9
Mucajaí	1	5,9
Total	17	100
Ocupação	**Nº**	**%**
Não informado	11	64,7
Coletor de lixo domiciliar	1	5,9
Eletricista de instalações	1	5,9
Mineiro	1	5,9
Mototaxista	1	5,9
Trabalhador da Agricultura	2	11,8
Total	**17**	**100**

Fonte: Sistema Micosis/NCT/DVE/CGVS/SESAU/RR, dados gerados em julho/2026

A análise das doenças e agravos associados evidencia importante participação de condições que comprometem a resposta imunológica ou agravam o curso clínico das micoses. O HIV/AIDS foi identificado em 35,3% (n=6) dos pacientes, constituindo a principal condição associada. Também foram observados hipertensão arterial e tabagismo, ambos presentes em 29,4% (n=5) dos casos, além de abuso de álcool e outras comorbidades, cada um representando 23,5% (n=4). A tuberculose ativa esteve presente em 17,6% (n=3) dos pacientes, reforçando a importância da investigação de infecções oportunistas em indivíduos imunossuprimidos e da integração entre os programas de vigilância das micoses, tuberculose e HIV/AIDS. A coexistência dessas doenças aumenta a complexidade do manejo clínico, favorece formas disseminadas e está associada a pior prognóstico.

Em relação à provável fonte de infecção, verificou-se que o contato com solo ou ambiente suspeito foi o principal fator de exposição, correspondendo a 41,0% (n=7) dos casos. A exposição a excretas de morcegos foi identificada em 17,6% (n=3)**,** enquanto o contato com material vegetal representou 12,0% (n=2) das notificações. Em 29,4% (n=5) dos casos, a fonte de infecção permaneceu ignorada, evidenciando limitações na investigação epidemiológica.

A análise de desfecho de tratamento evidencia importantes desafios relacionados ao acompanhamento clínico e ao encerramento oportuno das notificações. Observou-se que 41,2% (n=7) dos casos permaneciam com a evolução ignorada, constituindo a categoria mais frequente. Esse elevado percentual de registros sem desfecho definido limita a avaliação dos resultados da assistência, dificulta o monitoramento da efetividade terapêutica e compromete a qualidade das informações produzidas pela vigilância epidemiológica.

Entre os casos com evolução conhecida, apenas 11,8% (n=2) tiveram registro de tratamento completo, indicando que uma parcela reduzida dos pacientes possuía encerramento documentado com conclusão satisfatória do tratamento no momento da análise. Foram registrados dois óbitos atribuídos à doença notificada (11,8%)**,** evidenciando a elevada gravidade das micoses endêmicas, especialmente quando diagnosticadas tardiamente ou associadas a condições de imunossupressão. Além disso, 17,6% (n=3) dos pacientes evoluíram para óbito por outras causas**,** reforçando que essas infecções frequentemente acometem indivíduos com múltiplas comorbidades e condições clínicas complexas.

Tabela 2 - Características Clinicas dos casos de micoses notificados no Sistema Micosis, pelo estado de Roraima, 2025.

Conclusão Diagnóstica	**Nº**	**%**
Aspergilose	1	5,9
Histoplasmose	8	47,0
Criptococose	5	29,4
Paracoccidioidomicose	1	5,9
Infecção Fungica não especificada	1	5,9
Esporotricose	1	5,9
Total	**17**	**100**
Forma Clínica	**Nº**	**%**
Disseminada	7	41,2
Pulmonar	5	29,4
Osteoarticular	1	5,9
Linfocutânea	1	5,9
Sistema Nervoso Central	3	17,6
Total	**17**	**100**
Doença, infecção e agravos associados	**Nº**	**%**
Tuberculose Ativa	3	17,6
HIV/AIDS	6	35,3
Hipertensão	5	29,4
Tabagismo	5	29,4
Doença Renal	1	5,9
Abuso de alcool	4	23,5
Outras	4	23,5
Total	**17**	**100**
Provavel Fonte de Infecção	**Nº**	**%**
Ignorada	5	29,4
Contato com solo/ambiente suspeito	7	41,0
Contato com material vegetal	2	12,0
Excreta de morcego	3	17,6
Total	**17**	**100**
Tipo de encerramento	**Nº**	**%**
Ignorada	7	41,2
Tratamento Compelo	2	11,8
Óbito pela doença notificada	2	11,8
Óbito por outra causa	3	17,6
Abandono	1	5,9
Mudança de diagnóstico	2	11,8
Total	**17**	**100**

Fonte: Sistema Micosis/NCT/DVE/CGVS/SESAU/RR, dados gerados em julho/2026

O abandono do tratamento foi identificado em 5,9% (n=1) dos casos. Embora represente um percentual reduzido, esse desfecho merece atenção, pois pode resultar em falha terapêutica, persistência da infecção, agravamento clínico e necessidade de tratamentos mais prolongados e complexos. Também foram registrados dois casos (11,8%) classificados como mudança de diagnóstico**,** demonstrando que, durante a investigação clínica e laboratorial, houve revisão da hipótese diagnóstica inicial. Esse resultado evidencia a complexidade do diagnóstico diferencial das micoses endêmicas, que frequentemente apresentam manifestações clínicas semelhantes às de outras doenças infecciosas, especialmente tuberculose, neoplasias e outras infecções oportunistas.

O fortalecimento do monitoramento dos casos, da investigação epidemiológica e da integração entre os serviços assistenciais e de vigilância é fundamental para garantir maior completude dos dados, avaliar adequadamente os desfechos terapêuticos e subsidiar ações voltadas à redução da morbimortalidade por micoses endêmicas em Roraima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose de Roraima é a unidade responsável pela implantação e coordenação da Vigilância das Micoses Endêmicas no estado, atuando também como gestora do Sistema MICOSIS, plataforma nacional destinada ao registro, monitoramento e acompanhamento dos casos de micoses de interesse em saúde pública.

Em 2025, Roraima iniciou a implantação da Vigilância das Micoses Endêmicas, em consonância com a estratégia do Ministério da Saúde voltada ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, da capacidade diagnóstica, da notificação e do monitoramento dessas doenças.

Atualmente os casos de micoses endêmicas diagnosticados em Roraima são conduzidos pela equipe de infectologia do Hospital Geral de Roraima, Hospital Da Criança Santo Antônio e Hospital Universitário e os exames para diagnóstico são realizados no Laboratório Central de Saúde Pública. O serviço para diagnostico e acompanhamentos dos casos a nivel ambulatórial ainda sendo organizado.

A implantação da vigilância assume especial relevância considerando que a maioria das micoses sistêmicas ainda não integra a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Historicamente, o conhecimento sobre a magnitude dessas doenças no

Brasil baseia-se, principalmente, em estudos retrospectivos, séries de casos, registros laboratoriais e dados de internações hospitalares, o que limita a compreensão de sua real distribuição e impacto epidemiológico. Nesse contexto, a implementação do Sistema MICOSIS constitui uma ferramenta estratégica para fortalecer a vigilância, ampliar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico das micoses endêmicas e subsidiar a formulação de políticas públicas e a organização da rede de atenção à saúde no estado de Roraima.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Micoses Endêmicas. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/micoses-endemicas Acesso em: 31/08/2026.

3.5 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS: SARAMPO, RUBÉOLA, SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA, VARICELA E CAXUMBA

Ana Gabriely Tolentino Sales
Maria Daiane Rodrigues Rivero
Tuanne Almeida de Amorim

Visão Geral e Definição das Doenças Exantemáticas

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.

METODOLOGIA

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.

Fonte de dados

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, 2024 e 2025 foi extraída do Localiza-SUS/DEMAS (Brasil, 2022; Brasil, 2025).

Análise de dados

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.

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 erradicas 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).

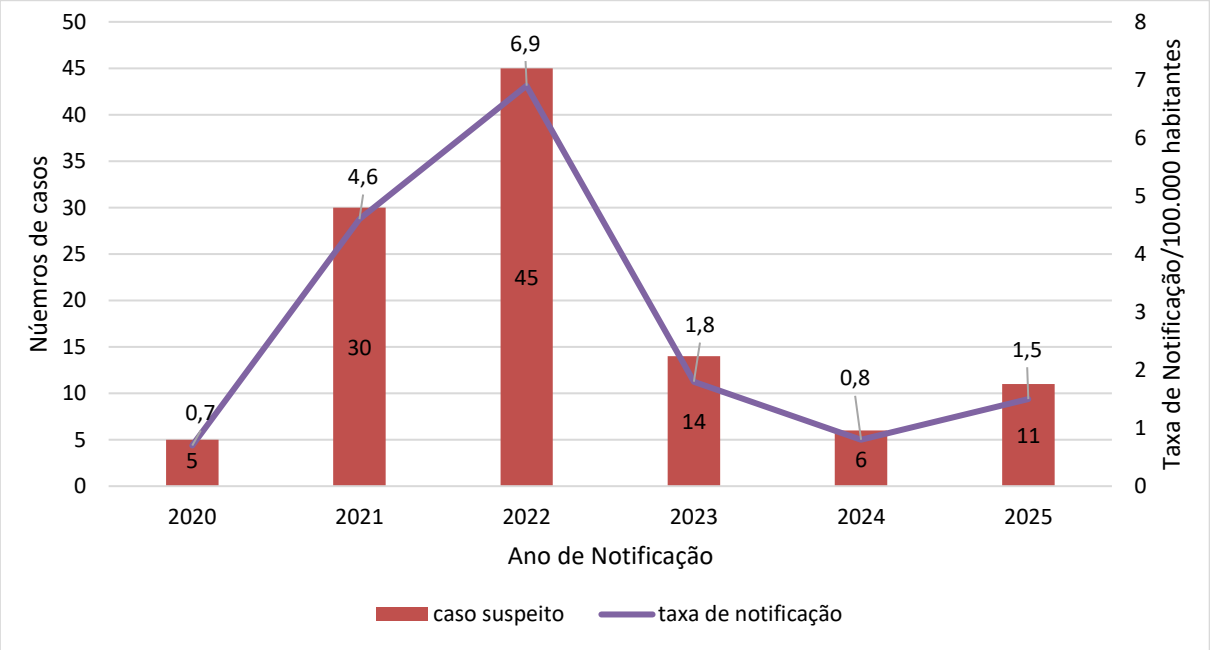
O cenário global também exige atenção constante. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado para um aumento alarmante de casos de sarampo desde 2023. A Europa, em particular, registrou milhares de casos confirmados e óbitos, com destaque para Romênia, Itália, Bélgica, Áustria, Alemanha e Reino 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

No período de 2020 a 2025, o Estado registrou 111 casos suspeitos, apresentando uma oscilação marcante no perfil epidemiológico. Conforme representado no Gráfico 1, a maior ocorrência de notificações foi em 2022, 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 2022, com queda nos anos subsequentes.

A taxa de notificação por 100.000 habitantes acompanhou diretamente a curva de casos absolutos, iniciando em **0,7** em 2020 e atingindo seu pico histórico em 2022 com **6,9** notificações por 100.000 habitantes (45 casos). Após o pico, observou-se um recuo acentuado nos dois anos seguintes, atingindo **0,8** em 2024, seguido por uma sutil retomada em 2025, que fechou o período com uma taxa de **1,5**. Vale destacar que 100% das notificações foram descartadas após investigação epidemiológica. 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, 2020-2025



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 22/06/2026 (sujeitos à alteração).

Análise Epidemiológica da Taxa de Notificação (2020-2025): Gráfico 01

Comportamento Ascendente (2020-2022)**:** O indicador revela um crescimento expressivo no início do período. A taxa saltou de 0,7/100 mil hab**.** em 2020 para 4,6 em 2021, culminando no ápice do monitoramento em 2022, com 6,9/100 mil hab. Esse aumento reflete o período de maior sensibilidade do sistema de vigilância ou de maior circulação de fatores investigativos.

Evolução Recente e Tendência (2023-2025): A partir de 2023, houve uma redução drástica na taxa, que caiu para 1,8 e atingiu o menor patamar recente em 2024 (0,80/100 mil hab.). O período de análise encerra-se em 2025 indicando um novo incremento discreto da taxa para 1,5 sinalizando a necessidade de manutenção do monitoramento contínuo nas regionais de saúde.

Para o ano de 2025, a distribuição dos casos notificados por município de residência destacou a capital Boa Vista, com 10 notificações, e Amajari, com 1 caso, conforme detalhado na Tabela 1. O descarte de 100% dos casos notificados via critério laboratorial demonstra a robustez do sistema de vigilância, isso comprova a capacidade técnica do sistema de vigilância que se mostrou plenamente capaz de realizar o diagnóstico diferencial e encerrar os casos de forma adequada.

Todos os casos notificados em 2025 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, 2025.

Município de Residência	2025
Boa Vista	10
Amajari	1
Total	**11**

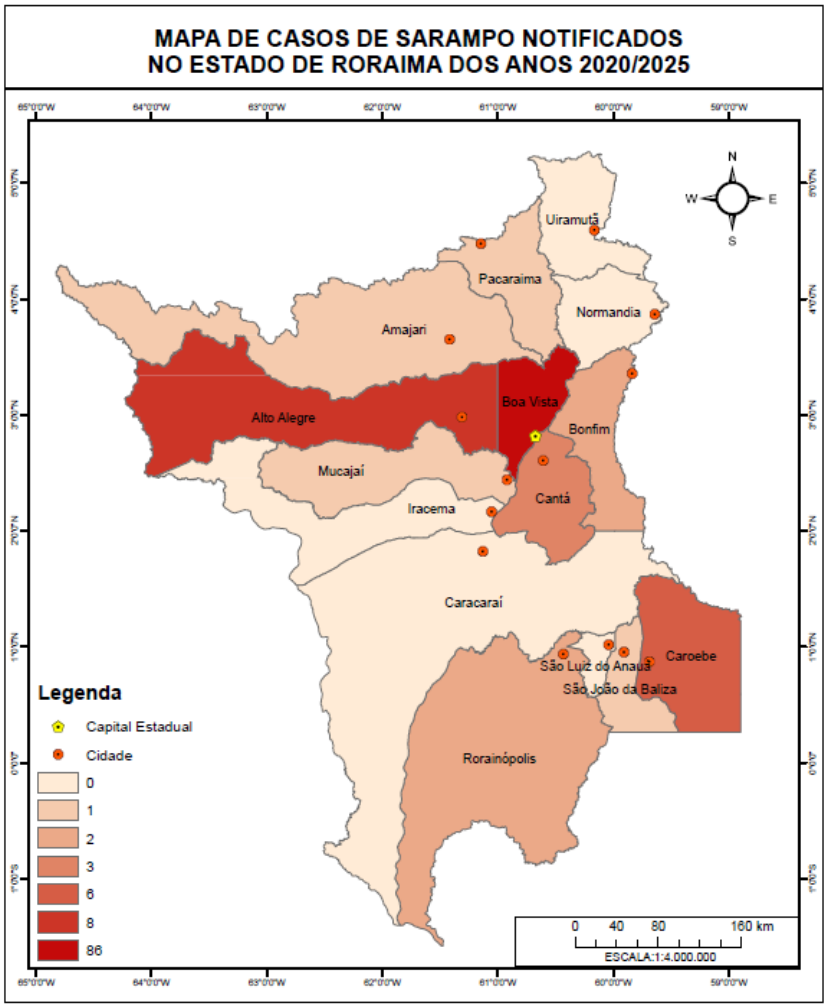
Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 23/06/2026 (sujeitos à alteração).

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 1. 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 Espacial acumulada de casos suspeitos de sarampo notificados em Roraima por município de ocorrência, 2020-2025.



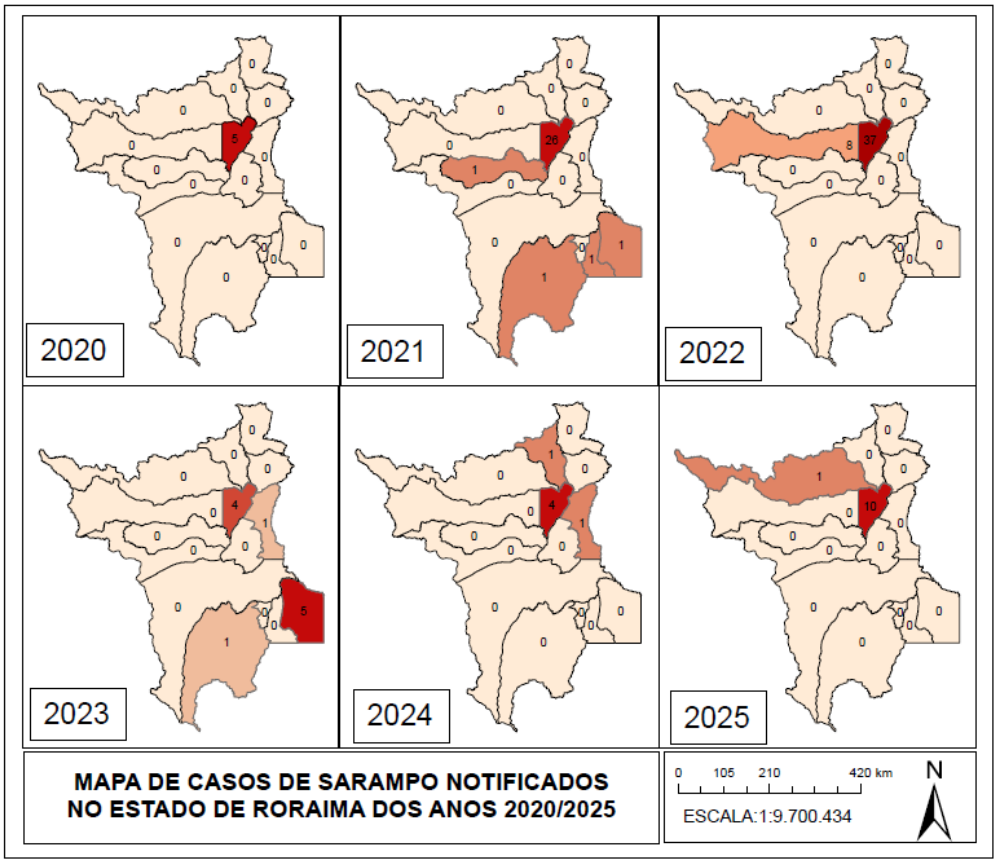
Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 23/06/2026 (sujeitos à alteração).

A análise do acumulado do período entre 2020 e 2025, conforme figura 1 acima, revela uma acentuada heterogeneidade espacial na notificação de casos suspeitos de sarampo no estado de Roraima. O principal polo de notificações concentra-se na

região central do estado, tendo o município de Boa Vista como o epicentro absoluto, registrando o maior volume de notificações (86 casos). Esse comportamento é epidemiologicamente esperado devido à densidade demográfica da capital e à maior sensibilidade da rede de saúde local.

Adicionalmente, observa-se uma importante expressão de notificações no município de Alto Alegre, vizinho à capital. Na porção sul e sudeste do estado, destacam-se Rorainópolis e Caroebe com registros moderados dentro da escala do período. Em contrapartida, municípios localizados mais ao norte, como Uiramutã, Pacaraima e Normandia, mantiveram-se na faixa de zero notificações acumuladas no mapa consolidado, o que exige atenção da vigilância quanto à possível subnotificação ou silêncio epidemiológico nessas áreas de fronteira.

Figura 2. Mapa de análise da Série Temporal das notificações de sarampo no Estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 23/06/2026 (sujeitos à alteração).

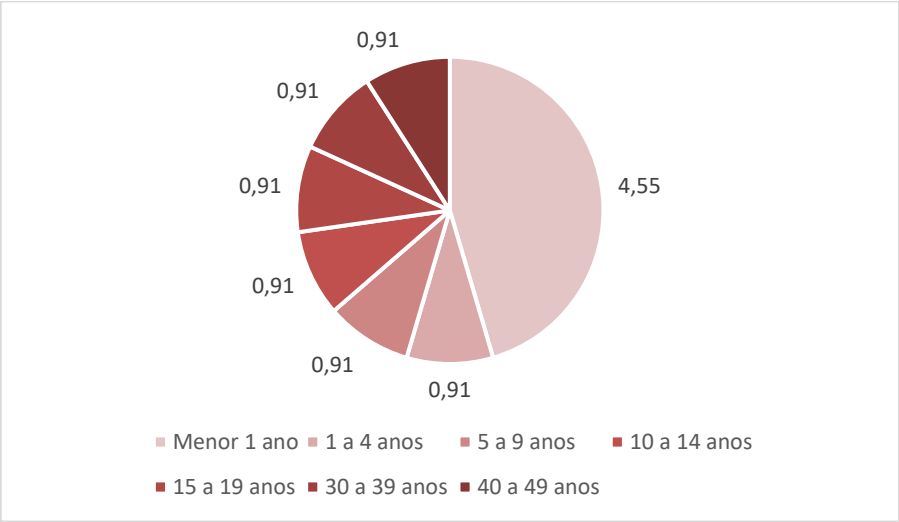
A figura 2 acima, mostra a estratificação anual dos dados que permite identificar diferentes momentos da dinâmica epidemiológica do agravo no estado:

- 2020 e 2021: O período inicial apresenta baixa atividade de notificações. Em 2020, os registros ficaram restritos a Boa Vista (5 casos). Em 2021, observa-se um aumento pontual na capital (26 casos) e o início de dispersão para o sul com 1 caso para os municípios de Rorainópolis, Mucajaí, Caroebe e São João da Baliza.
- 2022 (Pico de Notificações): Este ano representou o auge do panorama epidemiológico do período, caracterizado por uma expressiva expansão territorial e volumétrica. Boa Vista registrou 37 notificações, acompanhada por um salto em Alto Alegre (8 casos). Foi o momento de maior espalhamento horizontal das notificações no eixo central.
- 2023: Há uma retração do cenário na capital (4 casos), porém o município de Caroebe apresentou um aumento isolado e significativo (5 casos), tornando-se o principal notificante daquele ano, Cantá com (3 casos) e 1 caso para os municípios de Bonfim e de Bonfim e Rorainópolis.
- 2024 e 2025 (Período Recente): Em 2024, o cenário retorna a se concentrar quase exclusivamente em Boa Vista (4 casos). Já em 2025, teve um aumento na Capital (10 casos), e um registro isolado em Amajari (1 caso) ao norte.

Embora o sarampo seja uma doença de alta transmissibilidade, o padrão observado em Roraima alterna anos sem um caso confirmado, apenas casos suspeitos. A maior notificação dos casos ocorreu na Capital Boa Vista, com pequenos incrementos em municípios do interior em anos subsequentes (como Alto alegre em 2022 e Caroebe em 2023). Isso reforça a necessidade de manter a alta cobertura vacinal homogênea e a busca ativa de casos exantemáticos febris em todo o território estadual, prevenindo o silêncio epidemiológico.

Em relação à faixa etária dos casos notificados como suspeitos de sarampo em 2025, o grupo de menores de 1 ano foi o mais acometido, totalizando 5 registros. De acordo com a classificação de faixa etária do Ministério da Saúde, a distribuição das demais notificações ocorreu da seguinte forma: 1 a 4 anos (1 caso), 5 a 9 anos (1 caso), 10 a 14 anos (1 caso), 15 a 19 anos (1 caso) e 40 a 49 anos (1 caso), conforme gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição de casos notificados como suspeitos de sarampo no estado de Roraima, segundo faixa etária, 2025.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 23/06/2026 (sujeitos à alteração).

Acerca das informações referentes à raça, observou-se em 2025 uma maior proporção de notificados da raça branca, representando 55% das notificações. O sexo mais predominante entre os notificados foi o feminino, com 55%.

Tabela 2. Perfil epidemiológico dos casos suspeitos de sarampo notificados no estado de Roraima, conforme raça e sexo e, 2025.

Raça	Números de Casos (n)	Percentual
Branca	6	55,50%
Parda	5	45,50%
Sexo	**Números de Casos (n)**	**Percentual**
Masculino	5	45,50%
Feminino	6	55,50%

Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR. Dados de 24/06/2026 (sujeitos à alteração).

Tabela 3: **Análise do Perfil Vacinal dos Casos Notificados (2025)**

Status Vacinal (Sarampo/Rubéola)	Números de Casos (n)	Percentual
Não Vacinados	5	45,50%
Vacinados(Sim)	3	23,30%
Ignorados/Branco	3	23,30%
Total	11	100%

A tabela 3 expressa a distribuição do status vacinal para sarampo e rubéola dentre os 11 casos notificados no estado no ano de 2025.

A maior parcela dos indivíduos notificados concentra-se no grupo dos não vacinados, correspondendo a 45,5% (n = 5) do total de registros. Só esses dados não são suficientes para acender um alerta epidemiológico importante, pois teria que olhar a idade dos casos notificados.

Quanto aos casos vacinados, observa-se que 27,3% (n = 3) das notificações ocorreram em pessoas com histórico vacinal registrado como "Sim". Clinicamente, isso demanda uma investigação aprofundada por parte da vigilância para avaliar se houve falha vacinal primária/secundária ou se esses casos serão posteriormente descartados por critérios laboratoriais (diagnóstico diferencial para outras doenças exantemáticas).

Um ponto crítico identificado na análise é que 27,3% (n = 3) das fichas de investigação apresentaram a variável de situação vacinal preenchida como "Ignorado" ou deixada em "Branco". O elevado percentual de incompletude dessa variável limita a avaliação epidemiológica, evidenciando a necessidade de sensibilizar as equipes de saúde municipais quanto à importância do resgate do histórico vacinal e do preenchimento qualificado do SINAN.

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 2020 a 2025.

Quadro 1. Desempenho dos indicadores de vigilância do sarampo e rubéola por ano no estado de Roraima, 2020-2025.

Ano	Taxa de notificação	Homogeneidade da cobertura vacinal	Investigação Oportuna	Coleta Oportuna	Envio Oportuno	Resultado Oportuno	Casos Encerrados por laboratório	Notificação Negativa	Investigação Adequada
2020	0,7	6,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,6	100
2021	4,6	20	100,0	96,7	100,0	100,0	100,0	42,3	100
2022	6,9	13,0	100,0	97,7	96,2	100,0	97,7	13,5	100
2023	1,8	33,33	85,7	93,3	100,0	100,0	100,0	26,9	94,7
2024	0,9	40	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	88,5	100
2025	1,4	26,66	90,9	90,9	100,0	92,3	100,0	79,2	90,9

Fonte: Boletins Epidemiológicos/CGVS/SES-RR E 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 0,7 em 2020 e 0,9 em 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. O percentual de Notificação Negativa

espelha diretamente a taxa de captação de casos: em anos de alta notificação de casos (2021, 2022 e 2023), o indicador de notificação negativa caiu (13,5% a 42,3%), o que é o comportamento esperado. Os anos de baixa notificação de casos (2020 e 2024), subiu para 90,6% e 88,5%, atestando a regularidade de envio do sistema em períodos de ausência de notificações de suspeitos.

Os demais indicadores têm relação com a investigação dos casos notificados como suspeitos durante o ano. Em 2025, 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.

Em síntese, a análise do desempenho dos indicadores no período de 2020 a 2025 evidencia excelente capacidade operacional e laboratorial da Vigilância Epidemiológica de Roraima, com destaque para a oportunidade no envio das amostras, alta taxa de encerramento por critério laboratorial (100% na maioria dos anos) e elevada qualidade nas investigações de campo ($\ge$ 90,9%).

Por outro lado, identificam-se dois importantes fatores de risco para a manutenção da eliminação do sarampo e rubéola no estado: a baixa taxa de notificação de casos suspeitos em 2020, 2024 e 2025 (abaixo da meta de 2,0/100 mil hab.), sugerindo subnotificação na rede assistencial, e a baixa homogeneidade da cobertura vacinal, que não atingiu a meta de 70% em nenhum dos anos analisados. Recomenda-se o fortalecimento da busca ativa institucional de exantemáticos e a intensificação das estratégias de vacinação rotineira nos municípios.

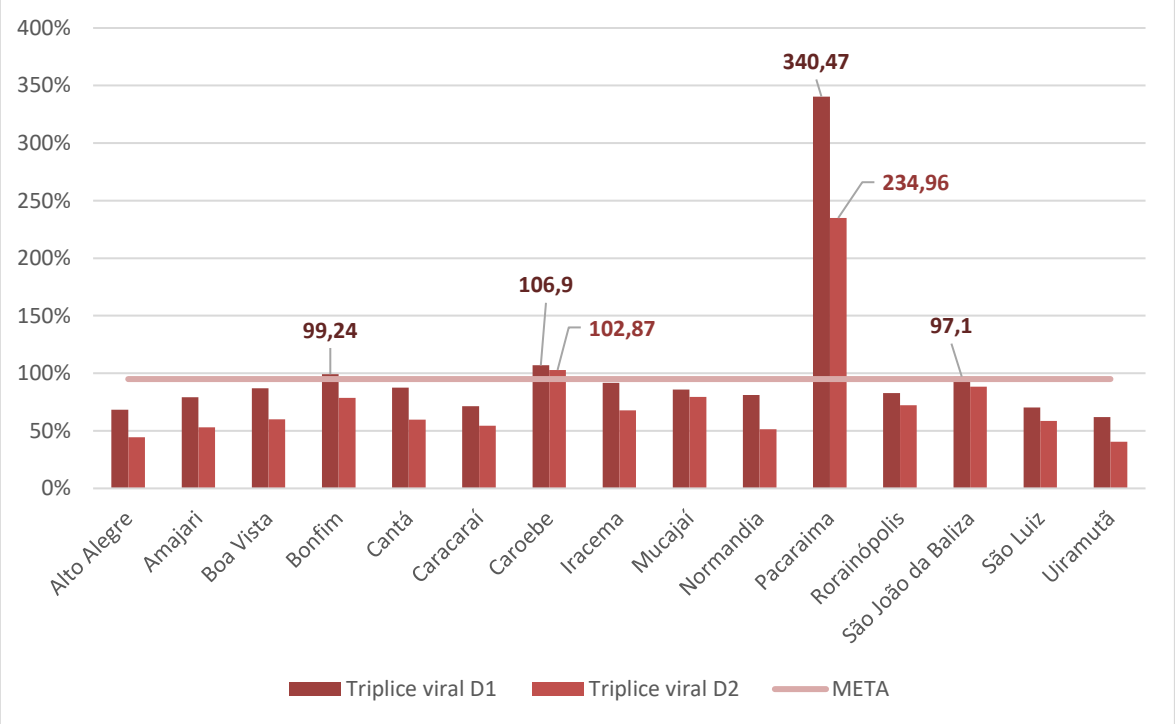
Análise da Cobertura Vacinal

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 2020 a 2025, 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 2025, no estado de Roraima, apenas 4 dos 15 municípios alcançaram a meta nacional de cobertura vacinal (≥ 95%) para a primeira dose (D1) da Tríplice Viral: Pacaraima com 340,47%, (valor expressivo por conta do fluxo migratório de fronteira), Caroebe com 106,90%, Bonfim com 99,24% e São João da Baliza, com 97,10% e somente 2 municípios para a segunda dose (D2), Pacaraima com 234,96% e Caroebe com 102,87% conforme Gráfico 3.

Gráfico 3. Cobertura Vacinal da 1ª e 2ª dose da vacina Tríplice Viral, por município do estado de Roraima, 2025.



Fonte: Localiza SUS/DEMAS – Painéis de Vacinação. Dados de 22/06/2026 (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 2020 a 2025 (Tabela 4). 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 4. Homogeneidade das coberturas vacinais da 1ª e 2ª dose da vacina Tríplice Viral no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025

Vacina	Total de Municípios	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Tríplice Viral D1	15	6,7	20	13,34	33,34	40	26,7
Tríplice Viral D2	15	13,34	-	-	6,7	20,0	13,34

Fonte: Tabnet/DATASUS; Localiza SUS/DEMAS – Painéis de Vacinação. Dados de 21/07/2026 (sujeitos à alteração).

Em nenhum dos anos analisados (2020–2025) a homogeneidade do estado chegou perto da meta de 70%, houve uma melhora no indicador de homogeneidade ao longo dos anos, mas ainda está abaixo da meta preconizada. O melhor resultado para D1 foi em 2024, onde 40,0% dos municípios (apenas 6 de 15) atingiram a meta de cobertura. Em 2025, houve um recuo para 26,7% (apenas 4 municípios).

O melhor resultado para D2 foi em 2024 com 20,0% (3 municípios), caindo para 13,34% em 2025 (apenas 2 municípios atingiram a meta, que vimos anteriormente serem Caroebe e Pacaraima).

A análise do indicador de homogeneidade de cobertura vacinal entre os 15 municípios do Estado de Roraima evidencia um cenário preocupante de vulnerabilidade epidemiológica. Em toda a série histórica (2020–2025), o indicador permaneceu criticamente abaixo da meta preconizada de 70%, atingindo seu ápice em 2024 para a D1 (40,0%) e recuando para 26,7% em 2025.

A baixa homogeneidade da D2 (que alcançou no máximo 20,0% dos municípios em 2024) reflete a persistência do abandono vacinal e a dificuldade de conclusão do esquema imunológico nas idades indicadas. Além disso, as inconsistências identificadas nos sistemas oficiais de informação (DATASUS/LocalizaSUS) nos anos de 2020 a 2022 apontam para a necessidade contínua de qualificação das equipes municipais no registro e na vigilância dos dados vacinais.

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, conforme gráfico 4 abaixo 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 2025

No ano de 2025, o Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) realizou as seguintes ações:

- Participação em reuniões de alinhamento com a Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE) e Ministério da Saúde para planejamento, monitoramento e definição das ações de vigilância das doenças exantemáticas.
- Qualificação, higienização e envio periódico das bases de dados do SINAN ao Ministério da Saúde, acompanhamento dos indicadores de qualidade, encerramento de casos pendentes e avaliação dos bancos de dados das doenças exantemáticas.
- Encaminhamento de Notas Técnicas, Notas Informativas, alertas epidemiológicos e orientações aos municípios sobre o cenário do sarampo no Brasil, risco de reintrodução da doença e intensificação das ações de vigilância e vacinação.
- Avaliação de casos suspeitos de sarampo, incluindo casos importados provenientes dos Estados Unidos e da Europa, análise das planilhas de contatos e realização de investigação epidemiológica com visita técnica ao município de Bonfim.
- Participação em reuniões técnicas sobre os Dias “S” de Mobilização Nacional para Busca Ativa de Casos Suspeitos de Sarampo e Rubéola e coordenação da execução do 4º Dia S, com ações de busca ativa, educação em saúde, vacinação, buscas retrospectivas e prospectivas e apoio aos municípios de Boa Vista, Bonfim, Pacaraima e Rorainópolis.

- Participação na capacitação em Go.Data, promovida pelo Ministério da Saúde e OPAS, voltada ao fortalecimento da vigilância das doenças exantemáticas.
- Coleta de informações para o Relatório Nacional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), bem como apresentação das evidências da manutenção da eliminação dessas doenças no estado de Roraima.
- Participação presencial, em Brasília, da Visita Técnica da Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e SRC na Região das Américas e do Secretariado da OPAS/Washington.
- Participação nas discussões para implementação da Dose Zero contra o sarampo e rubéola em crianças de 6 a 8 meses de idade e nas estratégias de intensificação da vacinação, incluindo vacinação em áreas de fronteira.
- Elaboração da proposta estadual, produção de materiais educativos e coordenação das ações relacionadas ao 4º Dia S em Roraima.
- Solicitação de dados para elaboração da Matriz Municipal de Risco de Reintrodução do Vírus do Sarampo e realização de levantamento sobre o uso da vitamina A nas estratégias de vigilância.
- Participação nas reuniões semanais do Grupo Técnico (GT) das Doenças Exantemáticas do Ministério da Saúde para acompanhamento da situação epidemiológica nacional e definição das ações frente aos casos suspeitos.
- Divulgação de informações à imprensa por meio de entrevistas em rádio e televisão sobre o cenário epidemiológico do sarampo, risco de reintrodução da doença, ampliação da Dose Zero e importância da vacinação.
- Elaboração da Nota Informativa nº 01/SESAU/CGVS/DVE/NCDE, em conjunto com o NEPNI e o CIEVS, contendo orientações aos gestores e profissionais de saúde sobre o cenário epidemiológico do sarampo e as medidas de vigilância e imunização.
- Participação na Reunião Nacional de Balanço das Ações de Vigilância Epidemiológica, promovida pelo Ministério da Saúde, para avaliação do

panorama nacional do sarampo, rubéola e SRC e definição das prioridades para 2026.

- Participação em reuniões institucionais referentes ao Plano Anual de Saúde, PQAVS, Portaria Estadual de Doenças de Notificação Compulsória, notificações de varicela, saúde do trabalhador, organização administrativa da CGVS e qualificação dos processos de trabalho.
- Participação em ações de educação permanente, incluindo palestras institucionais, capacitações e no 60º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP), com apresentação de trabalhos científicos relacionados ao cenário epidemiológico, cobertura vacinal e indicadores das doenças exantemáticas.

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, consequentemente, 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).

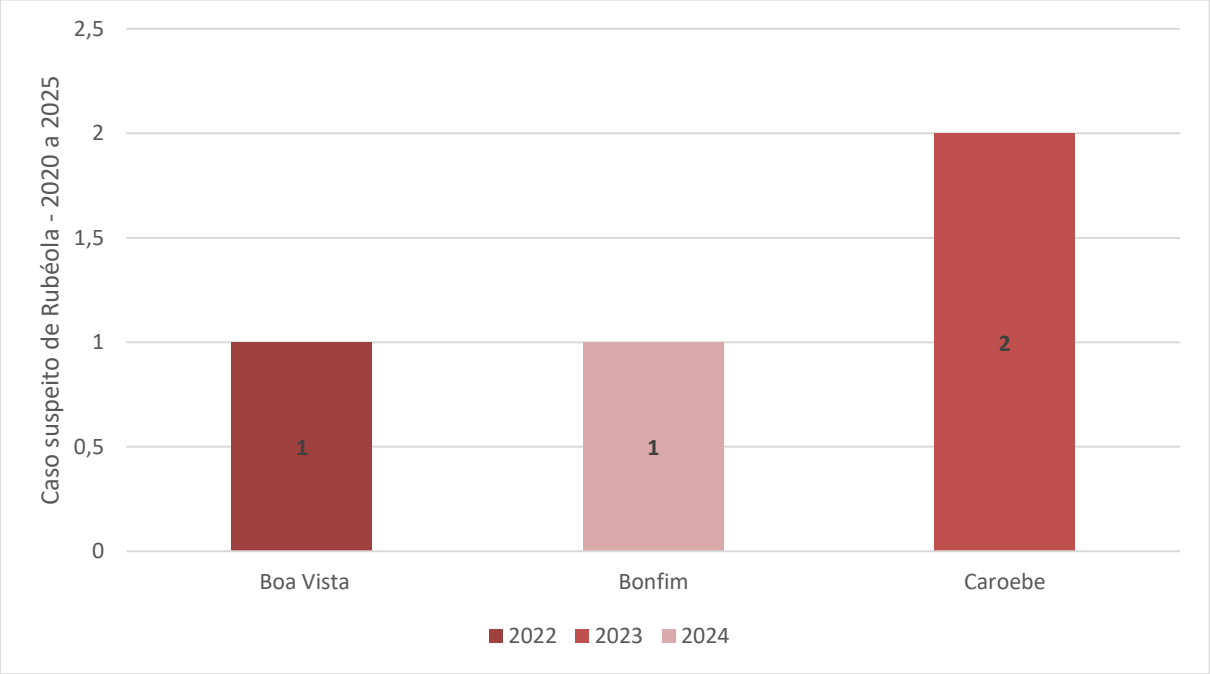
No período de 2019 a 2024, a vigilância da rubéola e SRC no Brasil concentrou-se na detecção e investigação de casos suspeitos, com um foco contínuo na diferenciação de outras doenças exantemáticas e na rápida resposta a eventuais casos importados, evitando a reintrodução da transmissão autóctone.

Situação Epidemiológica em Roraima

Em Roraima, os dados do Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) para o mesmo período de análise de 2020 a 2025 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 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 2020 a 2025, o SINAN registrou um total de 4 notificações de casos suspeitos de rubéola no estado. Destes, 1 foi na capital Boa Vista no ano de 2022, 2 em Caroebe no ano de 2023 e 1 em Bonfim no ano de 2024. 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 2020 a 2025.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 21/07/2026, sujeitos à alteração.

É fundamental ressaltar que todos os 4 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).

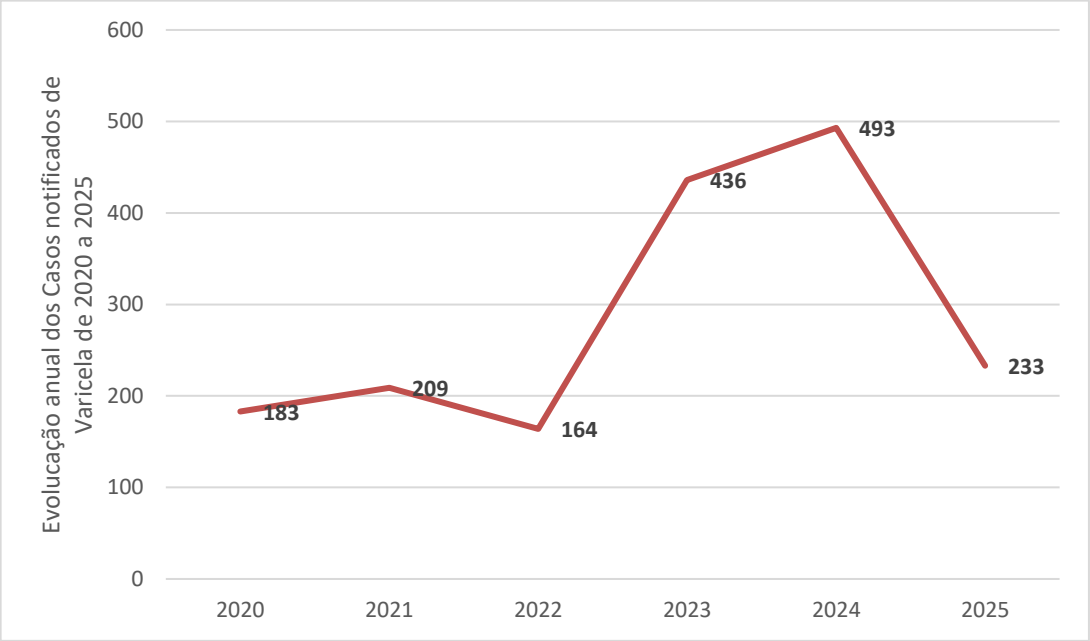
Notificação

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 2020 a 2025, foram notificados 1.718 casos de Varicela. O ano de 2024 registrou o maior número de notificações, com 493 casos (29% do total), enquanto 2022 foi o ano com menos notificações, com apenas 164 casos (10%), conforme a Gráfico 5. Essa variação pode indicar flutuações na circulação viral ou na sensibilidade do sistema de vigilância ao longo dos anos.

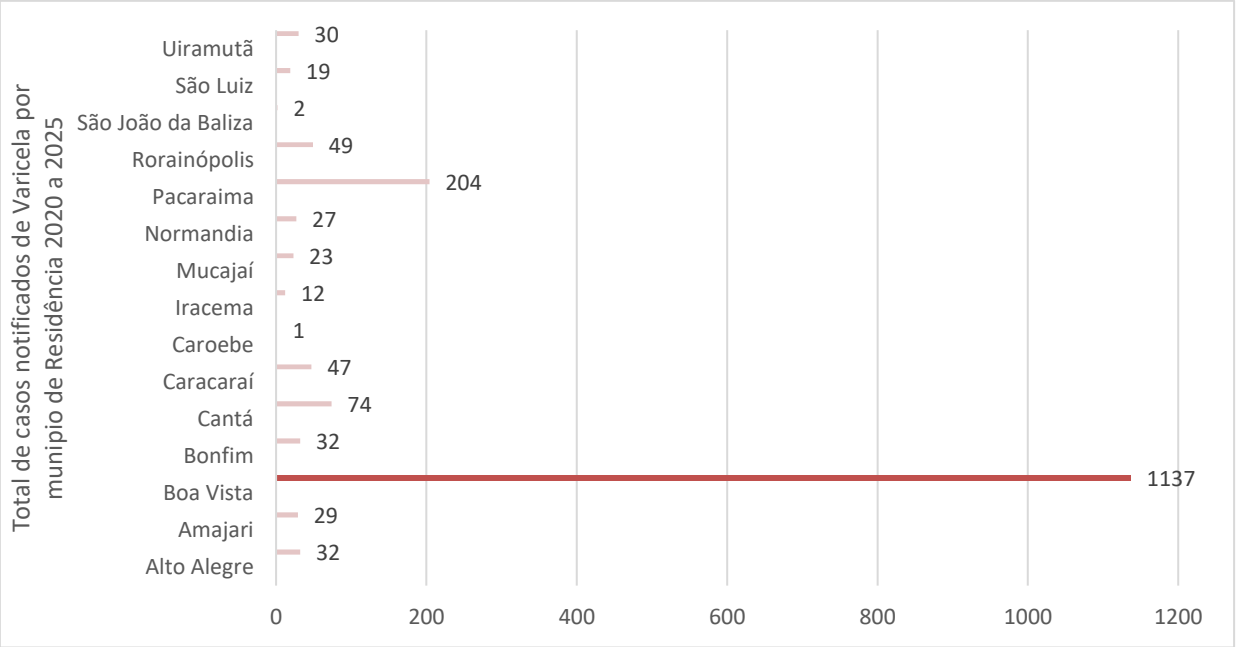
Gráfico 5. Casos notificados de Varicela no Estado de Roraima, 2020 a 2025.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 21/07/2026, sujeitos à alteração.

Ao analisar a distribuição municipal dos casos confirmados de Varicela no período de 2020 a 2025, o município de Boa Vista se destaca como o que mais notificou, com 1.137, EM SEGUNDO FICOU Pacaraima com 204 casos e o menor caso de notificação ocorreu em 2022 no município de Caroebe que registrou apenas um caso. O ano com maior número de notificações da capital foi em 2024, onde houve o registro de 360 casos, conforme gráfico 6 abaixo:

Gráfico 6: Distribuição Total por Município de Residência, no período de 2020 a 2025 por município de residência.



Já em 2025, ano de análise do presente relatório, Boa Vista continuou sendo o município com mais notificações, com 129 registros, representando 55,3% dos 233 casos totais do estado, conforme descrito na Tabela 5. Essa concentração na capital pode refletir tanto uma maior densidade populacional quanto uma maior capacidade de detecção e notificação.

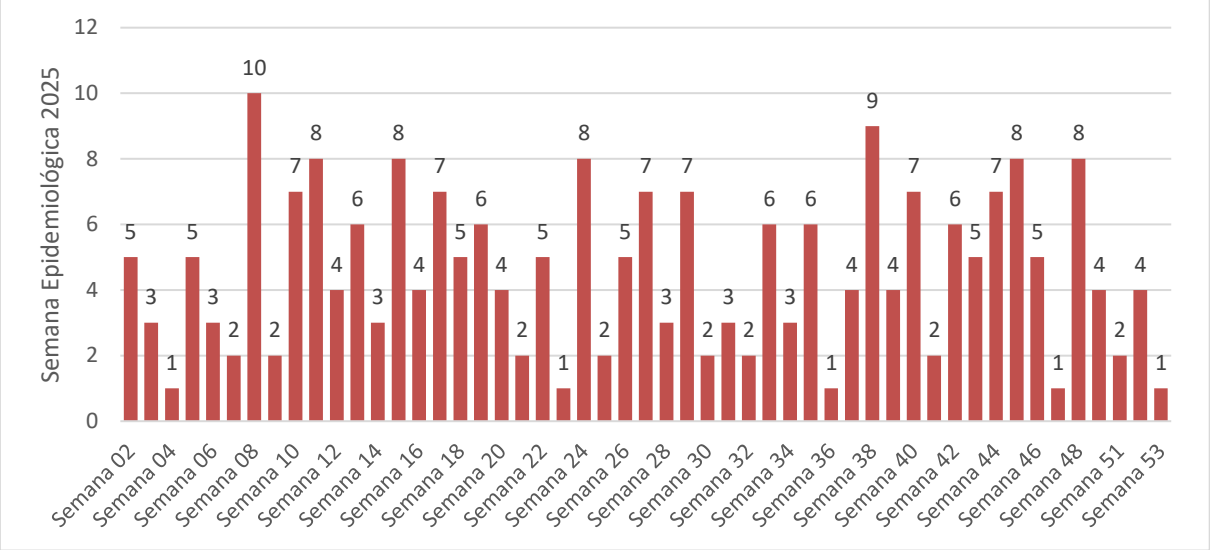
Tabela 5. Casos confirmados de Varicela no estado de Roraima, segundo município de notificação, 2020 a 2025.

Município de Notificação	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Alto Alegre	3	3	0	6	8	12
Amajari	4	2	0	4	2	17
Boa Vista	133	140	135	240	360	129
Bonfim	2	7	4	7	8	4
Cantá	3	5	7	29	12	18
Caracaraí	13	7	5	11	8	3
Caroebe	0	0	1	0	0	0
Iracema	4	3	2	1	2	0
Mucajaí	7	1	1	2	10	2
Normandia	2	0	2	14	3	6
Pacaraima	0	17	0	106	63	18
Rorainópolis	10	17	5	5	8	4
São João da Baliza	0	2	0	0	0	0
São Luiz	2	4	1	3	2	7
Uiramutã	0	1	1	8	7	13
Total	183	209	164	436	493	233

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 22/07/2026, sujeitos à alteração.

A análise por Semana Epidemiológica (SE) do ano de 2025 revela que a SE 08 teve o maior número de notificações, com 10 casos, enquanto as SEs 04, 23, 36 47 e 53 registraram apenas uma notificação cada (Gráfico 7). Essa sazonalidade ou picos específicos podem indicar momentos de maior circulação viral ou de maior atenção da vigilância.

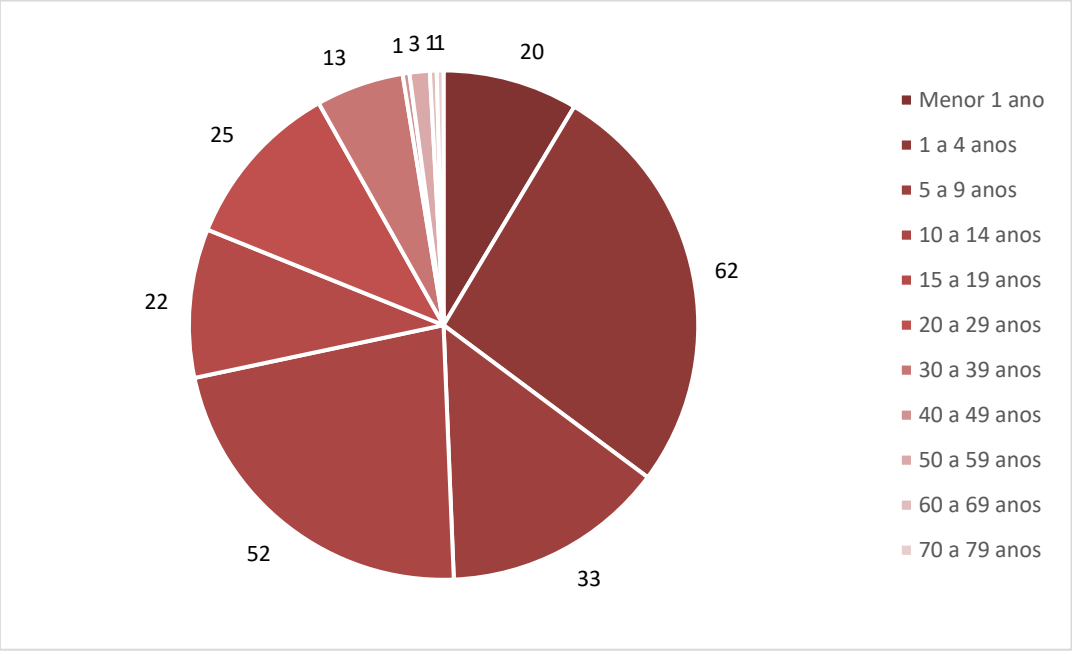
Gráfico 7. Casos notificados de Varicela, por Semana Epidemiológica da notificação, em Roraima, 2025.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 22/07/2026 (sujeitos à alteração).

Quanto à faixa etária, em 2025, o maior número de notificações de Varicela foi observado em pacientes de 1 a 4 anos de idade, com 62 notificações (27%). A faixa etária de 40 a 49 e 60 anos ou mais apresentou o menor número, com apenas1 notificação (0,4%) (Gráfico 8).

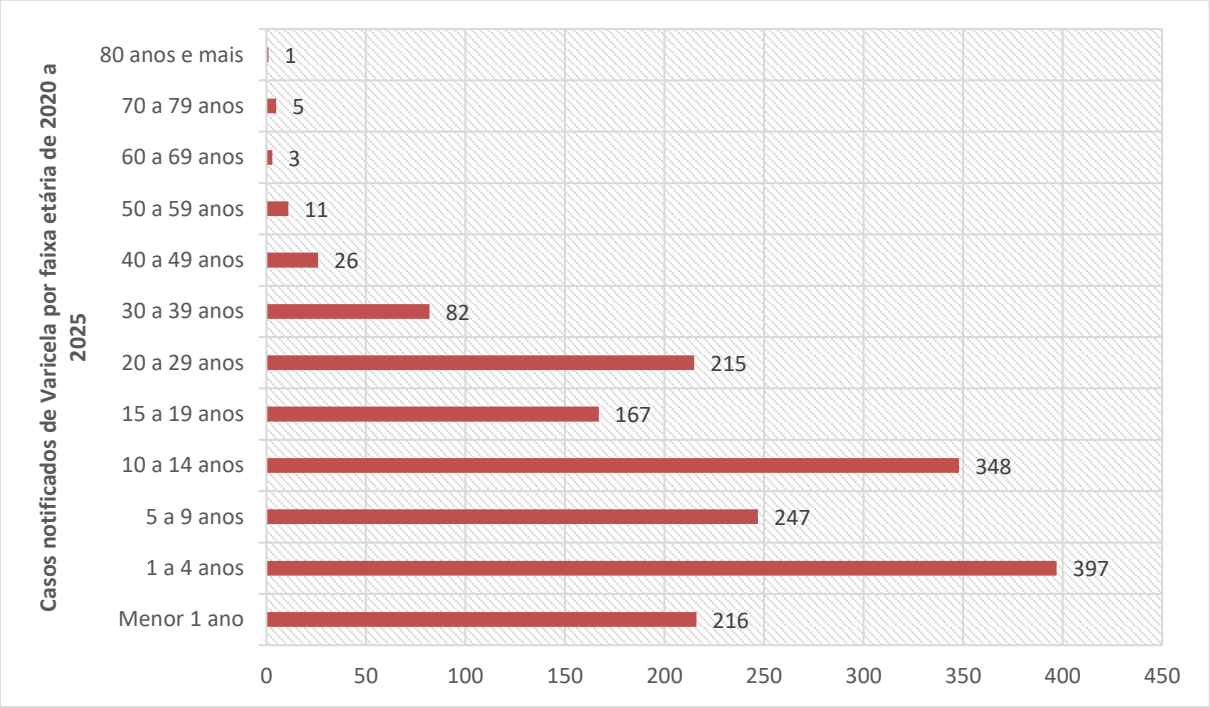
Gráfico 8. Casos notificados de Varicela, segundo a faixa etária, no estado de Roraima no período de 2025



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 22/07/2026 (sujeitos à alteração).

Ao analisar o período de 2020 a 2025, a faixa etária de 1 a 4 anos ainda se mantém com a maior proporção de casos, com 397 notificações (23%), e a faixa de 80 anos ou mais com o menor número, 1 notificações (0,05%) (Gráfico 9). Essa predominância em faixas etárias se justifica pelo fato de ter uma janela de Vulnerabilidade relevante, pois nesta fase, a criança entra em contato com diversos agentes patogênicos (vírus e bactérias) pela primeira vez, tornando-a biologicamente mais vulnerável a infecções e ao desenvolvimento de formas sintomáticas das doenças e também pelo fato de ingressar em Creches e Pré-escolas, onde muitas crianças começam a frequentar ambientes coletivos, o contato próximo com outras crianças facilita a transmissão direta e indireta de patógenos.

Gráfico 9. Casos notificados de Varicela, segundo a faixa etária, no estado de Roraima no período de 2020 a 2025



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 23/07/2026 (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).

A análise da cobertura vacinal municipal para o imunobiológico da Varicela em Roraima em 2025 apresentou uma média estadual de 59,36%, indicando uma baixa cobertura vacinal no período (Tabela 6).

Tabela 6. Cobertura Vacinal com o Imunobiológico Varicela Estado de Roraima por município, de 2020 a 2025.

Município	2020*	2021	2022	2023	2024	2025
Amajari	12,68	19,28	14,68	28,94	66,43	52,72
Alto Alegre	38,02	25,04	21,98	28,34	46,87	45,07
Boa Vista	72	48,88	54,11	59,4	75,54	59,27
Bonfim	29,97	35,32	40,95	96,91	78,79	76,26
Cantá	35,23	38,96	34,32	57,42	64,71	59,36
Caracaraí	45,21	38,43	45,94	57,62	81,69	52,33
Caroebe	78,14	61,76	107,65	113,21	104,02	102,3
Iracema	68,83	31,89	50,34	50,6	67,83	69,23
Mucajaí	71,2	83,6	106,53	98,87	83,18	76,76
Normandia	20	12,88	14,08	14,29	27,23	50,98
Pacaraima	68,95	79,68	176,57	220,66	251,91	259,53
Rorainópolis	58,79	82,36	50,84	114,29	82,15	71,22
São João da Baliza	116,39	81,68	50	96,88	94,93	86,96
São Luiz	58,49	58,88	69,81	76,92	107,45	58,51
Uiramutã	17,3	12,99	15,09	14,53	19,45	39,39
Média Estadual	58,49	38,96	50,0	59,4	78,79	59,36

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações.
Nota: Os dados de 2023, 2024 e 2025 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 a 2025 mostra na linha Média Estadual, uma evolução constante nos anos apresentados: 2020: 58,49%; 2021: 38,96% (ponto mais baixo do período); 2022: 50,0%; 2023: 59,4%; 2024: 78,79% (pico da média estadual) e 2025: 59,36%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a OPAS estabelecem que é necessária uma cobertura de pelo menos 95% para garantir o controle, eliminação ou prevenção eficaz da varicela na população. A média do estado esteve sempre abaixo

dos 95% em todos os anos (ficando entre 38,9% e 78,7%).

Observa-se em relação a supercobertura/distorções, o Município como Pacaraima apresentaram valores acima de 100% (ex: 259,53% em 2025). Isso costuma ocorrer devido a fluxos migratórios e imunização de pessoas vindas de outras regiões/países contabilizadas na população local cadastrada. Já em situação crítica, os municípios como Uiramutã (39,39% em 2025) e Normandia (50,98% em 2025) continuam muito distantes da meta ideal de 95%, sinalizando vulnerabilidade para surtos de varicela.

Este cenário, mostra que Roraima ainda enfrenta o desafio de atingir a meta de 95% de forma homogênea em todos os municípios, mantendo áreas de risco epidemiológico pela baixa imunização populacional.

Ao analisar a homogeneidade da cobertura vacinal da Varicela (proporção de municípios acima da meta de 95%), a Tabela 7 demonstra um baixo alcance da meta, pois em nenhum ano entre 2020 a 2025 a meta estabelecida de 70% foi atingida.

Tabela 7. Homogeneidade da Cobertura Vacinal com o Imunobiológico da Varicela no estado de Roraima por município, de 2020 a 2025.

Vacina	Total de Municípios	2020	2021	2022	2023	2024	2024
Varicela	15	6,7	-	20	40	20	13,34

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.

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, nenhum dos anos avaliados atingiu a meta nacional (Tabela 8). 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 8. Coberturas de vacinação a nível nacional de Varicela segundo Unidade da Federação no ano de 2020 a 2025.

Unidade da Federação	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Rondônia	75,75	67,5	73,6	76,32	93,76	84,77
Acre	41,67	33,21	44,93	56,42	53,24	69,30
Amazonas	55,88	55,43	60,43	63,05	71,94	75,48
Roraima	**61,03**	**46,77**	**53,11**	**65,40**	**77,07**	**67,11**
Pará	54,22	39,66	44,94	49,92	56,72	56,11
Amapá	38,16	37,48	45,33	62,33	66,73	61,50
Tocantins	73,91	68,58	71,74	75,78	79,66	62,84
Maranhão	52,21	50,17	60,23	74,55	51,12	70,94
Piauí	73,45	71,6	83,04	82,03	90,90	82,43
Ceará	85,51	68,54	83,08	93,12	90,29	81,46
Rio Grande do Norte	70,72	63,21	69,72	89,41	65,32	75,94
Paraíba	71,53	63,39	74,36	82,23	33,16	83,18
Pernambuco	71,01	65,61	74,14	70,36	32,89	65,48
Alagoas	72,11	69,78	86,06	83,30	81,96	78,28
Sergipe	68,52	73,95	81,87	89,71	79,88	82,14
Bahia	70,51	62,33	73,38	75,69	79,02	73,20
Minas Gerais	90	79,04	85,14	81,94	54,08	87,94
Espírito Santo	78,41	72,73	74,44	77,25	61,98	83,87
Rio de Janeiro	60,84	61,79	60,71	64,82	62,19	70,24
São Paulo	80,92	74,36	76,76	73,14	92,00	85,06
Paraná	83,55	77,14	82,22	81,56	81,28	92,49
Santa Catarina	86,76	77,48	85,01	71,31	76,63	79,21
Rio Grande do Sul	79,93	65,57	74,51	81,97	88,30	83,94
Mato Grosso do Sul	72,55	65,16	80,28	75,68	88,12	80,26
Mato Grosso	75,16	65,55	73,54	69,48	83,72	73,48
Goiás	72,47	61,35	65,06	51,94	66,39	55,32
Distrito Federal	77,34	75,47	79,8	82,84	89,12	84,10
Brasil	74,43	67,05	73,32	73,96	73,45	77,95

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 2026. Nota: Os dados de 2023, 2024 e 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal – Residência). Dados sujeitos a alterações. *Sem dados de vacinação.

A análise da cobertura nacional mostra que no período de 2021 a 2024, Roraima viveu um ciclo de crescimento contínuo por 3 anos consecutivos, acumulando uma alta impressionante de 30,30 pontos percentuais (saindo do patamar crítico de 46,77% e alcançando 77,07%). Essa tendência demonstra o impacto positivo da retomada das ações de rotina nas salas de vacina, da intensificação das campanhas de multivacinação e do fortalecimento da busca ativa escolar e territorial pós-pandemia.

O ápice desse esforço ocorreu em 2024 (77,07%), ano em que o estado atingiu

o seu pico máximo da série e conseguiu superar a média do Brasil (73,45%) em 3,62 p.p. — tornando-se o único ano do período analisado em que Roraima esteve acima do indicador nacional.

Apesar do esforço de recuperação visto até 2024, o estado em nenhum ano atingiu a meta recomendada pelo PNI/Ministério da Saúde para coberturas vacinais pediátricas (geralmente estabelecida entre 90% e 95%).

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 dimuniu. 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).

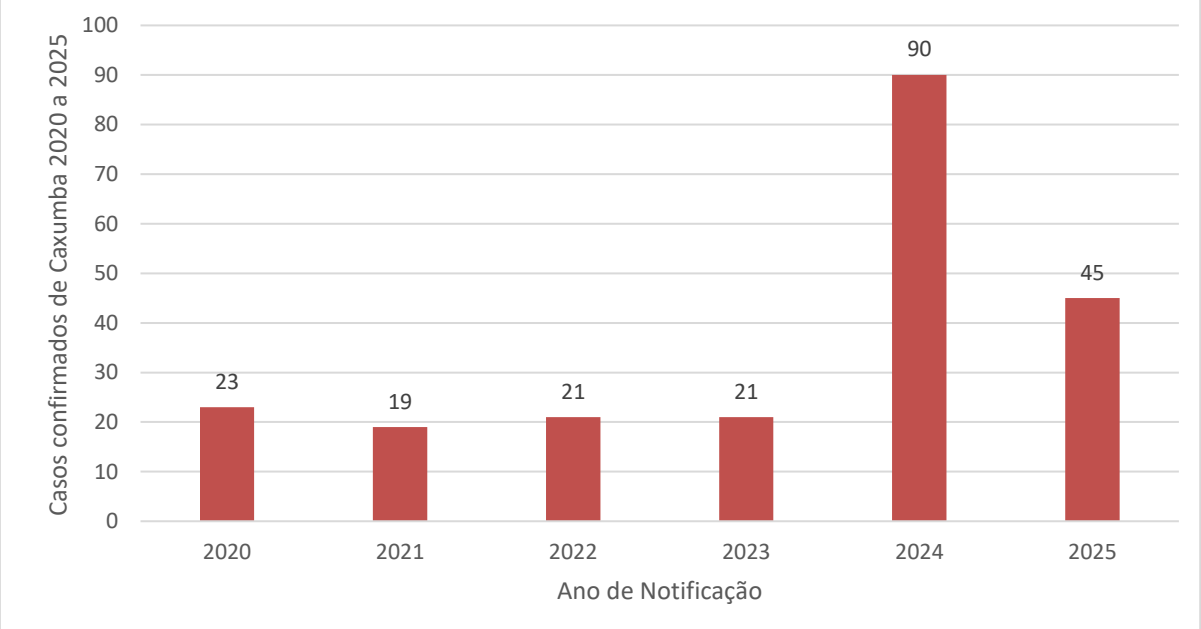
Notificação

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 2020 a 2025, foram notificados 219 casos de Caxumba (Parotidite), conforme o Gráfico 10.

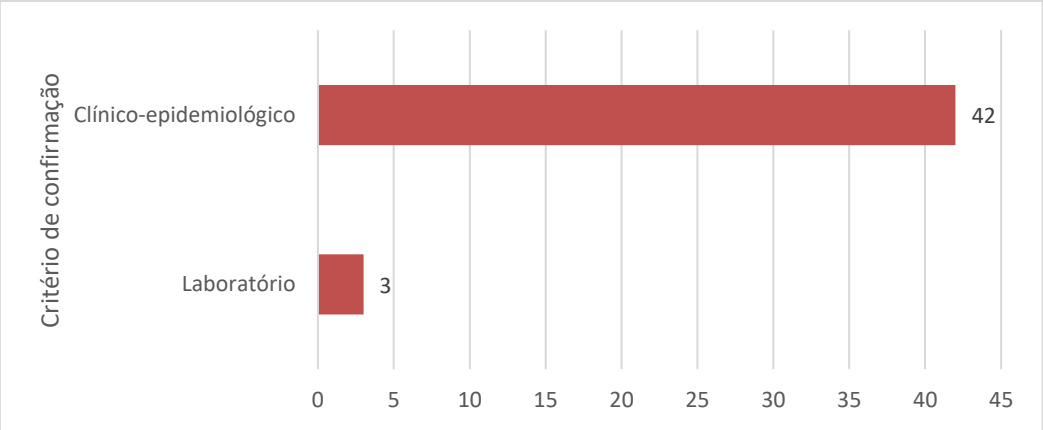
Gráfico 10. Casos confirmados de Caxumba, segundo município de residência no Estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 23/07/2026 (sujeitos a alterações).

O ano de 2024, registrou o maior número de casos notificados de caxumba, o maior pico de caxumba no período analisado, totalizando 90 ocorrências. Já em 2025, ano de analise, foram 45 casos, desses, 42 foram confirmados por critério clínico-epidemiológico, 3 por laboratório, conforme a Gráfico 8. A predominância da confirmação clínico-epidemiológica reflete a prática de não utilizar exames sorológicos de rotina na rede pública para este agravo.

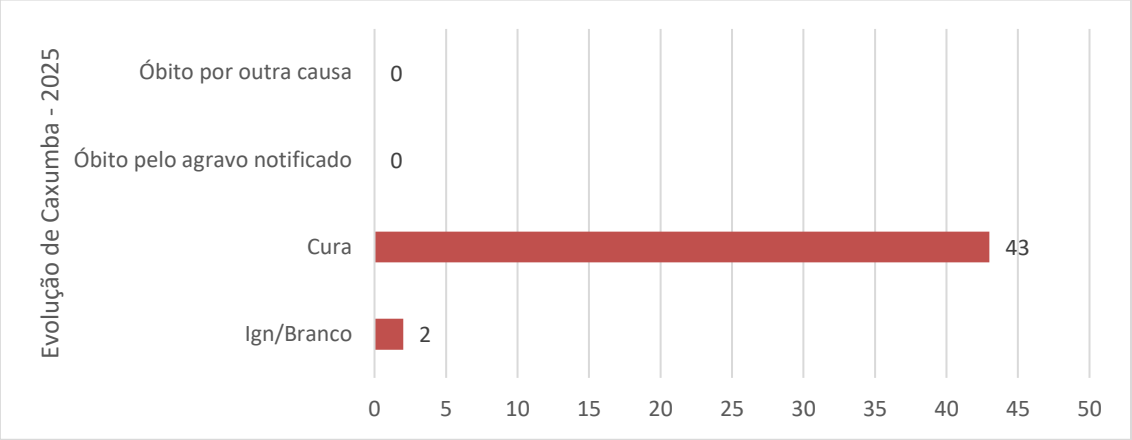
Gráfico 11. Critério de confirmação de Caxumba, no período de 2025 no Estado de Roraima.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 23/07/2026 (sujeitos a alterações).

Conforme demonstrado no Gráfico 12, o desfecho clínico dos casos de caxumba em 2025 evidenciou 43 curas, 2 registros sem informação de evolução e ausência de óbitos. Tais achados ratificam o perfil de baixa letalidade da patologia no território, mesmo diante do cenário de casos notificados, conforme o Gráfico 9.

Gráfico 12. Evolução dos casos de Caxumba, no estado de Roraima, em 2025.

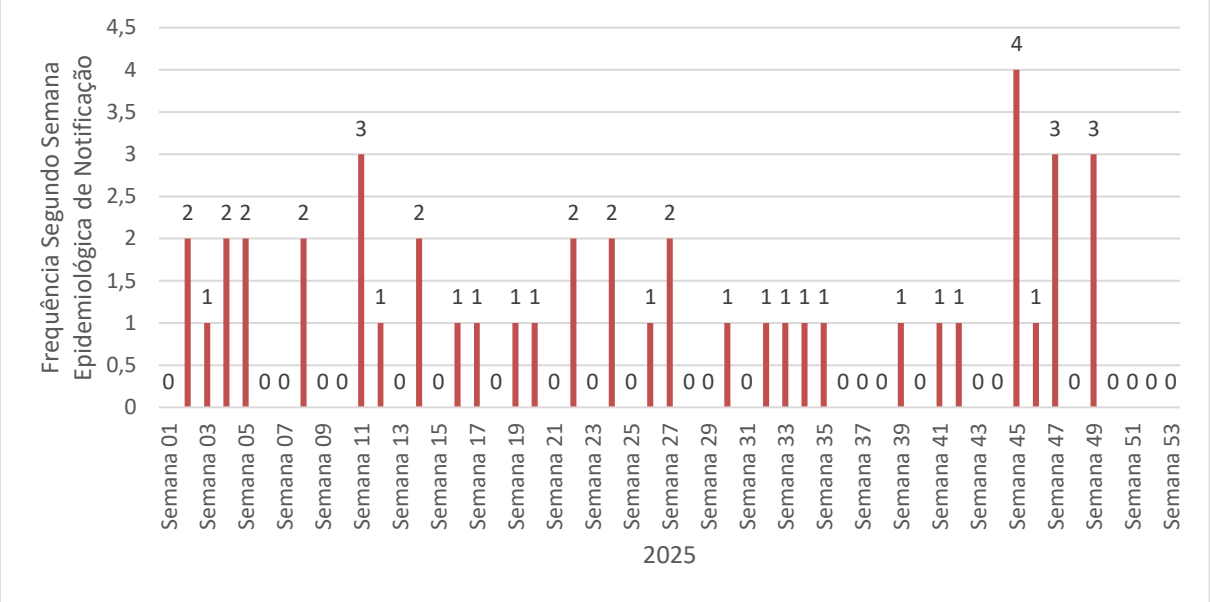


Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 29/07/2025 (sujeitos a alterações).

A análise por Semana Epidemiológica em 2025 mostra que as maiores notificações de caxumba ocorreram na Semana 45, com 4 registros e logo em seguida as semanas: 11,47 e 49 com 3 registros cada, conforme a Gráfico 11. Esses picos podem indicar surtos localizados ou aumento da circulação viral em períodos específicos.

Quanto ao município de residência dos casos confirmados em 2025, a capital Boa Vista registrou a maior incidência, com 76, % (n=15) do total de casos. Dos municípios afetados 7 dos 15 municípios de Roraima registraram casos confirmados (Alto Alegre, Boa Vista, Bonfim, Cantá, Iracema, Pacaraima e Uiramutã). Já os municípios sem casos confirmados foram 8 municípios não registraram casos no período (Amajari, Caracaraí, Caroebe, Mucajaí, Normandia, Rorainópolis, São João da Baliza e São Luiz), conforme Gráfico 14.

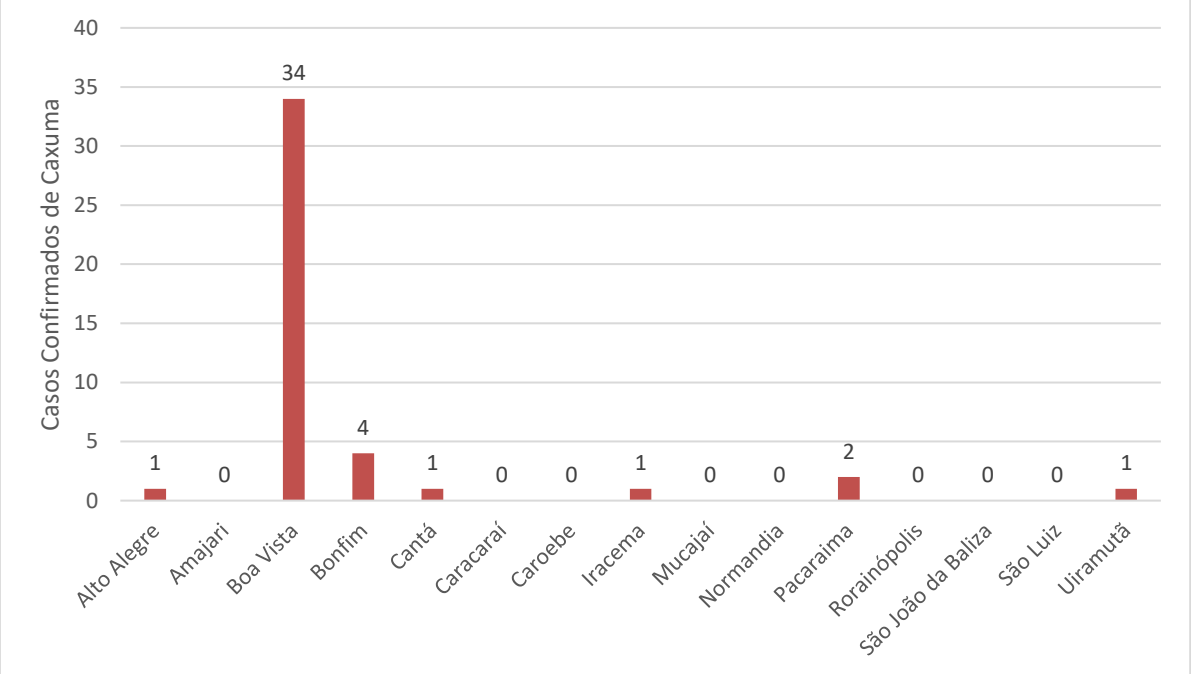
Gráfico 13. Casos de Caxumba notificados por Semana Epidemiológica, no ano de 2025, no estado de Roraima.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 29/07/2026 (sujeitos a alterações).

Essa concentração na capital é um padrão observado também para outros agravos, possivelmente devido à maior densidade populacional e à capacidade de detecção.

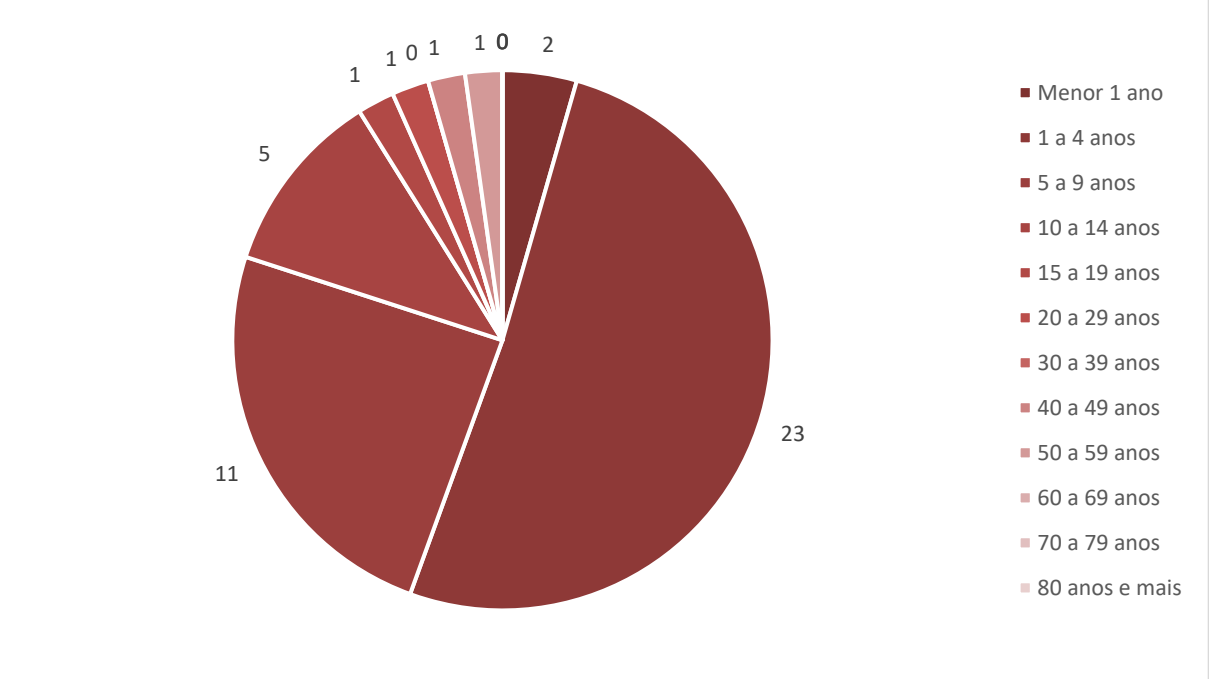
Gráfico 14. Casos confirmados de Caxumba no estado de Roraima, segundo município de residência, em 2025



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 29/07/2026 (sujeitos a alterações).

Em 2025, a análise da distribuição dos casos de caxumba por faixa etária em Roraima apontou maior concentração em crianças e adolescentes. O grupo etário de 1 a 4 anos representou o principal polo da doença, com 23 casos registrados (51%), destacaram-se também as faixas de 5 a 9 anos com 11 casos (24%) e 10 a 14 anos com 5 casos (11%). Essa configuração epidemiológica evidencia a circulação do vírus prioritariamente em crianças, reforçando a importância de medidas de conscientização e verificação da caderneta vacinal em ambientes escolares e coletivos.

Gráfico 15. Casos confirmados de Caxumba, segundo a faixa etária, no estado de Roraima no ano de 2025.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SES-RR, acessado em 29/07/2026 (sujeitos a alterações).

Observa-se um predomínio na Primeira Infância e Idade Escolar, a concentração dos casos nas faixas de 1 a 4 anos (23 casos) e 5 a 9 anos (11 casos) demonstra que a caxumba acometeu predominantemente a população infantil no estado em 2025. Esse cenário é característico de ambientes com maior contato diário e convivência próxima, como creches e escolas do ensino fundamental.

A prevalência nessas faixas etárias reforça a importância de monitorar e elevar as coberturas vacinais da tríplice viral (caxumba, sarampo e rubéola) e tetraviral,

essenciais para a proteção nessa fase do desenvolvimento.

Em síntese, esses achados evidenciam a necessidade de uma atuação integrada entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária, garantindo o alcance das metas de cobertura e a proteção contínua da população pediátrica."

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 2020 a 2025, evidencia avanços expressivos no controle desses agravos. Esse desempenho contribuiu significativamente 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, demonstrada pela detecção, investigação e descarte laboratorial de todos os casos suspeitos notificados, ratifica a capacidade técnica e a atuação proativa do Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (NCDE) e das equipes municipais de saúde.

Entretanto, a conquista da eliminação no âmbito local deve ser interpretada com cautela, considerando o contexto epidemiológico global e nacional. O aumento expressivo de casos de sarampo em diversos países com destaque para o continente europeu e a persistência de registros importados no Brasil reforçam que a eliminação não equivale à erradicação, permanecendo o risco constante de reintrodução viral.

Roraima, por sua localização geográfica estratégica na fronteira com a Venezuela e pelo intenso fluxo migratório, mantêm-se em permanente estado de alerta. O histórico de reintrodução do vírus em 2018, por meio de casos importados, ratifica a necessidade premente de manter uma vigilância de fronteira fortalecida, aliada a estratégias específicas direcionadas a populações de alta mobilidade, como migrantes e comunidades indígenas.

Outro ponto crítico refere-se às coberturas vacinais no estado, que permanecem abaixo das metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) na maioria dos municípios. A existência de bolsões de indivíduos

suscetíveis, somada à baixa homogeneidade da vacinação, representa uma vulnerabilidade epidemiológica expressiva, capaz de favorecer o reestabelecimento da circulação viral a partir de um único caso importado. Essa conjuntura torna-se ainda mais delicada diante do silêncio epidemiológico observado em municípios de pequeno porte, fator que pode mascarar a real magnitude da circulação de patógenos e comprometer a resposta oportuna frente a potenciais surtos.

Diante desse cenário, destacam-se como ações estratégicas prioritárias: O fortalecimento da vigilância ativa e sensível em todos os níveis de atenção à saúde; A capacitação contínua dos profissionais para identificação, notificação e investigação adequada de casos suspeitos; A intensificação das ações de imunização visando ao aumento e à homogeneização das coberturas vacinais de rotina com ênfase nas vacinas tríplice viral, tetraviral e varicela monovalente; O direcionamento de ações de vigilância e busca ativa para áreas de fronteira e populações em situação de vulnerabilidade.

Em síntese, embora Roraima tenha alcançado patamares consistentes na eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC), a sustentabilidade dessa conquista condiciona-se à manutenção de uma vigilância altamente sensível, ao alcance de coberturas vacinais elevadas e homogêneas, à capacidade de resposta rápida frente a casos suspeitos e à mobilização permanente de gestores e profissionais de saúde. A consolidação do estado como território protegido contra as doenças exantemáticas dependerá da continuidade dessas ações integradas, da análise sistemática dos indicadores epidemiológicos e do fortalecimento da articulação interfederativa no âmbito do Sistema Único de Saúde (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/zTjbDrwQD8d7vRDbNspzbXM.

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

3.6 DIFTERIA, MENINGITE E COQUELUCHE

Elaine Queiroz da Silva
Maria Daiane Rodrigues Rivero

O Relatório Epidemiológico de Meningites, Difteria e Coqueluche em Roraima 2025, elaborado pelo Núcleo de Controle de Meningites e Difteria (NCMD), vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU), apresenta a análise da situação epidemiológica dessas doenças no Estado de Roraima.

Esta edição tem por objetivo descrever o panorama epidemiológico das meningites, da difteria e da coqueluche no ano de 2025, contextualizando os principais indicadores com a série histórica dos anos anteriores, de modo a identificar tendências, padrões de ocorrência e mudanças no perfil epidemiológico desses agravos.

O relatório reúne análises referentes à magnitude, distribuição temporal, espacial e por características da população acometida, além de indicadores epidemiológicos que subsidiam o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de vigilância, prevenção e controle desenvolvidas no âmbito estadual.

As informações apresentadas foram elaboradas pela equipe técnica do NCMD/DVE/CGVS/SESAU, utilizando dados provenientes dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, gerenciados pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica, incluindo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e demais bases oficiais disponíveis, garantindo a qualidade e a consistência das análises apresentadas.

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.

CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

A meningite é uma inflamação das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, de causalidade diversa, 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).*[1]

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.[2]

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 líquor. 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.[2]

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).[3]

Destacam-se ainda bactérias como Mycobacterium tuberculosis; Streptococcus agalactie; Listeria monocytogenes; Staphylococcus aureus; Pseudomonas aeruginosa; Klebsiella pneumoniae; Enterobacter sp.; Salmonella sp.; Proteus sp.[3]

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.[3]

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.[3]

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA MUNDIALMENTE

Mundialmente, registra-se aproximadamente 1,2 milhão de casos de meningites bacterianas em crianças menores de 5 anos de idade a cada ano, com cerca de 180 mil óbitos (PAHO, 2021). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), globalmente, estima-se que mais de 90% das meningites bacterianas sejam causadas pelos patógenos Streptococcus pneumoniae (pneumococo), Haemophilus influenzae tipo b (Hib) e Neisseria meningitidis (meningococo) (PAHO, 2021). Atualmente, o pneumococo é a principal causa de meningite bacteriana na Região das Américas. Outro patógeno que também acomete lactentes mais comumente é o Streptococcus agalactiae (estreptococo do grupo B ou EGB) (Schiess, 2021).[1]

Em 2025, o cenário global e nacional da meningite bacteriana foi marcado por alertas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e surtos localizados de doença

meningocócica. A OMS lançou diretrizes inéditas em abril de 2025 para conter a ameaça da doença no mundo, onde ocorrem cerca de 1,6 milhão de casos e 240 mil mortes anualmente por infecções bacterianas.[4]

A maior parte dos casos é observada em uma região da África Subsaariana, muitas vezes chamada de "cinturão da meningite", que possui alto risco de epidemias recorrentes de meningite meningocócica.[4]

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

A meningite é considerada uma doença endêmica no Brasil, com casos ao longo de todo o ano. As meningites bacterianas e virais são as de maior importância para saúde pública, ocorrendo em maior número de casos, e as crianças são as mais afetadas pela doença. As meningites bacterianas ocorrem com maior frequência no outono e inverno, as meningites virais são mais comuns na primavera e no verão.[5]

De acordo com o Painel Epidemiológico das Meningites do Ministério da Saúde, em 2024 foram notificados 25.472 casos suspeitos de meningite no Brasil. Desses, 14.128 casos foram confirmados, correspondendo a 55,46% do total de notificações. No mesmo período, foram registrados 1.754 óbitos entre os casos confirmados, resultando em uma letalidade de 12,4%. Destes óbitos, 1.249 (71,2%) ocorreram entre casos de meningite bacteriana, evidenciando a maior gravidade desse grupo etiológico.[6] (Dados sujeitos a alterações).

Em relação à classificação etiológica, observou-se predominância das meningites bacterianas e virais. Dos 14.128 casos confirmados, 5.719 (40,5%) foram classificados como meningites bacterianas, enquanto 5.214 (36,9%) corresponderam às meningites virais. Os demais casos foram distribuídos entre meningites por outras etiologias e meningites não especificadas.[6] (Dados sujeitos a alterações).

No ano de 2025, foram notificados 26.903 casos suspeitos de meningite no Brasil, dos quais 13.617 (50,6%) foram confirmados. Nesse mesmo período, foram registrados 1.643 óbitos entre os casos confirmados, representando uma letalidade de 12,0%. Desses óbitos, 1.159 (70,5%) ocorreram entre pacientes com meningite bacteriana.[6] (Dados sujeitos a alterações).

Quanto à classificação etiológica dos casos confirmados em 2025, verificou-se novamente o predomínio das meningites bacterianas, com 5.835 casos (42,8%), seguidas pelas meningites virais, com 4.709 casos (34,6%). Também foram

registrados 802 casos (5,9%) de meningites por outras etiologias e 2.254 casos (16,5%) classificados como meningites não especificadas.[6] (Dados sujeitos a alterações).

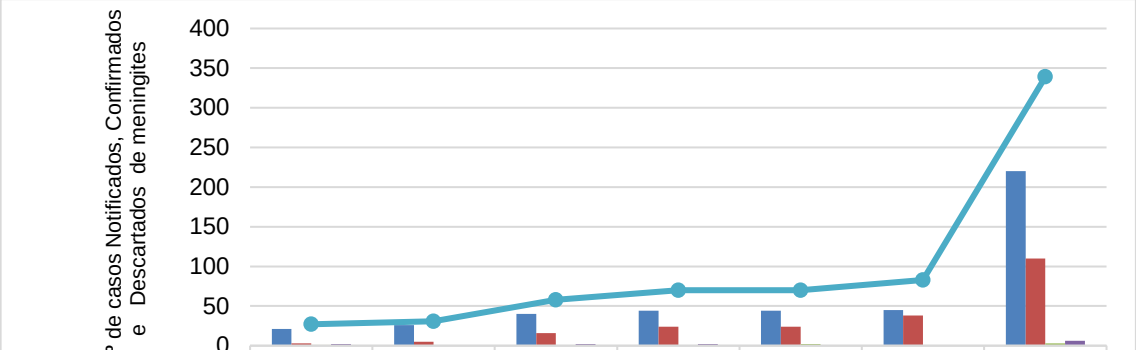
Comparando os anos de 2024 e 2025, observa-se a manutenção do predomínio das meningites bacterianas em relação às meningites virais, comportamento epidemiológico que passou a ser observado em 2024.

Além de representarem o maior número de casos confirmados, as meningites bacterianas permaneceram responsáveis pela maior parte dos óbitos registrados, reforçando sua elevada gravidade clínica e a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico oportuno, tratamento precoce e ampliação das coberturas vacinais como estratégias fundamentais para a redução da morbimortalidade no país.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM RORAIMA

No estado de Roraima, segundo dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2020 a 2025, foram notificados 339 casos suspeitos de meningite no estado de Roraima. Desses, 220 casos (64,9%) foram confirmados, 110 (32,4%) descartados, 6 (1,8%) permaneceram inconclusivos e 3 (0,9%) apresentaram classificação final como ignorado/branco, conforme **(Gráfico 1).**

Gráfico 1: Casos notificados, confirmados e descartados de meningites no estado de Roraima nos anos de 2020 a 2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Confirmado	21	26	40	44	44	45	220
Descartado	3	5	16	24	24	38	110
Ign/Branco	1	0	0	0	2	0	3
Inconclusivo	2	0	2	2	0	0	6
notificados	27	31	58	70	70	83	339

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Observa-se uma tendência de crescimento no número de notificações ao longo da série histórica, passando de 27 casos notificados em 2020 para 83 casos em 2025, o que representa um aumento de aproximadamente 207,4% no período analisado. Esse incremento pode estar relacionado ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, à ampliação da capacidade diagnóstica, ao aumento da sensibilidade da rede de notificação e à maior suspeição clínica pelos serviços de saúde.

O número de casos confirmados também apresentou crescimento gradual ao longo dos anos, passando de 21 casos em 2020 para 45 casos em 2025. Os maiores quantitativos de confirmações foram registrados entre 2023 a 2025, período em que foram confirmados 44, 44 e 45 casos, respectivamente, sugerindo uma relativa estabilidade na ocorrência da doença após o aumento observado entre 2020 e 2023.

Em relação aos casos descartados, verificou-se aumento progressivo durante a série histórica, passando de 3 casos em 2020 para 38 casos em 2025. Esse comportamento pode refletir o aumento do número de notificações e o fortalecimento da investigação epidemiológica e laboratorial, possibilitando maior definição diagnóstica dos casos suspeitos.

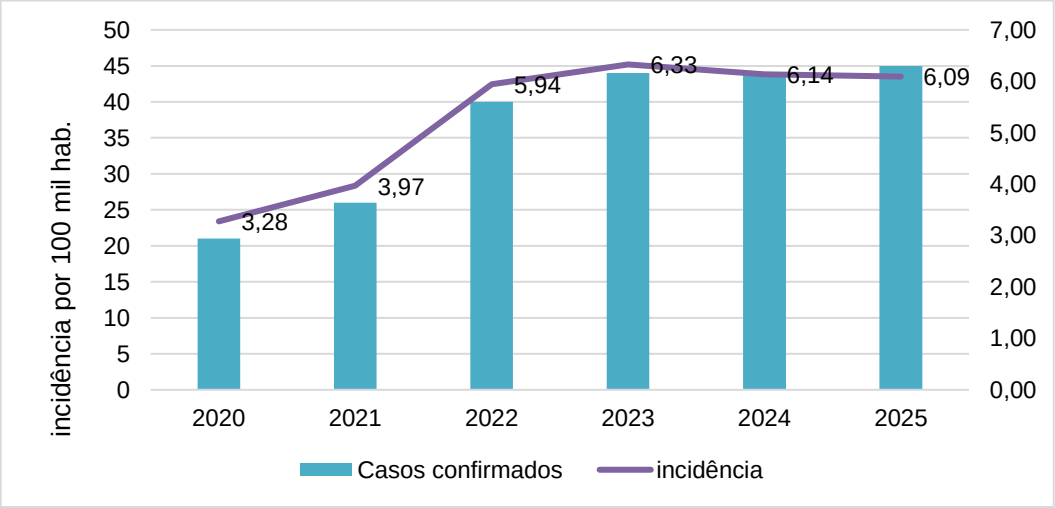
Os casos inconclusivos permaneceram pouco frequentes durante todo o período analisado, totalizando apenas (6) seis registros, concentrados nos anos de

2020, 2022 e 2023. Da mesma forma, os registros classificados como ignorado/branco foram esporádicos, indicando boa qualidade do encerramento das notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em geral, os dados evidenciam o fortalecimento das ações de vigilância das meningites em Roraima ao longo do período analisado, caracterizado pelo aumento das notificações, maior definição do diagnóstico e elevado percentual de encerramento dos casos. A manutenção da predominância de casos confirmados entre as notificações reforça a necessidade de continuidade das ações de vigilância epidemiológica, investigação oportuna, diagnóstico laboratorial e fortalecimento das estratégias de prevenção, especialmente por meio da vacinação e da detecção precoce dos casos suspeitos.

Coeficiente de incidência

Gráfico 2: Incidências de meningites em residentes em Roraima, segundo ano (por 100 mil habitantes) dos anos de 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

A análise da taxa de incidência das meningites no estado de Roraima demonstra uma tendência de crescimento entre os anos de 2020 e 2023, seguida de estabilidade nos dois anos subsequentes. Em 2020, a incidência foi de 3,28 casos por 100 mil habitantes, aumentando para 3,97 casos por 100 mil habitantes em 2021, o que representa um incremento de 21,0% em relação ao ano anterior.

Em 2022, observou-se um aumento mais expressivo da incidência, que alcançou 5,94 casos por 100 mil habitantes, correspondendo a um crescimento de

49,6% em comparação a 2021. Esse comportamento acompanhou o aumento do número de casos confirmados no período, sugerindo maior circulação da doença e/ou fortalecimento da capacidade de detecção e notificação dos casos pela vigilância epidemiológica.

O maior coeficiente de incidência da série histórica foi registrado em 2023, com 6,33 casos por 100 mil habitantes, mantendo-se praticamente estável nos anos seguintes. Em 2024, a incidência foi de 6,14 casos por 100 mil habitantes, seguida de 6,09 casos por 100 mil habitantes em 2025, indicando uma discreta redução, embora os coeficientes permaneçam superiores aos observados entre 2020 e 2022.

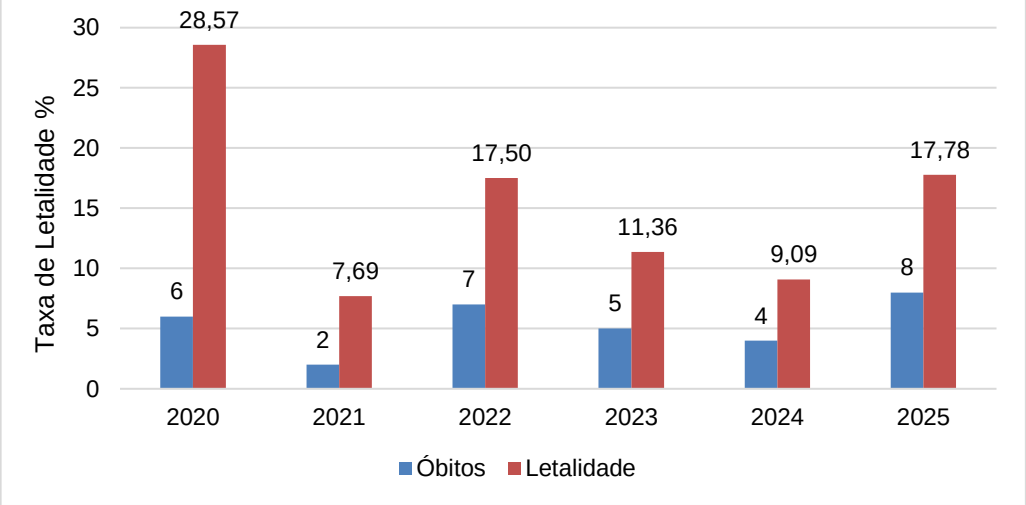
A evolução da incidência acompanha o aumento do número absoluto de casos confirmados, que passou de 21 casos em 2020 para 44 casos em 2023 e 2024, alcançando 45 casos em 2025.

Apesar da estabilidade observada nos últimos anos da série, os coeficientes permanecem elevados quando comparados ao início do período analisado, evidenciando a necessidade de manutenção das ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico oportuno, investigação dos casos e fortalecimento das estratégias de imunização e prevenção.

Taxa de Letalidade

No período de 2020 a 2025, foram registrados 32 óbitos por meningite no estado de Roraima. A análise da letalidade demonstra variações ao longo da série histórica, refletindo a gravidade da doença e as características dos casos registrados em cada ano, conforme (**Gráfico 3)**, abaixo.

Gráfico 3: Óbitos e Coeficiente de Letalidade por Meningites, segundo ano de ocorrência, Estado de Roraima, 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Em 2020, foram registrados 6 óbitos, resultando na maior taxa de letalidade da série (28,57%). Esse percentual elevado está relacionado ao menor número de casos confirmados naquele ano, fazendo com que os óbitos representassem uma proporção maior entre os casos.

Em 2021, houve redução importante da letalidade, que passou para 7,69%, com o registro de 2 óbitos, representando o menor valor observado no período analisado.

Nos anos seguintes, a letalidade voltou a apresentar oscilações. Em 2022, foram registrados 7 óbitos, com letalidade de 17,50%. Em 2023, ocorreram 5 óbitos, correspondendo a uma letalidade de 11,36%, enquanto em 2024 foram registrados 4 óbitos, com a menor letalidade desde 2022 (9,09%).

No ano de 2025, observou-se novo aumento no número de óbitos, totalizando 8 registros, o maior quantitativo da série histórica. A letalidade atingiu 17,78%, indicando que, embora o número de casos confirmados tenha permanecido semelhante ao dos anos anteriores, a proporção de óbitos voltou a crescer.

De modo geral, observa-se que a letalidade das meningites apresentou comportamento variável ao longo do período analisado, destacando que a doença continua representando importante risco de evolução para formas graves e óbito, principalmente quando o diagnóstico e o tratamento não ocorrem de forma precoce.

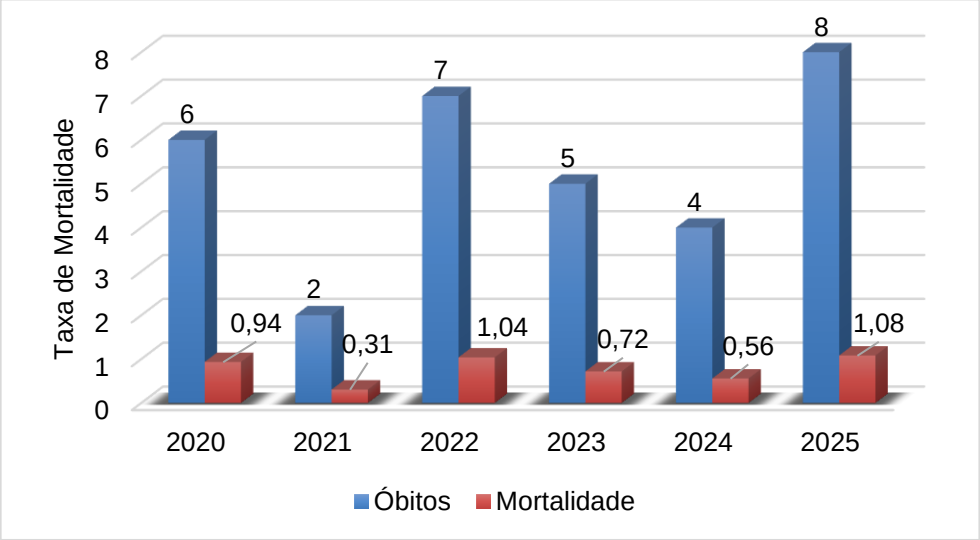
Esses resultados reforçam a importância da identificação rápida dos casos

suspeitos, da investigação oportuna, do diagnóstico laboratorial e do acesso imediato ao tratamento adequado, além da manutenção das ações de vacinação para prevenção das meningites imunopreveníveis.

Coeficiente de Mortalidade

A taxa de mortalidade representa o risco de morrer por meningite na população residente, sendo calculada pelo número de óbitos dividido pela população estimada, multiplicado por 100.000 habitantes, conforme (**Gráfico 4**).

Gráfico 4: Óbitos e Coeficiente de Mortalidade por Meningites, segundo ano de ocorrência, Estado de Roraima, 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Distribuição por Município de Residência

No período de 2020 a 2025, foram confirmados 209 casos de meningite no estado de Roraima. Observa-se um aumento gradual no número de casos ao longo da série histórica, passando de 19 casos em 2020 para 25 em 2021, 37 em 2022 e atingindo o maior registro em 2023, com 44 casos. Em 2024, houve discreta redução para 43 casos, seguida de nova diminuição em 2025, com 41 casos, mantendo, entretanto, um número elevado de ocorrências em comparação aos anos iniciais da série, conforme (**Tabela 1**) abaixo.

Entre os municípios, Boa Vista concentrou o maior número de casos, com 137 confirmações, correspondendo a 65,6% dos casos confirmados, evidenciando a maior

carga da doença na capital. Em seguida destacam-se Rorainópolis, Cantá e Pacaraima, ambos com 10 casos, seguidos por Uiramutã (8), Mucajaí (7), Alto Alegre (6), Amajari (5) e Normandia (5).

Os municípios de Bonfim, Caracaraí e Iracema registraram (3) casos cada durante o período analisado. Os menores registros foram observados em Bonfim com (2) casos, Caroebe, São João da Baliza e São Luiz, com apenas 1 caso cada.

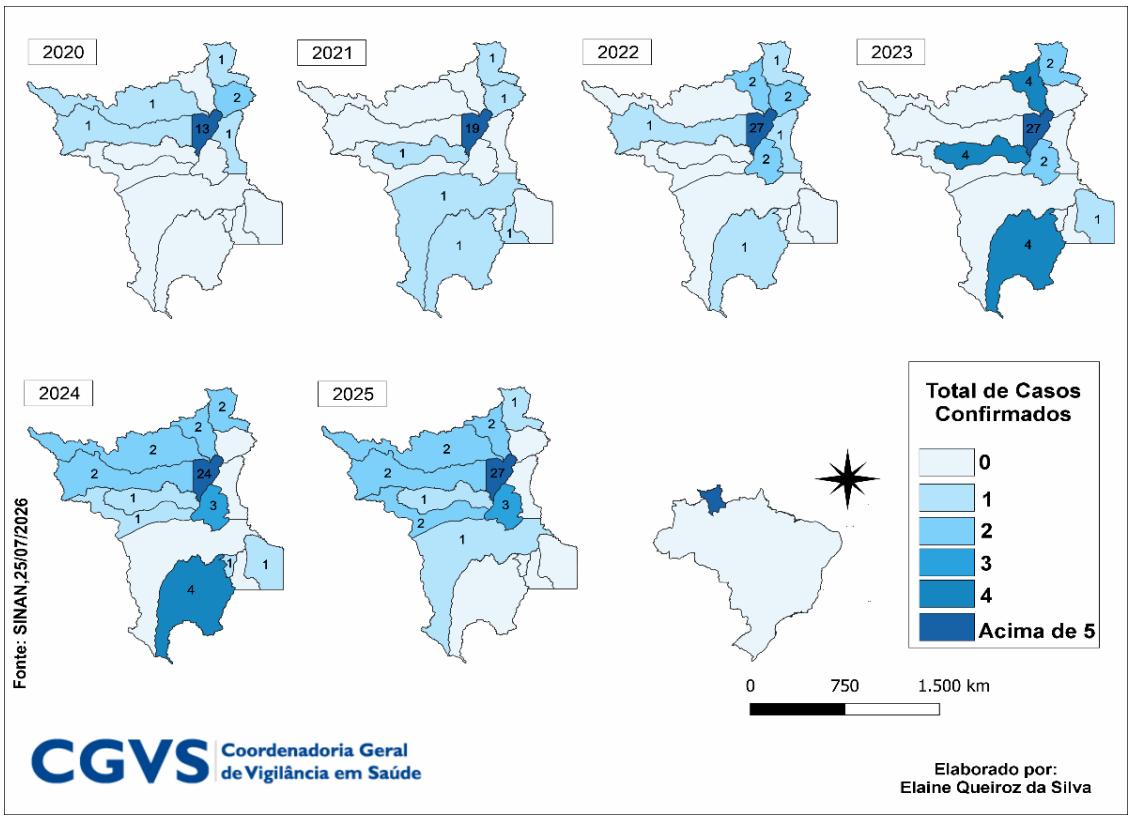
Tabela 1: Casos de Meningite confirmados por ano, segundo Município de Residência no estado de Roraima nos anos de 2020 a 2025

Município de Residência	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Alto Alegre	1	0	1	0	2	2	6
Amajari	1	0	0	0	2	2	5
Boa Vista	13	19	27	27	24	27	137
Bonfim	1	0	1	0	0	0	2
Cantá	0	0	2	2	3	3	10
Caracaraí	0	1	0	0	1	1	3
Caroebe	0	0	0	1	0	0	1
Iracema	0	0	0	0	1	2	3
Mucajaí	0	1	0	4	1	1	7
Normandia	2	1	2	0	0	0	5
Pacaraima	0	0	2	4	2	2	10
Rorainópolis	0	1	1	4	4	0	10
São João da Baliza	0	1	0	0	0	0	1
São Luiz	0	0	0	0	1	0	1
Uiramutã	1	1	1	2	2	1	8
Total	19	25	37	44	43	41	209

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Conforme avaliação dos mapas (**Figura 1**), entre 2020 a 2025, evidenciam que a ocorrência das meningites em Roraima permanece concentrada principalmente em Boa Vista, acompanhada de registros em municípios do interior, ainda que em menor magnitude e de forma esparsa ao longo da série histórica, reforçando a importância da vigilância epidemiológica contínua, do monitoramento da distribuição espacial dos casos e da adoção de medidas oportunas de prevenção e controle em todo o estado, conforme.

Figura 1: Mapas de distribuição geográfica de casos confirmados de meningite segundo Município de Residência, em Roraima no período 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Além dos casos entre residentes de Roraima, foram identificados 11 casos confirmados de meningite em indivíduos residentes de outras unidades federativas e países, evidenciando a importância da vigilância epidemiológica em áreas de fronteira e do monitoramento da mobilidade populacional, conforme (**Tabela 2**).

Tabela 2: Casos de Meningite confirmados por ano, indivíduos residentes de outras unidades federativas e países de 2020 a 2025

UF/PAIS Residência	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Amazonas	1	0	0	0	0	0	1
Suriname	0	0	0	0	0	1	1
Venezuela	1	1	0	0	1	1	4
Guiana	0	0	3	0	0	2	5
Total	2	1	3	0	1	4	11

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Entre os casos importados, observou-se maior frequência entre residentes da Guiana, com 5 casos, seguida pelo Suriname, com 4 casos. Também foram registrados 1 caso em residente da Venezuela e 1 caso em residente do estado do Amazonas.

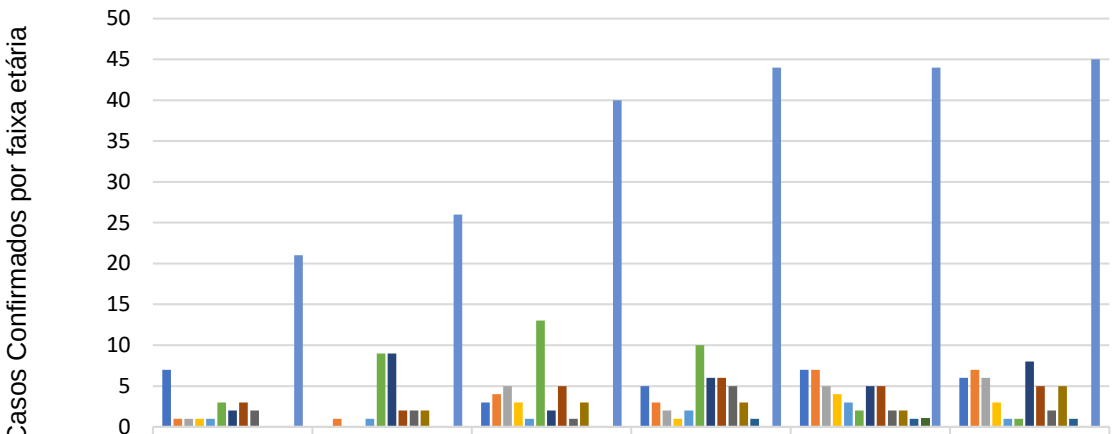
A ocorrência de casos provenientes principalmente da Guiana e do Suriname reforça a necessidade de manter estratégias de vigilância epidemiológica em regiões de fronteira, de forma geral, o cenário epidemiológico demonstra que, embora a maior parte dos casos esteja concentrada entre residentes de Boa Vista, a ocorrência de casos importados e a ampla distribuição geográfica da doença no estado reforçam a importância do fortalecimento contínuo das ações de vigilância, prevenção, investigação e controle da meningite em todo o estado de Roraima.

Distribuição por Faixa Etária

A distribuição por faixa etária demonstra que a doença acometeu indivíduos de todas as idades, porém com maior frequência em alguns grupos específicos. A faixa etária de 20 a 29 anos concentrou o maior número de casos entre 2020 e 2023, registrando 3 casos em 2020, 9 em 2021, 13 em 2022 e 10 em 2023, sugerindo maior exposição ou circulação dos agentes etiológicos nesse grupo populacional durante esses anos, conforme (**Gráfico 5**) abaixo.

Nos anos mais recentes, observa-se mudança no perfil etário dos casos. Em 2024, houve aumento entre as crianças de 1 a 4 anos e os menores de 1 ano, ambos com 7 casos, enquanto a faixa de 20 a 29 anos apresentou redução para 2 casos. Em 2025, destacaram-se as faixas de 30 a 39 anos (8 casos), 1 a 4 anos (7 casos), menores de 1 ano (6 casos) e 5 a 9 anos (6 casos), evidenciando distribuição mais heterogênea da doença entre crianças e adultos.

Gráfico 5: Casos confirmados de meningite por faixa etária, segundo classificação final de 2020 a 2025, no estado de Roraima



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Menor 1 ano	7	0	3	5	7	6
1 a 4 anos	1	1	4	3	7	7
5 a 9 anos	1	0	5	2	5	6
10 a 14 anos	1	0	3	1	4	3
15 a 19 anos	1	1	1	2	3	1
20 a 29 anos	3	9	13	10	2	1
30 a 39 anos	2	9	2	6	5	8
40 a 49 anos	3	2	5	6	5	5
50 a 59 anos	2	2	1	5	2	2
60 a 69 anos	0	2	3	3	2	5
70 a 79 anos	0	0	0	1	1	1
80 anos e mais	0	0	0	0	1	0
Total	21	26	40	44	44	45

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

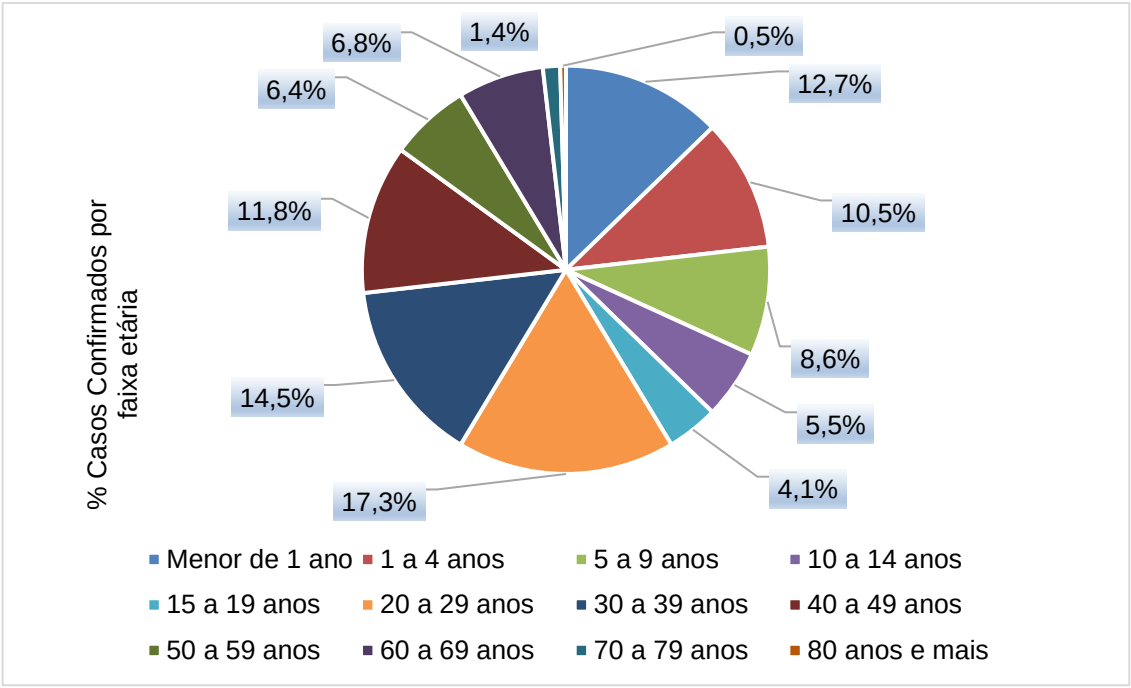
Os menores de 1 ano apresentaram ocorrência importante durante toda a série, totalizando 28 casos, com maior registro em 2020 e 2024 (7 casos cada). Esse comportamento reforça a elevada vulnerabilidade dos lactentes às meningites, especialmente às formas bacterianas, devido à imaturidade do sistema imunológico e ao esquema vacinal ainda incompleto.

As faixas etárias de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos mantiveram ocorrência moderada ao longo do período, enquanto indivíduos com 70 anos ou mais apresentaram baixa frequência de casos, sem, contudo, deixar de representar grupo de risco para evolução desfavorável.

A ocorrência de casos em todas as faixas etárias reforça a necessidade de vigilância contínua, diagnóstico precoce e manutenção de elevadas coberturas vacinais para redução da morbimortalidade por meningites.

A distribuição por faixa etária demonstra maior concentração de casos em crianças menores de 10 anos e em adultos jovens, indicando diferentes perfis epidemiológicos conforme a idade, conforme (**Gráfico 6**) abaixo.

Gráfico 6: Distribuição percentual (%) dos casos confirmados de meningite, segundo faixa etária, Roraima, 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

A faixa etária de 20 a 29 anos concentrou o maior número de casos, com 38 registros (19,3%), seguida pelas faixas de 30 a 39 anos, com 32 casos (16,2%), e menores de 1 ano, com 28 casos (14,2%). Também se destacaram os indivíduos de 40 a 49 anos, responsáveis por 26 casos (13,2%), e as crianças de 1 a 4 anos, com 23 casos (11,7%).

Ao agrupar as faixas etárias pediátricas, observa-se que os menores de 10 anos somaram 70 casos (31,8%), evidenciando importante carga da doença nesse grupo, especialmente entre lactentes, reconhecidamente mais suscetíveis às formas graves da meningite.

Nos adultos, as faixas de 20 a 49 anos reuniram 96 casos (43,6%), constituindo o principal grupo acometido. Esse padrão pode estar relacionado à maior exposição a ambientes coletivos, circulação de agentes infecciosos e à diversidade etiológica das meningites nessa população.

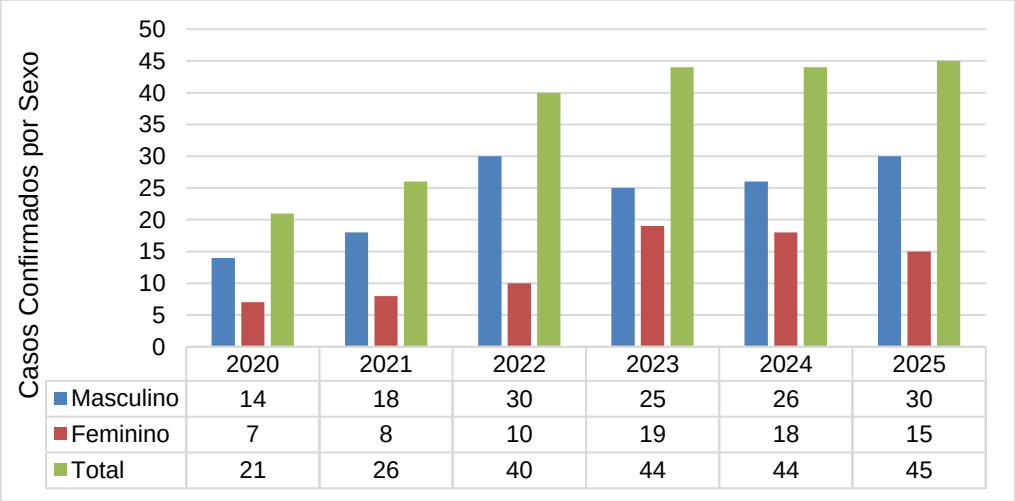
Por outro lado, os idosos apresentaram menor frequência de casos. As pessoas

com 60 anos ou mais corresponderam a 19 casos (8,6%), enquanto os indivíduos com 70 anos ou mais representaram apenas 4 casos (1,8%). Apesar da menor ocorrência, a meningite nessa população exige atenção devido ao maior risco de evolução desfavorável e complicações.

Distribuição por Sexo e raça/cor

A distribuição dos casos segundo o sexo demonstra predominância do sexo masculino, com 143 casos (65,0%), enquanto o sexo feminino registrou 77 casos (35,0%), conforme **(Gráfico 7)** abaixo.

Gráfico 7: Distribuição dos casos confirmados de meningite, segundo classificação final e sexo, Estado de Roraima, 2020 a 2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Masculino	14	18	30	25	26	30
Feminino	7	8	10	19	18	15
Total	21	26	40	44	44	45

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Ao longo da série histórica, observou-se aumento progressivo do número de casos, passando de 21 casos em 2020 para 45 casos em 2025. Em todos os anos analisados, o sexo masculino apresentou maior frequência de casos quando comparado ao feminino. Em 2020, foram registrados 14 casos (66,7%) em homens e 7 (33,3%) em mulheres. Em 2021, ocorreram 18 casos (69,2%) no sexo masculino e 8 (30,8%) no feminino. Em 2022, dos 40 casos confirmados, 30 (75,0%) foram em homens e 10 (25,0%) em mulheres.

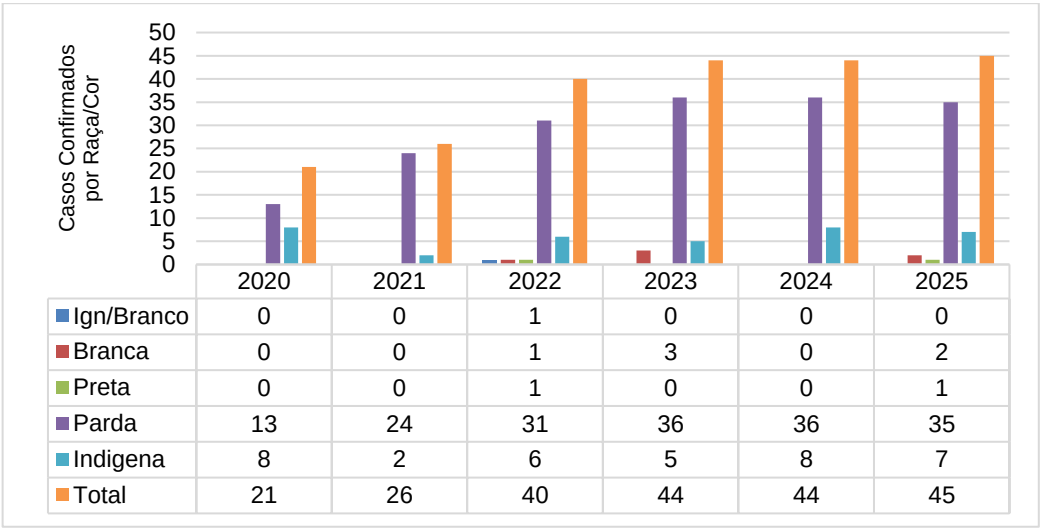
Em 2023, dos 44 casos, 25 (56,8%) ocorreram no sexo masculino e 19 (43,2%) no feminino. Em 2024, mantiveram-se 44 casos, sendo 26 (59,1%) em homen 311 (40,9%) em mulheres. Em 2025, foram registrados 45 casos, dos quais 30 (66,7%)

ocorreram no sexo masculino e 15 (33,3%) no feminino.

De forma geral, os resultados evidenciam um predomínio consistente de casos no sexo masculino durante todo o período analisado.

A distribuição dos casos segundo raça/cor demonstra predominância da população parda, com 175 casos (79,5%), seguida pela população indígena, com 36 casos (16,4%). As demais categorias apresentaram baixa frequência de registros, sendo 6 casos (2,7%) branca, 2 casos (0,9%) preta e 1 caso (0,5%) classificado como ignorado/branco, conforme (**Gráfico 8)** abaixo.

Gráfico 8: Distribuição dos casos confirmados de meningite, segundo classificação final e raça/cor, Estado de Roraima, 2020 a 2025



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ign/Branco	0	0	1	0	0	0
Branca	0	0	1	3	0	2
Preta	0	0	1	0	0	1
Parda	13	24	31	36	36	35
Indigena	8	2	6	5	8	7
Total	21	26	40	44	44	45

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Ao longo da série, a raça/cor parda manteve-se predominante em todos os anos analisados, acompanhando o perfil demográfico da população do estado. A população indígena representou o segundo maior grupo de casos, com registros contínuos durante todo o período, destacando-se os anos de 2020 (8 casos), 2022 (6 casos), 2024 (8 casos) e 2025 (7 casos).

Esse cenário evidencia a necessidade de manter e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, assistência à saúde voltadas às comunidades indígenas, considerando suas características territoriais e a maior vulnerabilidade decorrente das dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Agentes Etiológicos

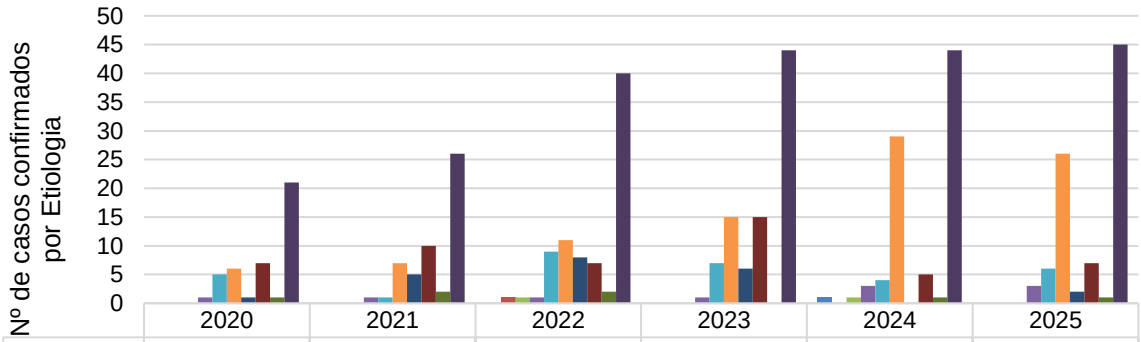
No período de 2020 a 2025, foram confirmados 220 casos de meningite em Roraima, observando-se uma tendência de aumento gradual no número de casos ao longo da série histórica. O total anual passou de 21 casos em 2020 para 45 casos em 2025, representando um incremento de aproximadamente 114,3% no período. Após aumento contínuo entre 2020 e 2023, o número de casos permaneceu estável em 44 casos nos anos de 2023 e 2024, com discreto aumento em 2025, segundo (**Gráfico 9**) abaixo.

A meningite não especificada (MNE) foi a principal classificação etiológica durante todo o período analisado, totalizando 94 casos (42,7%). Houve crescimento progressivo dessa classificação, passando de 6 casos em 2020 para 29 casos em 2024, seguido de leve redução para 26 casos em 2025. Esse predomínio evidencia a elevada proporção de casos em que não foi possível definir o agente etiológico, sugerindo limitações diagnósticas ou dificuldades na investigação laboratorial.

A meningite por outras etiologias (MOE) foi a segunda classificação mais frequente, com 51 casos (23,2%), apresentando oscilações ao longo dos anos, com picos de 15 casos em 2023 e redução para 5 casos em 2024, voltando a 7 casos em 2025.

A meningite bacteriana (MB) representou 32 casos (14,5%), apresentando maior ocorrência em 2022 (9 casos), seguida de redução nos anos subsequentes, variando entre 4 e 7 casos.

Gráfico 9: Casos Confirmados de Meningite segundo Etiologia por Classificação Final em Roraima, 2020 a 2025



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
MCC	0	0	0	0	1	0
MM	0	0	1	0	0	0
MM+MCC	0	0	1	0	1	0
MTBC	1	1	1	1	3	3
MB	5	1	9	7	4	6
MNE	6	7	11	15	29	26
MV	1	5	8	6	0	2
MOE	7	10	7	15	5	7
MP	1	2	2	0	1	1
Total	21	26	40	44	44	45

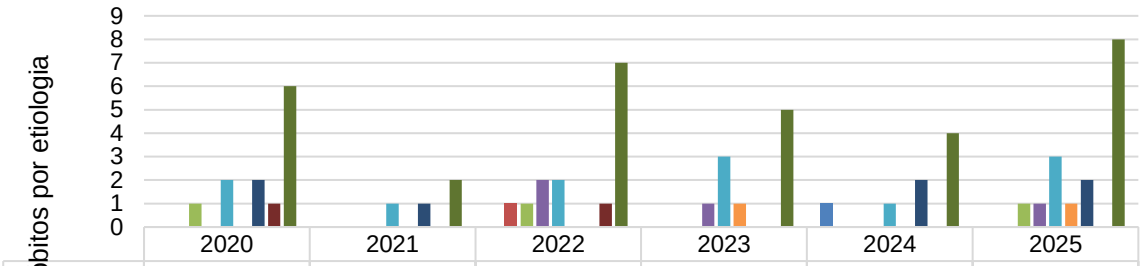
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

A meningite viral (MV) contabilizou 22 casos (10,0%), com maior frequência em 2022 (8 casos). Em 2024 não houve registros dessa classificação, sendo observados apenas 2 casos em 2025.

As demais classificações etiológicas apresentaram baixa frequência durante todo o período: Meningite tuberculosa (MTBC): 10 casos (4,5%), com discreto aumento em 2024 e 2025 (3 casos em cada ano); Meningococcemia (MCC): 1 caso (0,5%), registrado apenas em 2024; Meningite meningocócica (MM): 1 caso (0,5%), registrado em 2022; Meningite meningocócica associada à meningococcemia (MM+MCC): 2 casos (0,9%), registrados em 2022 e 2024; Meningite por pneumococo (MP): 7 casos (3,2%), distribuídos de forma esporádica ao longo da série histórica.

Análise epidemiológica dos óbitos por etiologia das meningites, os dados demonstram que os óbitos por meningite permaneceram presentes durante toda a série histórica, com aumento em 2025. O predomínio de óbitos classificados como meningite não especificada sugere limitações na confirmação etiológica antes da evolução para óbito, destacando a importância da coleta oportuna de líquor e outras amostras clínicas, conforme (**Gráfico 10**) abaixo.

Gráfico 10: Distribuição dos óbitos por meningite segundo classificação etiológica, por ano de notificação. Roraima, 2020 a 2025



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
MCC	0	0	0	0	1	0
MM+MCC	0	0	1	0	0	0
MTBC	1	0	1	0	0	1
MB	0	0	2	1	0	1
MNE	2	1	2	3	1	3
MV	0	0	0	1	0	1
MOE	2	1	0	0	2	2
MP	1	0	1	0	0	0
Total	6	2	7	5	4	8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

No período de 2020 a 2025, foram registrados 32 óbitos por meningite em Roraima. O número anual de óbitos variou entre 2 e 8 casos, com menor ocorrência em 2021 (2 óbitos) e maior em 2025 (8 óbitos). Após aumento para 7 óbitos em 2022, observou-se redução em 2023 (5 óbitos) e 2024 (4 óbitos), seguida de novo aumento em 2025.

A meningite não especificada (MNE) foi responsável pelo maior número de óbitos, totalizando 12 casos (37,5%), sendo a principal causa de morte em praticamente todo o período analisado. Houve maior registro dessa etiologia em 2023 e 2025, com 3 óbitos em cada ano.

A meningite por outras etiologias (MOE) foi a segunda principal causa de óbito, com 7 casos (21,9%), apresentando maior ocorrência em 2024 e 2025, com 2 óbitos em cada ano.

A meningite bacteriana (MB) registrou 4 óbitos (12,5%), concentrados principalmente em 2022, quando ocorreram 2 óbitos, além de um caso em 2023 e outro em 2025. Embora tenha apresentado menor frequência de casos quando comparada à MNE, sua participação entre os óbitos evidencia a elevada gravidade das meningites bacterianas.

As demais etiologias apresentaram ocorrência esporádica: Meningite tuberculosa (MTBC): 3 óbitos (9,4%), registrados em 2020, 2022 e 2025; Meningite

viral (MV): 2 óbitos (6,3%), registrados em 2023 e 2025; Meningite por pneumococo (MP): 2 óbitos (6,3%), registrados em 2020 e 2022; Meningococcemia (MCC): 1 óbito (3,1%), registrado em 2024; Meningite meningocócica associada à meningococcemia (MM+MCC): 1 óbito (3,1%), registrado em 2022.

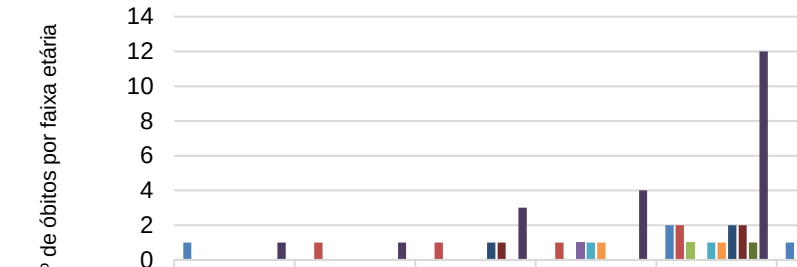
Analisando o período de 2020 a 2025, foram registrados 32 óbitos por meningite em Roraima, distribuídos entre diferentes etiologias e faixas etárias. A meningite não especificada (MNE) foi responsável pelo maior número de óbitos, com 12 registros (37,5%), acometendo diversas faixas etárias. Os maiores quantitativos ocorreram entre menores de 1 ano, crianças de 1 a 4 anos, adultos de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, com dois óbitos em cada grupo, evidenciando ampla distribuição da mortalidade, conforme análise (**Gráfico 11**) abaixo.

A meningite por outras etiologias (MOE) foi a segunda principal causa de óbito, totalizando 7 casos (21,9%). Observou-se maior concentração na faixa de 60 a 69 anos, com três óbitos (42,9%), seguida por registros isolados entre menores de 1 ano, adultos de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 50 a 59 anos.

A meningite bacteriana (MB) apresentou 4 óbitos (12,5%), distribuídos entre as faixas etárias de 1 a 4 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, demonstrando ocorrência tanto em crianças quanto em adultos jovens.

A meningite tuberculosa (MTBC) contabilizou 3 óbitos (9,4%), concentrados nas faixas de 1 a 4 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. A meningite viral (MV) registrou 2 óbitos (6,3%), ocorrendo em menores de 1 ano e em 40 a 49 anos. A meningite por pneumococo (MP) também apresentou 2 óbitos (6,3%), registrados em menores de 1 ano e em 20 a 29 anos.

Gráfico 11: Frequência de Óbitos por Meningite, segundo Etiologia, por Faixa Etária Em Roraima, 2020 a 2025



	MCC	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MP
Menor 1 ano	1	0	0	0	2	1	1	1
1 a 4 anos	0	1	1	1	2	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0	1	0	0	0
15 a 19 anos	0	0	0	1	0	0	0	0
20 a 29 anos	0	0	0	1	1	0	1	1
30 a 39 anos	0	0	0	1	1	0	1	0
40 a 49 anos	0	0	1	0	2	1	0	0
50 a 59 anos	0	0	1	0	2	0	1	0
60 a 69 anos	0	0	0	0	1	0	3	0
Total	1	1	3	4	12	2	7	2

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

As etiologias meningococcemia (MCC) e meningite meningocócica associada à meningococcemia (MM+MCC) apresentaram um óbito cada (3,1%), ocorrendo em menores de 1 ano e em crianças de 1 a 4 anos, respectivamente.

A análise evidencia que a mortalidade por meningite ocorreu em praticamente todas as faixas etárias, porém com maior impacto entre crianças menores de cinco anos e adultos de meia-idade e idosos, grupos reconhecidos como mais vulneráveis às formas graves da doença.

Em referência aos critérios utilizados para confirmar os casos de Meningite em Roraima dos anos de 2020 a 2025, observa-se predominância de confirmações por quimiocitológico, critério clínico e cultura, refletindo as características clínicas e laboratoriais das diferentes formas de meningite, conforme (**Tabela 3**).

Tabela 3: Frequência de casos de meningite segundo etiologia por critério de confirmação no estado de Roraima, de 2020 a 2025

Critério Conf.	MCC	MM	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MP
Em branco	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Cultura	0	1	0	1	25	0	0	15	3
Clínico	1	0	1	1	0	35	7	0	0
Bacterioscopia	0	0	1	3	4	0	0	14	0
Quimiocitológico	0	0	0	1	2	59	10	0	0
Clínico-epidemiológico	0	0	0	0	0	0	5	0	0
PCR - viral	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Outra técnica	0	0	0	3	0	0	0	22	3

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR).Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

A meningite não especificada (MNE) apresentou o maior número de casos (94 casos), sendo confirmada principalmente pelo critério quimiocitológico (59 casos; 62,8%) e pelo critério clínico (35 casos; 37,2%). Esse resultado demonstra que, embora os pacientes apresentassem alterações compatíveis no líquido cefalorraquidiano (LCR), não houve identificação do agente etiológico, evidenciando limitações na confirmação laboratorial específica.

A meningite bacteriana (MB) totalizou 32 casos, dos quais 25 (78,1%) foram confirmados por cultura, quatro (12,5%) por bacterioscopia, dois (6,3%) por quimiocitológico e um (3,1%) por PCR, demonstrando elevada utilização de métodos laboratoriais específicos para confirmação dessa etiologia.

Entre os casos por outras etiologias (MOE), que totalizaram 51 registros, observou-se predominância da confirmação por outras técnicas laboratoriais (22 casos; 43,1%), seguida de cultura (15 casos; 29,4%) e bacterioscopia (14 casos; 27,5%), indicando ampla utilização de métodos diagnósticos complementares para identificação desses agentes.

A meningite viral (MV) apresentou 22 casos, sendo confirmada principalmente por quimiocitológico (10 casos; 45,5%), critério clínico (7 casos; 31,8%) e critério clínico-epidemiológico (5 casos; 22,7%), evidenciando que a confirmação frequentemente se baseia na associação entre características clínicas, epidemiológicas e alterações liquóricas.

A meningite tuberculosa (MTBC) registrou 10 casos, confirmados por diferentes métodos: bacterioscopia e outras técnicas (3 casos cada; 30,0%), cultura, quimiocitológico e critério clínico (1 caso cada; 10,0%), além de um caso sem

informação do critério de confirmação.

Os casos de meningite por pneumococo (MP) (7 casos) foram confirmados principalmente por cultura (3 casos) e outras técnicas laboratoriais (3 casos), além de um caso confirmado por PCR. Os dois casos de doença meningocócica corresponderam a uma meningococcemia (MCC), confirmada por critério clínico, um caso de meningite meningocócica (MM) confirmado por cultura e dois casos de meningite meningocócica associada à meningococcemia (MM+MCC), confirmados por critérios clínico e bacterioscópico.

Os resultados demonstram que as meningites bacterianas foram predominantemente confirmadas por métodos laboratoriais específicos, especialmente cultura, reforçando a qualidade diagnóstica para essas etiologias.

Unidades de saúde notificadoras e de internações

No período de 2020 a 2025, foram confirmados 220 casos de meningite em Roraima. A análise da unidade de saúde notificadora demonstra que o Hospital Geral de Roraima (HGR) concentrou a maior parte das notificações, com 140 casos (63,6%), consolidando-se como a principal unidade notificadora do estado. Esse resultado é esperado por se tratar do principal hospital de referência para atendimento de casos de média e alta complexidade, incluindo pacientes com suspeita de meningite, conforme mostra a (**Tabela 4**) abaixo.

Tabela 4: Distribuição Percentual dos Casos Confirmados de Meningite Notificados pelas Unidades de Saúde, segundo Ano de Notificação me Roraima, 2020 a 2025

Unidade de Saúde Notificadora	Total	%
Hospital Geral de Roraima (HGR)	140	63,6
Hospital da Criança Santo Antônio	68	30,9
Hospital Materno Infantil N. Sra. de Nazareth	5	2,3
UPA 24h Cosme e Silva	2	0,9
Divisão de Vigilância Epidemiológica	1	0,5
Hospital Regional Sul Gov. Ottomar de Souza Pinto	1	0,5
Hospital Unimed de Boa Vista	1	0,5
Não Classificados	1	0,5
Total	220	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR).Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) notificou 68 casos (30,9%), representando a segunda maior participação. A elevada proporção de notificações nessa unidade reflete seu papel como referência estadual para atendimento pediátrico, considerando que as meningites apresentam importante ocorrência em crianças, especialmente menores de cinco anos.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth contribuiu com 5 casos (2,3%), enquanto a UPA 24h Cosme e Silva registrou 2 notificações (0,9%). As demais unidades, Divisão de Vigilância Epidemiológica, Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto, Hospital Unimed de Boa Vista e registros não classificados apresentaram apenas um caso cada (0,5%).

Observa-se que 94,5% de todas as notificações foram realizadas por apenas duas instituições (HGR e Hospital da Criança Santo Antônio), evidenciando a concentração do atendimento e da vigilância dos casos de meningite nos principais hospitais de referência do estado.

No período de 2020 a 2025, foram registrados 210 casos confirmados de meningite que necessitaram de internação hospitalar em Roraima. A maioria das hospitalizações ocorreu em hospitais estaduais de referência, evidenciando a concentração da assistência aos casos de maior gravidade em unidades de média e alta complexidade, conforme (**Tabela 5**) abaixo.

Tabela 5: Distribuição percentual dos casos confirmados de meningite hospitalizados, segundo unidade de internação e ano de notificação em Roraima, 2020 a 2025

Unidade de Internação	Casos	%
Hospital Geral de Roraima (HGR)	138	65,7%
Hospital da Criança Santo Antônio	63	30,0%
Hospital Materno Infantil N. Sra. de Nazareth	5	2,4%
Hospital Universitário da UFRR	2	1,0%
Hospital Regional Sul Gov. Ottomar de Souza Pinto	1	0,5%
Hospital Unimed de Boa Vista	1	0,5%
Total	210	100,0%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

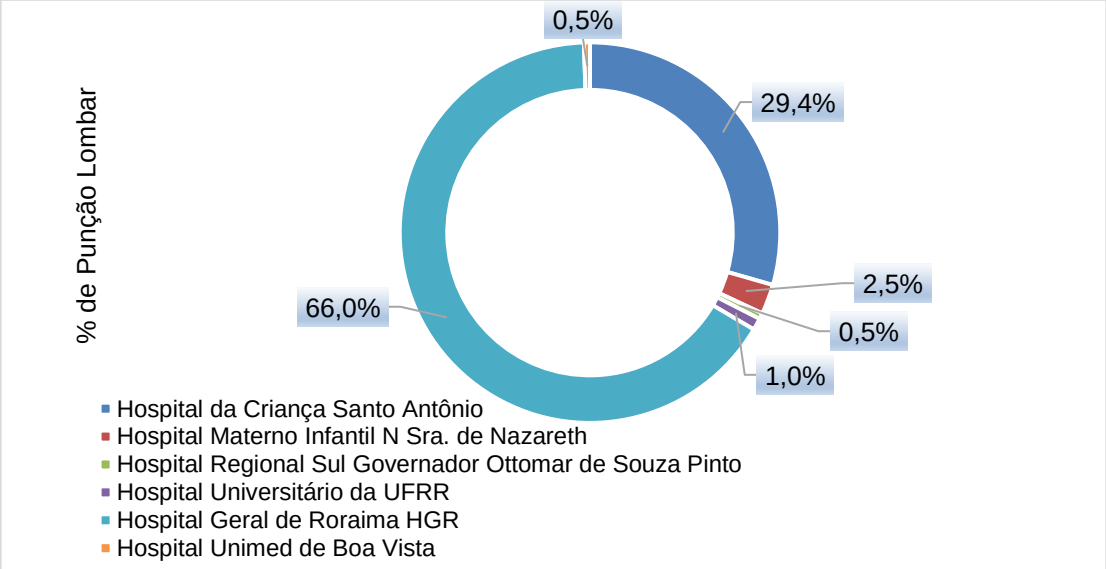
O Hospital Geral de Roraima (HGR) foi a principal unidade de internação, com

138 internações (65,7%) do total. Ao longo da série histórica, o hospital manteve elevado número de admissões, variando de 12 casos em 2020 a 32 casos em 2023, permanecendo como a principal referência estadual para o manejo clínico de pacientes com meningite.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) ocupou a segunda posição, com 63 internações (30,0%). Observou-se aumento progressivo das internações a partir de 2021, alcançando 19 casos em 2024 e mantendo esse quantitativo em 2025. Esse resultado evidencia a importância da unidade como referência para o atendimento pediátrico, considerando que crianças representam um dos grupos de maior risco para meningites.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth registrou 5 internações (2,4%), distribuídas entre os anos de 2020, 2022, 2023 e 2024. O Hospital Universitário da UFRR notificou 2 internações (1,0%), ambas em 2022. Já o Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto e o Hospital Unimed de Boa Vista registraram uma internação cada (0,5%), demonstrando participação pontual na assistência aos casos confirmados.

Gráfico 12: Distribuição percentual dos pacientes internados por meningite submetidos à punção lombar, segundo unidade hospitalar, Roraima de 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Referente a coleta de líquor, foram registrados 197 pacientes internados por meningite que realizaram coleta de líquor por punção lombar para investigação diagnóstica. Esse procedimento representa o principal método para obtenção de

amostras do líquido cefalorraquidiano (LCR), permitindo a realização de exames laboratoriais, como análise citológica, bioquímica, bacteriológica e molecular, essenciais para a confirmação da etiologia da doença, procedimento considerado o padrão-ouro para o diagnóstico das meningites, conforme **(Gráfico 12)** abaixo.

A distribuição das internações evidencia que o Hospital Geral de Roraima (HGR) concentrou a maior parte dos procedimentos, com 130 casos (66,0%), seguido pelo Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), com 58 casos (29,4%). As demais unidades apresentaram menor frequência: Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth 5 casos (2,5%), Hospital Universitário da UFRR 2 casos (1,0%), Hospital Unimed Boa Vista 1 caso (0,5%) e Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto 1 caso (0,5%). Esses dados demonstram que a assistência aos casos suspeitos de meningite permaneceu centralizada nas unidades de referência do estado.

A realização da coleta de líquor em todos os pacientes internados demonstra elevada adesão ao protocolo de investigação dos casos suspeitos de meningite, garantindo a obtenção de amostras para confirmação etiológica por métodos laboratoriais. Essa prática contribui para maior precisão diagnóstica, possibilita a identificação do agente causador, orienta a instituição do tratamento mais adequado e fortalece as ações de vigilância epidemiológica, incluindo o monitoramento dos agentes circulantes e a adoção oportuna de medidas de prevenção e controle.

Tabela 6: Evolução (%) dos Pacientes Internados com Casos Confirmados de Meningite, segundo Unidade de Saúde de Internação, Roraima, 2020 a 2025

Unidade de saúde de Internação	Ign/Branco	Alta	Óbito por meningite	Óbito por outra causa
Hospital da Criança Santo Antônio	12	40	8	3
Hospital Materno Infantil N Sra. de Nazareth	3	1	1	0
Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto	0	1	0	0
Hospital Universitário da UFRR	1	1	0	0
Hospital Geral de Roraima HGR	37	57	20	24
Hospital Unimed de Boa Vista	1	0	0	0
%	25,7%	47,6%	13,8%	12,9%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Com base nos 210 casos confirmados de meningites que necessitaram de internação no estado de Roraima entre 2020 e 2025, a evolução clínica dos pacientes demonstra que a alta hospitalar foi o desfecho mais frequente, seguida por uma

proporção importante de óbitos, especialmente entre os pacientes internados no Hospital Geral de Roraima (HGR), conforme apresentado em (**Tabela 6**).

Entre os pacientes internados com casos confirmados de meningite, 47,6% evoluíram para alta hospitalar, indicando que aproximadamente metade dos pacientes apresentou recuperação clínica após o tratamento. Entretanto, observa-se uma elevada proporção de desfechos desfavoráveis, com 13,8% dos pacientes evoluindo para óbito em decorrência da meningite e 12,9% para óbito por outras causas, totalizando 26,7% de óbitos entre os internados.

Destaca-se também que 25,7% das notificações apresentaram evolução registrada como ignorada ou em branco, evidenciando falhas no preenchimento dessa variável no sistema de informação SINAN. Essa incompletude compromete a avaliação da evolução clínica dos casos e pode resultar em subestimação ou distorção dos indicadores de morbimortalidade, reforçando a necessidade de qualificação do encerramento das fichas de investigação.

Em relação às unidades hospitalares, o Hospital Geral de Roraima (HGR) concentrou o maior número de internações (138 casos; 65,7% do total) e também o maior quantitativo de óbitos por meningite (20 casos) e por outras causas (24 casos), refletindo seu papel como principal hospital de referência para casos graves no estado. O Hospital da Criança Santo Antônio foi a segunda unidade com maior número de internações (63 casos; 30,0%), registrando 8 óbitos por meningite e 3 por outras causas, além de apresentar a maior proporção de altas hospitalares (40 casos). As demais unidades responderam por um número reduzido de internações, com evolução predominantemente para alta.

Os resultados demonstram que, embora a alta hospitalar tenha sido o desfecho predominante, a ocorrência de uma proporção expressiva de óbitos entre os pacientes internados evidencia a gravidade das meningites e reforça a importância do diagnóstico precoce, do início oportuno do tratamento e do fortalecimento da vigilância epidemiológica e da assistência hospitalar. Além disso, recomenda-se aprimorar o preenchimento da variável de evolução dos casos, reduzindo o percentual de registros ignorados e aumentando a qualidade das informações utilizadas para o monitoramento da doença.

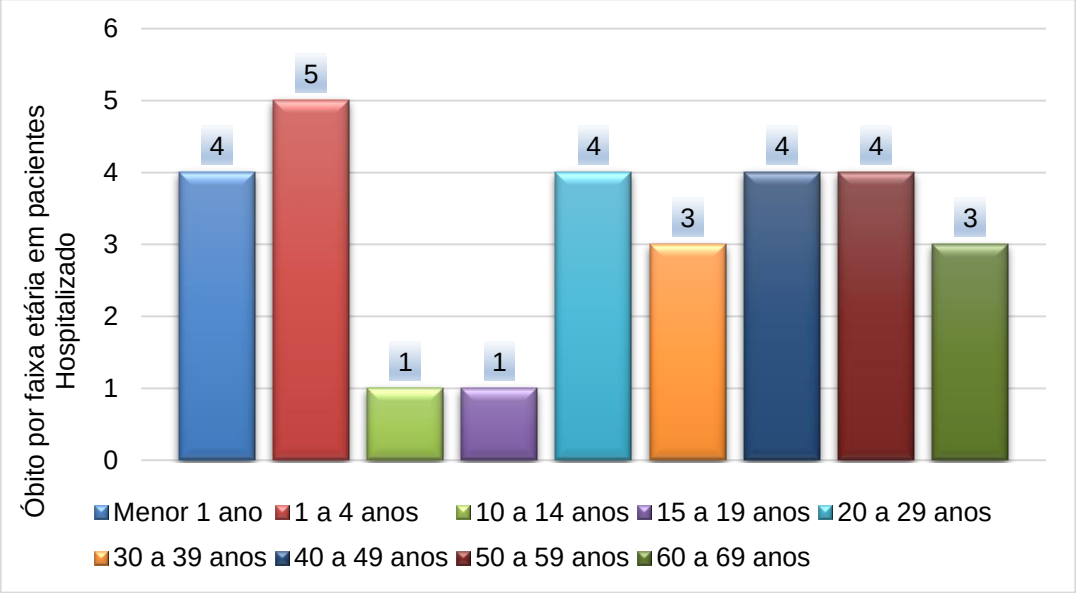
A análise por faixa etária demonstra que os óbitos ocorreram em diferentes grupos etários, evidenciando que a meningite pode apresentar evolução grave em

todas as fases da vida, conforme apresenta o (**Gráfico 13)**, abaixo.

A maior frequência de óbitos foi observada na faixa etária de 1 a 4 anos, com 5 registros (17,2%), seguida pelas faixas de menores de 1 ano, 20 a 29 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, cada uma com 4 óbitos (13,8%). As faixas de 30 a 39 ano 323 a 69 anos registraram 3 óbitos (10,3%) cada, enquanto os grupos de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos apresentaram 1 óbito (3,4%) cada.

Observa-se que 31,0% dos óbitos ocorreram em crianças menores de 5 anos, reforçando a maior vulnerabilidade dessa população às formas graves da doença e a importância da manutenção de elevadas coberturas vacinais, do reconhecimento precoce dos sinais clínicos e do início oportuno do tratamento.

Gráfico 13: Frequência de Óbitos entre Casos Confirmados de Meningite, segundo Faixa Etária em pacientes hospitalizados, Roraima, 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 25/07/2026, dados sujeitos à alteração.

Também se destaca que 69,0% dos óbitos ocorreram em indivíduos com 10 anos ou mais, indicando que a meningite permanece como uma importante causa de morbimortalidade entre adolescentes, adultos e idosos, especialmente quando associada ao diagnóstico tardio ou à gravidade clínica no momento da internação.

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL

Meningococo C por Ano segundo Município

A vacinação contra as meningites constitui uma das principais estratégias de prevenção das formas graves da doença meningocócica, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil e para o controle da circulação do agente etiológico.

A cobertura vacinal da vacina Meningocócica C (1º reforço) em Roraima apresentou importantes oscilações entre os anos de 2020 e 2025, refletindo diferenças no desempenho entre os municípios e os desafios para alcançar a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (≥95%). Observa-se um período de queda acentuada entre 2020 e 2022, seguido de recuperação em 2023 e manutenção de coberturas mais elevadas em 2024, com discreta redução em 2025, conforme (**Tabela 7**) abaixo.

Tabela 7: Cobertura Vacinal com o Imunobiológico Meningococo C no Estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2020 a 2025

Município	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Roraima	74,47	51,49	60,31	84,48	81,70	74,97
Amajari	24,23	19,51	18,48	49,54	76,83	73,05
Alto alegre	44,87	26,58	25,10	48,33	74,78	70,00
Boa vista	88,60	57,62	63,76	78,87	68,13	51,72
Bonfim	36,34	34,89	41,81	119,48	77,02	89,14
Canta	43,75	42,86	47,99	63,31	70,59	84,49
Caracaraí	61,18	44,72	54,52	83,93	78,78	72,38
Caroebe	72,13	56,37	106,56	93,87	112,07	102,87
Iracema	90,91	53,51	63,76	71,08	83,92	84,62
Mucajai	83,17	73,39	72,40	84,23	98,78	83,18
Normandia	26,51	22,29	21,12	31,90	35,73	77,34
Pacaraima	63,95	50,18	190,35	311,70	379,24	396,40
Rorainópolis	77,09	72,49	48,83	102,26	89,44	77,23
São João da baliza	116,39	107,63	85,71	90,63	93,48	97,10
São Luiz	50,94	70,09	76,42	110,99	103,19	68,09
Uiramutã	28,31	11,85	17,91	27,16	31,83	60,45

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

No âmbito estadual, a cobertura vacinal foi de 74,47% em 2020, reduzindo para 51,49% em 2021 e apresentando pequena recuperação para 60,31% em 2022. Em 2023 ocorreu um aumento expressivo, alcançando 84,48%, mantendo-se

relativamente elevada em 2024 (81,70%) e reduzindo para 74,97% em 2025. Apesar da melhora observada a partir de 2023, o Estado permaneceu abaixo da meta de 95% em todos os anos analisados, conforme (**Tabela 8**) abaixo.

Tabela 8: Cobertura vacinal (%) da Vacina Meningocócica C (1º Reforço), Estado de Roraima, 2020 a 2025

Ano	Cobertura (%)	Situação em relação à meta
2020	74,47	Abaixo da meta
2021	51,49	Abaixo da meta
2022	60,31	Abaixo da meta
2023	84,48	Abaixo da meta
2024	81,70	Abaixo da meta
2025	74,97	Abaixo da meta

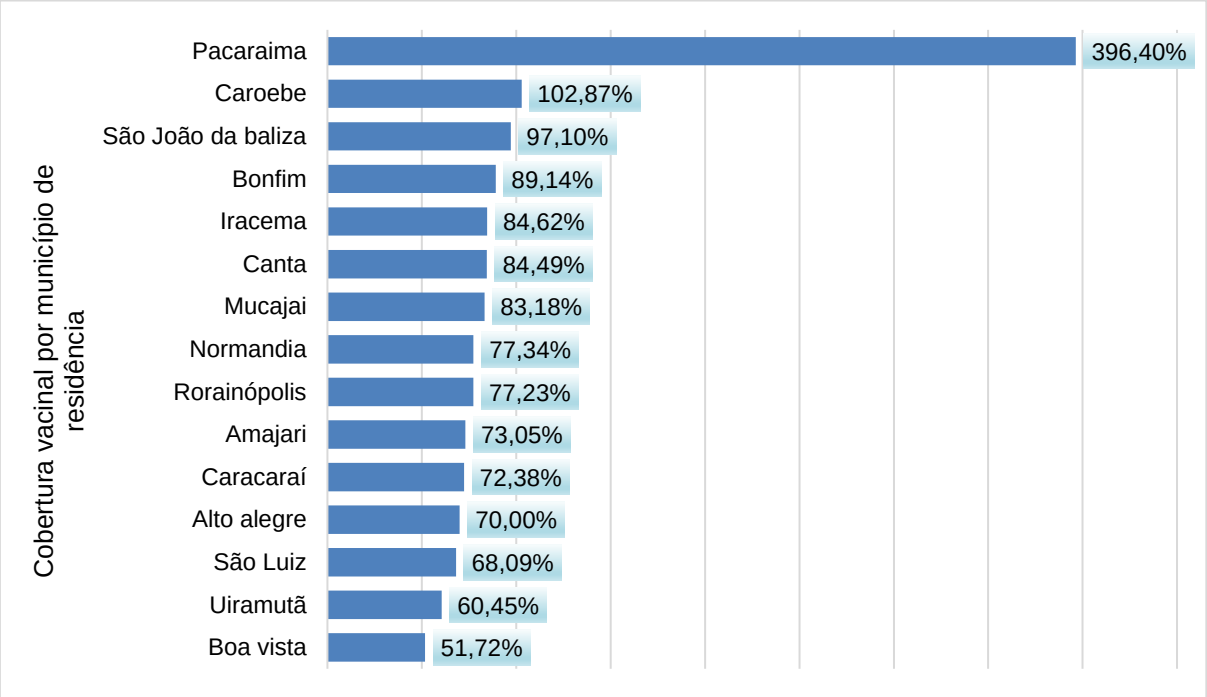
Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Cobertura vacinal da vacina Meningococo C (1º reforço) nos municípios de residência do Estado de Roraima, no ano de 2025, apresentou importante heterogeneidade entre os municípios, demonstrando diferenças no alcance das ações de vacinação e na adesão ao esquema vacinal recomendado, conforme apresentado no (**Gráfico 14**) abaixo.

O Estado de Roraima alcançou uma cobertura de 74,97% para a vacina Meningococo C (1º reforço) em 2025, valor abaixo da meta preconizada de 95%, indicando a necessidade de intensificação das estratégias de vacinação para garantir proteção adequada da população infantil e reduzir o risco de ocorrência de doenças invasivas causadas pelo *Neisseria meningitidis*.

Entre os municípios analisados, Pacaraima apresentou a maior cobertura vacinal, com 396,40%, valor muito superior ao esperado, sugerindo possível ocorrência de inconsistências no denominador populacional, migração popula 325 vacinação de crianças residentes em outros municípios ou necessidade de revisão dos dados de população-alvo utilizados no cálculo da cobertura.

Gráfico 14: Cobertura vacinal da vacina Meningococo C (1º reforço) segundo município de residência, Estado de Roraima, 2025



Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Outros municípios apresentaram coberturas satisfatórias ou próximas da meta, destacando-se:

Tabela 9: Cobertura vacinal satisfatórias ou próximas da meta

Município	%
Caroebe	102,87
São João da Baliza	97,10
Bonfim	89,14
Iracema	84,62
Canta	84,49
Mucajaí	83,18

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Os municípios com coberturas inferiores a 80% indicam necessidade de fortalecimento das ações de busca ativa, atualização dos registros vacinais e estratégias para ampliação do acesso à vacinação, incluindo:

Tabela 10: Cobertura vacinal inferiores a 80%

Município	%
Normandia	77,34
Rorainópolis	77,23
Amajari	73,05
Caracaraí	72,38
Alto Alegre	70,00
São Luiz	68,09
Uiramutã	60,45
Boa Vista	51,72

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

A menor cobertura foi observada no município de Boa Vista (51,72%), que concentra grande parte da população do estado, representando um ponto prioritário para avaliação das estratégias de vacinação, considerando o impacto que baixas coberturas em municípios de maior população podem ocasionar na manutenção da proteção coletiva.

De forma geral, os resultados evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância das coberturas vacinais, com monitoramento contínuo dos municípios, identificação de áreas com baixa cobertura, intensificação da busca ativa de crianças com esquema incompleto e qualificação dos registros de vacinação, visando alcançar e manter coberturas homogêneas e próximas da meta de 95%.

homogeneidade da cobertura vacinal Meningococo C

A homogeneidade da cobertura vacinal da vacina Meningocócica C (1º reforço) no estado de Roraima permaneceu baixa durante todo o período de 2020 a 2025, evidenciando que a maioria dos municípios não alcançou a meta de cobertura vacinal de 95%, conforme o indicador do Programa Nacional de Imunizações (PNI), conforme (**Tabela 11)** abaixo:

Tabela 11: Homogeneidade das coberturas vacinais da Meningococo C, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.

Ano	Nº de municípios ≥95%	Total de municípios avaliados	Homogeneidade (%)	Situação
2020	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2021	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2022	2	15	13,33	Baixa homogeneidade
2023	4	15	26,67	Baixa homogeneidade
2024	4	15	26,67	Baixa homogeneidade
2025	3	15	20,00	Baixa homogeneidade

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência).

Em 2020 e 2021, apenas 1 dos 15 municípios (6,67%) atingiu cobertura igual ou superior a 95%, demonstrando um cenário de baixa uniformidade da vacinação.

Em 2022 houve discreta melhora, com 2 municípios (13,33%) alcançando a meta. Esse crescimento continuou em 2023 e 2024, quando 4 municípios (26,67%) atingiram a cobertura adequada.

Entretanto, em 2025 verificou-se uma redução, passando para apenas 3 municípios (20,0%) com cobertura igual ou superior a 95%, indicando perda de desempenho e reforçando a dificuldade em manter resultados consistentes entre os municípios.

Os resultados demonstram uma distribuição heterogênea da cobertura vacinal no estado, com grande parte dos municípios permanecendo abaixo da meta recomendada pelo Ministério da Saúde. Essa situação pode favorecer o acúmulo de indivíduos suscetíveis e aumentar o risco de ocorrência de casos e surtos da doença meningocócica, especialmente em populações infantis.

Pentavalente por ano segundo município

A vacina Pentavalente (Penta) é uma das principais vacinas do calendário básico infantil, protegendo contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções invasivas causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). A avaliação da

cobertura vacinal é um importante indicador para monitorar o desempenho do Programa Nacional de Imunizações (PNI), permitindo identificar municípios com baixas coberturas e subsidiar a implementação de estratégias para ampliar o acesso à vacinação e reduzir o risco de ocorrência de doenças imunopreveníveis.

No período de 2020 a 2025, a cobertura vacinal da vacina Pentavalente no estado de Roraima apresentou oscilações, permanecendo abaixo da meta de 95% estabelecida pelo Ministério da Saúde em todos os anos avaliados. Em 2020, a cobertura estadual foi de 77,23%, reduzindo significativamente para 52,08% em 2021, o menor percentual observado na série histórica. A partir de 2022, verificou-se recuperação gradual da cobertura, passando para 60,61%, 72,59% em 2023, 78,23% em 2024 e 79,00% em 2025. Apesar da melhora observada nos últimos anos, o estado ainda permaneceu distante da meta preconizada, conforme (**Tabela 12**) abaixo.

Tabela 12: Cobertura Vacinal com o Imunobiológico Pentavalente no Estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2020 a 2025.

Município	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Roraima	77,23	52,08	60,61	72,59%	78,23%	79,00%
Amajari	18,59	18,83	25,57	43,52%	50,12%	74,70%
Alto alegre	49,05	25,04	26,73	41,51%	51,19%	50,15%
Boa vista	91,13	58,73	64,72	73,88%	83,71%	78,77%
Bonfim	38,73	31,70	45,47	70,55%	69,70%	74,75%
Canta	55,40	42,34	52,82	66,11%	64,44%	82,62%
Caracaraí	62,65	46,29	51,97	101,94%	81,40%	77,33%
Caroebe	82,51	79,90	117,49	90,57%	117,24%	112,07%
Iracema	87,01	44,32	56,38	55,42%	69,93%	86,71%
Mucajai	79,29	67,74	72,70	78,59%	80,73%	86,85%
Normandia	22,89	23,11	27,08	26,61%	40,74%	66,67%
Pacaraima	59,47	37,05	116,54	156,12%	151,48%	155,72%
Rorainópolis	94,32	82,01	78,09	92,48%	88,34%	79,60%
São João da baliza	125,41	95,42	115,08	102,34%	99,28%	100,72%
São Luiz	62,26	89,72	88,68	132,97%	76,60%	92,55%
Uiramutã	28,31	13,64	18,74	23,01%	26,05%	45,34%

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Na análise por município, observam-se importantes desigualdades na cobertura vacinal. Em 2025, apenas Pacaraima (155,72%), Caroebe (112,07%) e São

João da Baliza (100,72%) apresentaram coberturas iguais ou superiores a 100%, enquanto São Luiz (92,55%), Mucajaí (86,85%), Iracema (86,71%) e Cantá (82,62%) registraram coberturas próximas à meta, mas ainda inferiores ao valor recomendado.

Por outro lado, municípios como Uiramutã (45,34%), Alto Alegre (50,15%), Normandia (66,67%) e Amajari (74,70%) mantiveram coberturas reduzidas, evidenciando maior vulnerabilidade quanto à proteção da população infantil. A capital, Boa Vista, apresentou cobertura de 78,77% em 2025, superior aos anos de 2021 a 2023, porém ainda abaixo da meta nacional.

No período de 2020 a 2025, a cobertura vacinal da vacina Pentavalente no estado de Roraima permaneceu abaixo da meta de 95%, conforme (**Tabela 13**) abaixo.

Em 2020, a cobertura estadual foi de 77,23%, reduzindo-se de forma expressiva para 52,08% em 2021, o menor percentual observado na série histórica.

A partir de 2022, observou-se uma recuperação gradual da cobertura vacinal, alcançando 60,61%, seguida por 72,59% em 2023, 78,23% em 2024 e 79,00% em 2025. Apesar dessa tendência de crescimento, os resultados permaneceram inferiores à meta de 95%, demonstrando que o estado ainda não atingiu níveis satisfatórios de proteção coletiva.

Embora tenha ocorrido um aumento de 26,92 pontos percentuais entre 2021 e 2025, a cobertura vacinal em 2025 ainda permaneceu 16 pontos percentuais abaixo da meta nacional, indicando a necessidade de fortalecer as estratégias de imunização.

Tabela 13: Cobertura vacinal (%) da Vacina Penta, Estado de Roraima, 2020 a 2025.

Ano	Cobertura (%)	Situação em relação à meta
2020	77,23	Abaixo da meta
2021	52,08	Abaixo da meta
2022	60,61	Abaixo da meta
2023	72,59	Abaixo da meta
2024	78,23	Abaixo da meta
2025	79,00	Abaixo da meta

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

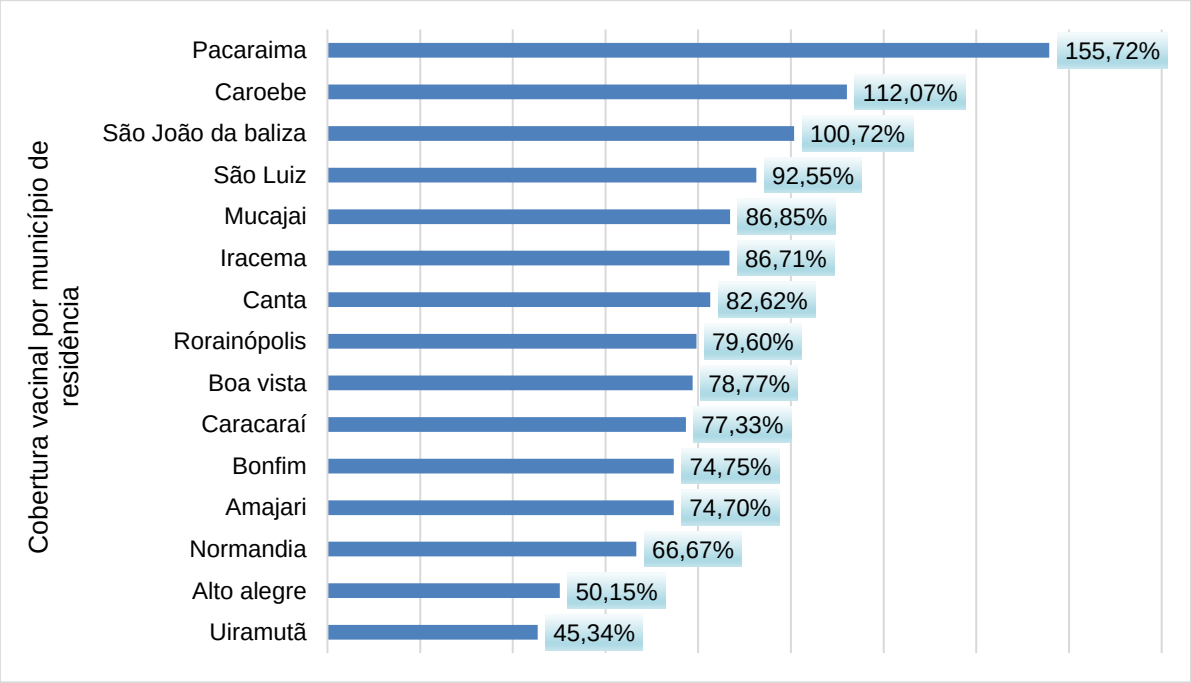
Em 2025, a cobertura vacinal da vacina Pentavalente apresentou importante

variação entre os municípios de residência do estado de Roraima, evidenciando diferenças no desempenho das ações de imunização. A cobertura estadual foi de 79,0%, permanecendo abaixo da meta de 95%, conforme avaliado o (**Gráfico 15**) abaixo.

Dos 15 municípios, apenas três (20,0%) atingiram ou ultrapassaram a meta de cobertura vacinal: Pacaraima (155,72%), Caroebe (112,07%) e São João da Baliza (100,72%). Outros municípios apresentaram coberturas próximas da meta, embora ainda insuficientes, destacando-se São Luiz (92,55%), Mucajaí (86,85%), Iracema (86,71%), Cantá (82,62%), Rorainópolis (79,60%), Boa Vista (78,77%) e Caracaraí (77,33%).

As menores coberturas foram observadas em Uiramutã (45,34%), Alto Alegre (50,15%), Normandia (66,67%), Amajari (74,70%) e Bonfim (74,75%), indicando maior risco para o acúmulo de crianças suscetíveis às doenças preveníveis pela vacina Pentavalente.

Gráfico 15: Cobertura vacinal da vacina Penta segundo município de residência, Estado de Roraima, 2025.



Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

A capital Boa Vista, responsável pela maior parte da população infantil do estado, registrou cobertura de 78,77%, valor abaixo da meta recomendada,

impactando significativamente o desempenho estadual.

homogeneidade da cobertura vacinal pentavalente

Tabela 14: Homogeneidade das coberturas vacinais da Penta, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025

Ano	Nº de municípios ≥95%	Total de municípios avaliados	Homogeneidade (%)	Situação
2020	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2021	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2022	3	15	20,00	Baixa homogeneidade
2023	4	15	26,67	Baixa homogeneidade
2024	3	15	20,00	Baixa homogeneidade
2025	3	15	20,00	Baixa homogeneidade

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

No estado de Roraima, a homogeneidade da cobertura vacinal da vacina Pentavalente permaneceu baixa durante todo o período de 2020 a 2025. Em 2020 e 2021, apenas 1 dos 15 municípios (6,67%) alcançou a meta de 95%, evidenciando um cenário de grande desigualdade na cobertura vacinal.

Em 2022, observou-se discreta melhora, com 3 municípios (20,0%) atingindo a meta. No ano de 2023, esse número aumentou para 4 municípios (26,67%), representando o melhor desempenho da série histórica. Entretanto, nos anos de 2024 e 2025, houve redução para 3 municípios (20,0%), demonstrando estagnação do indicador e manutenção da baixa homogeneidade entre os municípios.

Durante todo o período analisado, mais de 70% dos municípios permaneceram abaixo da meta de cobertura vacinal, indicando que a vacinação não ocorreu de forma uniforme no estado. Esse cenário favorece a existência de áreas com baixa proteção coletiva, aumentando o risco de circulação dos agentes causadores da doença, especialmente entre crianças menores de um ano.

Os resultados demonstram que, apesar da recuperação gradual da cobertura vacinal estadual observada nos últimos anos, essa melhoria não foi suficiente para garantir uma distribuição homogênea entre os municípios.

DIFTERIA

Caracterização da doença

A Difteria Doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa, potencialmente letal, imunopreveníve, 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.[9]

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).[9]

A Corynebacterium é um género 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%.[9]

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.[3]

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.[3]

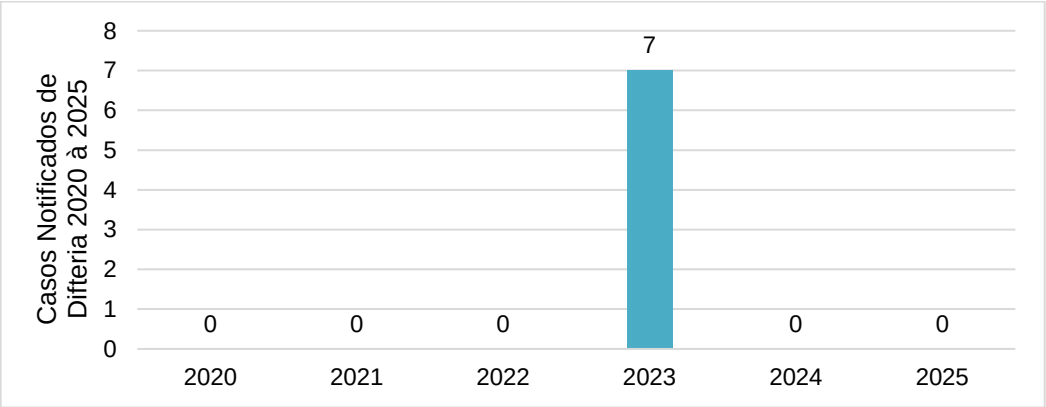
Situação Epidemiológica em Roraima

No estado de Roraima, segundo dados registrados no SINAN, entre 2020 e 2025, foram notificados casos de difteria apenas em 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.

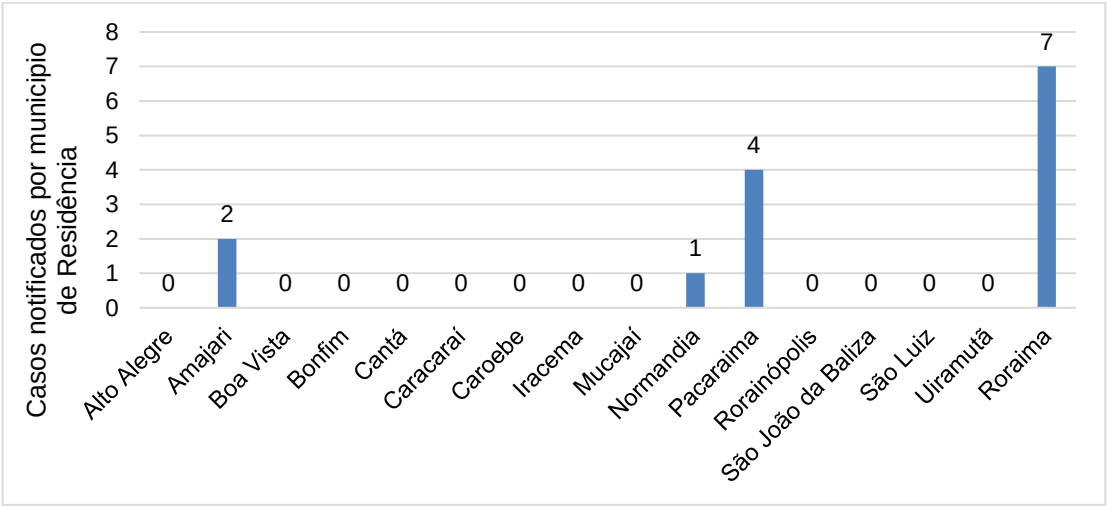
Gráfico 16: Números de casos notificados de Difteria, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração.

Quanto ao município de residência, no período analisado, registraram-se notificações em três municípios: Pacaraima (4 casos), Amajari (2 casos) e Normandia (1 caso), totalizando 7 notificações, conforme (**Gráfico 17**) abaixo:

Gráfico 17: Casos Notificados de Difteria, por frequência segundo município de residência, no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.

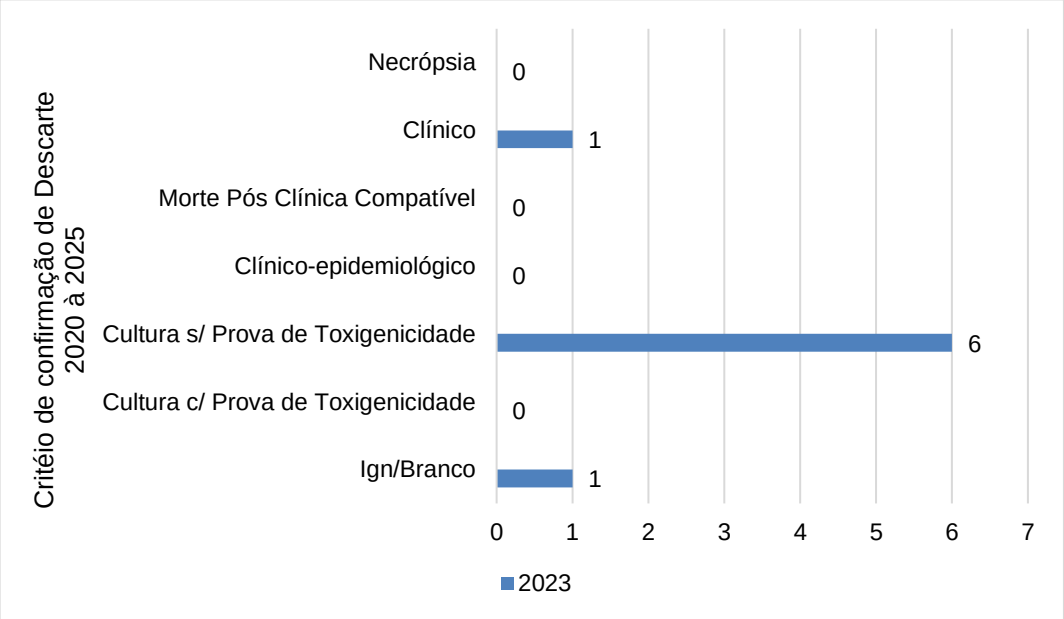


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração.

No critério de confirmação ou descarte, observa-se que 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 18**) abaixo:

Gráfico 18: Critério de Confirmação e descarte de Difteria, segundo Ano, no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração.

Classificação Final das Notificações de Difteria (2023)

No ano de 2023, foram notificados ao todo 8 casos suspeitos de difteria. Após a devida investigação epidemiológica e laboratorial, 100% dos casos suspeitos (8/8) foram descartados, não se confirmando nenhum caso da doença no período. Destaca-se ainda a qualidade do preenchimento e do encerramento dos dados, visto que não houve registros com classificação inconclusiva ou em branco (0% de campos ignorados), conforme (**Tabela 15**) abaixo:

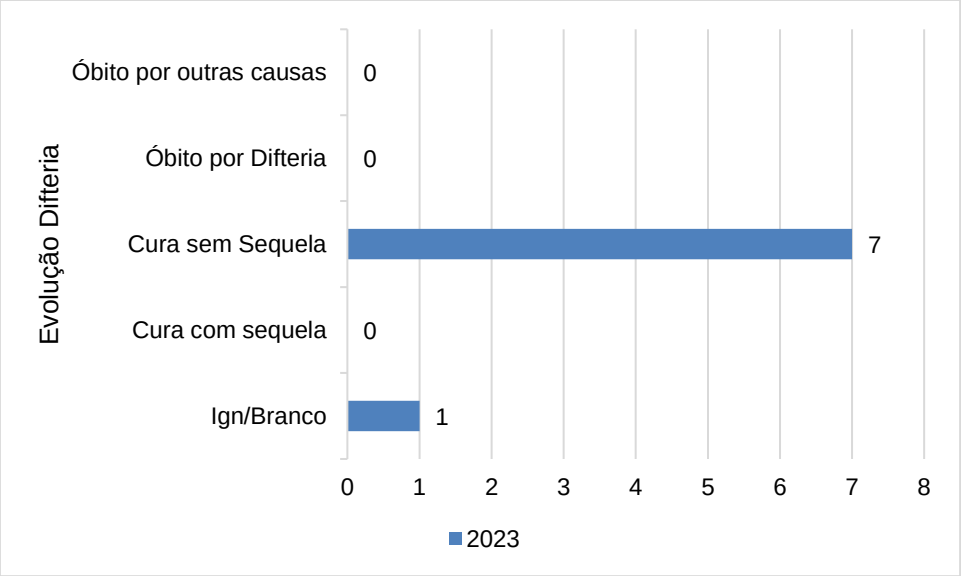
Tabela 15: Distribuição dos casos notificados de coqueluche segundo a classificação final, Roraima, 2023.

Classificação Final	Casos (2023)	Proporção (%)
Confirmado	0	0,0%
Descartado	8	100,0%
Inconclusivo	0	0,0%
Ignorado/Branco	0	0,0%
Total Notificado	8	100,0%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração.

Quanto à evolução clínica das notificações de difteria em Roraima no período de 2020 a 2025, constata-se a ausência de óbitos ou sequelas. Somente em 2023, que possuem dados, os casos notificados (7) evoluíram para a cura sem sequelas, e 1 registro permaneceu com a informação ignora/em branco. Esse panorama sugere uma boa resposta clínica ao manejo assistencial e ao acompanhamento epidemiológico, conforme (**Gráfico 19**) abaixo:

Gráfico 19: Evolução dos casos notificados para Difteria, segundo classificação final, no estado de Roraima dos anos de 2020 a 2025.

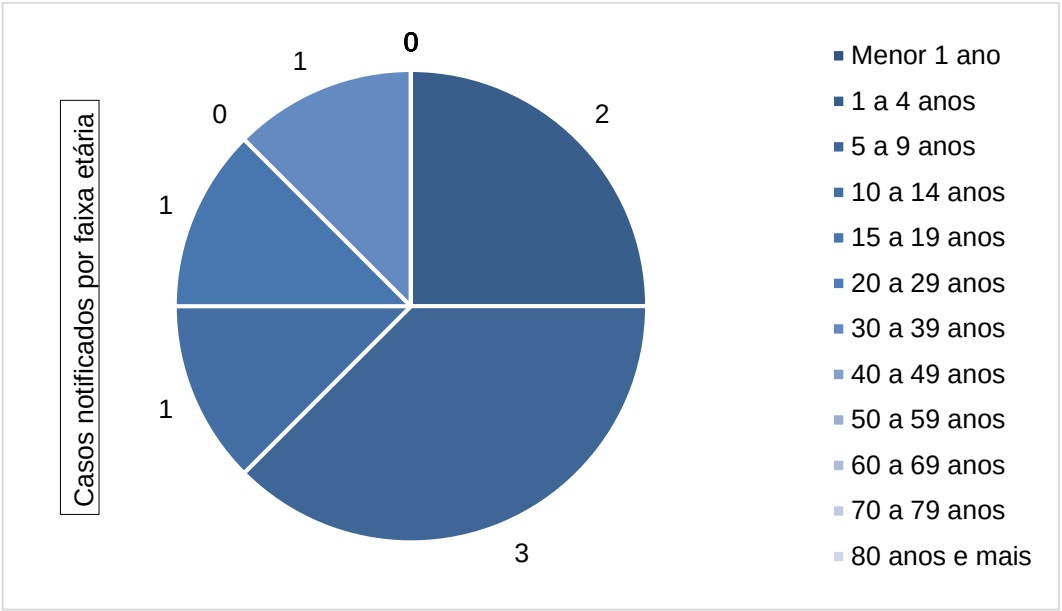


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração.

Quanto à faixa etária, no ano de 2023, foi registrado um total de 8 casos. O maior número de notificações ocorreu na faixa etária de 5 a 9 anos, com 3 casos

(37,5%), seguida pela faixa de 1 a 4 anos, com 2 casos (25,0%). As faixas de 10 a 14, 15 a 19 e 30 a 39 anos registraram 1 caso cada (12,5%), conforme apresentado no (**Gráfico 20)** a seguir:

Gráfico 20: Casos Notificados de Difteria, segundo faixa etária, no ano de 2023, no estado de Roraima



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração.

O cenário epidemiológico da difteria no estado no período analisado demonstra a ausência de circulação confirmada do agente etiológico. Contudo, a presença de notificações suspeitas e de registros com dados incompletos reforça a importância contínua do fortalecimento da vigilância epidemiológica, da busca ativa de casos e do incentivo às altas coberturas vacinais na população-alvo.

Entre os anos de 2020 e 2025, o estado de Roraima não registrou casos confirmados de Difteria.

Ocorreram apenas 8 notificações em 2023: 7 pacientes evoluíram para cura sem sequelas e 1 caso teve o campo de evolução mantido em branco.

COQUELUCHE

Caracterização da doença[11]

A coqueluche é uma doença infecciosa respiratória aguda causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, de alta transmissibilidade e distribuição mundial. Sua

principal manifestação clínica é a tosse seca em crises (paroxística), podendo acometer a traqueia e os brônquios. A transmissão ocorre principalmente por gotículas respiratórias eliminadas durante a tosse, espirro ou fala de pessoas infectadas. O período de incubação varia de 4 a 21 dias, com média de 5 a 10 dias.

A evolução clínica ocorre em três fases: fase catarral, caracterizada por sintomas semelhantes aos de um resfriado comum; fase paroxística, marcada por crises intensas de tosse, podendo ocorrer vômitos, cianose e dificuldade respiratória; e fase de convalescença, quando a tosse diminui gradativamente, mas pode persistir por semanas ou até meses.

Os grupos de maior risco para formas graves são os lactentes, especialmente menores de seis meses de idade, que podem evoluir com apneia, pneumonia, convulsões, insuficiência respiratória e óbito. Pessoas imunocomprometidas e portadoras de doenças respiratórias crônicas também apresentam maior risco de complicações. O diagnóstico é baseado na avaliação clínica e na confirmação laboratorial, realizada por cultura de secreção de nasofaringe ou por reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. A coleta da amostra deve ser realizada preferencialmente antes do início da antibioticoterapia ou até três dias após seu início. O tratamento consiste no uso de antibióticos específicos, associados às medidas de suporte. Em crianças pequenas, principalmente lactentes, a hospitalização é frequentemente necessária devido ao risco de complicações graves.

A vacinação constitui a principal estratégia de prevenção da coqueluche. No Brasil, a imunização está disponível no Calendário Nacional de Vacinação para crianças, além da vacina dTpa recomendada para gestantes a partir da 20ª semana de cada gestação, profissionais da saúde e outros grupos prioritários. A vacinação materna é fundamental para conferir proteção passiva ao recém-nascido nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade.

A coqueluche apresenta comportamento cíclico, com aumento de casos a cada três a cinco anos. Apesar da infecção natural ou da vacinação conferirem proteção, esta não é permanente, sendo possíveis casos de reinfecção, geralmente com manifestações clínicas mais leves. Por esse motivo, a manutenção de elevadas coberturas vacinais, a vigilância epidemiológica oportuna e a notificação imediata dos casos suspeitos são essenciais para reduzir a transmissão e prevenir surtos. 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 no Brasil[12]

No Brasil, entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 e 53 de 2025, foram confirmados 2.682 casos de coqueluche e registrados 12 óbitos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), configurando o segundo maior número de casos desde 2019, inferior apenas ao observado em 2024. Os estados com maior número de casos confirmados foram Minas Gerais (533), São Paulo (444), Rio Grande do Sul (299), Paraná (284) e Bahia (208).

A doença apresentou maior incidência em crianças menores de um ano de idade, com 816 casos (30,4%), das quais 549 (67,3%) ocorreram em lactentes de 0 a 6 meses. A segunda faixa etária mais acometida foi a de 1 a 4 anos, com 609 casos (22,7%). Entre os adultos com 30 anos ou mais, foram registrados 486 casos (18,1%). Em relação ao sexo, observou-se maior frequência da doença no sexo feminino, que correspondeu a 54,8% dos casos confirmados.

Os dados reforçam a elevada vulnerabilidade dos lactentes, especialmente aqueles menores de seis meses, evidenciando a importância da manutenção de altas coberturas vacinais, da vacinação de gestantes, da vigilância epidemiológica e da notificação oportuna para prevenção de casos graves e óbitos.

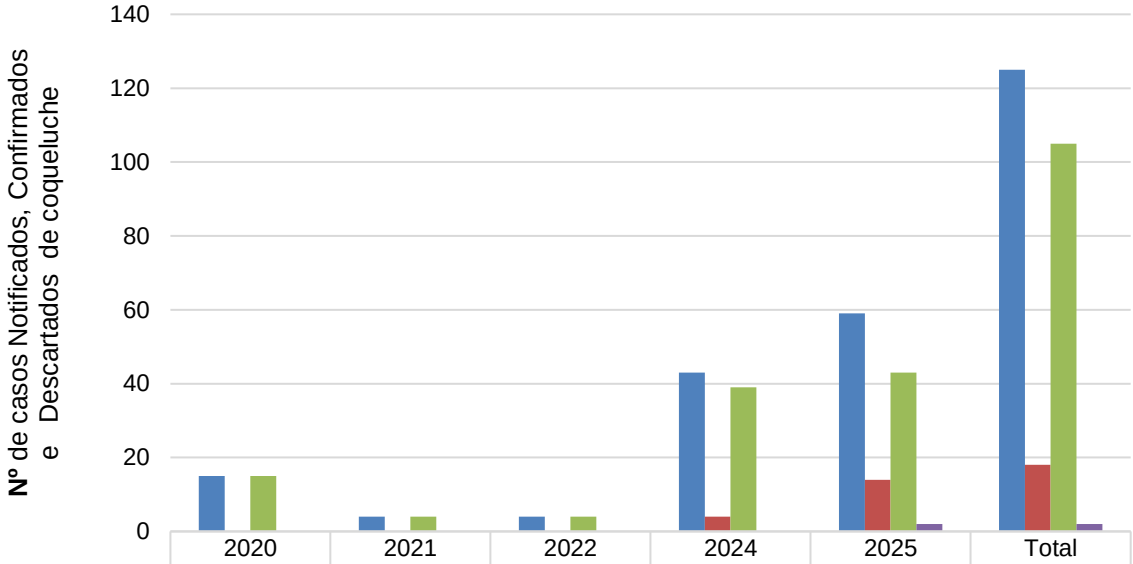
Situação epidemiológica em Roraima

No período de 2020 a 2025, foram notificados 125 casos suspeitos de coqueluche no estado de Roraima. Destes, 18 (14,4%) foram confirmados, 105 (84,0%) descartados e 2 (1,6%) permaneceram com classificação ignorada/em branco, evidenciando que a maior parte das notificações investigadas não atendeu aos critérios para confirmação da doença, conforme (**Gráfico 21)** abaixo.

Nos anos de 2020, 2021 e 2022, foram registrados 23 casos suspeitos, sendo 15 em 2020 e quatro casos em cada um dos anos subsequentes. Todos os casos investigados nesse período foram descartados, não havendo confirmação da

circulação da doença no estado. Em 2023, não houve registro de casos notificados de coqueluche no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Gráfico 21: Casos notificados, confirmados e descartados de coqueluche no estado de Roraima nos anos de 2020 a 2025



	2020	2021	2022	2024	2025	Total
Notificados	15	4	4	43	59	125
Confirmado	0	0	0	4	14	18
Descartado	15	4	4	39	43	105
Ign/Branco	0	0	0	0	2	2

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Em 2024, observou-se aumento expressivo das notificações, com 43 casos suspeitos, dos quais 4 (9,3%) foram confirmados e 39 (90,7%) descartados. Esseresultado demonstra o retorno da ocorrência de casos confirmados após um período sem registros da doença, reforçando a necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica e investigação oportuna.

O maior número de notificações e confirmações ocorreu em 2025, quando foram registrados 59 casos suspeitos, correspondendo a 47,2% de todas as notificações do período analisado. Desses, 14 casos (23,7%) foram confirmados, 43 (72,9%) descartados e 2 (3,4%) permaneceram classificados como ignorados/em branco. O aumento do percentual de confirmação em relação ao ano anterior sugere maior circulação da *Bordetella pertussis* no estado, compatível com o comportamento cíclico da doença observado nacional e internacionalmente.

Comparando-se os anos de 2024 e 2025, observa-se um aumento de 37,2%

nas notificações (de 43 para 59 casos) e de 250% nos casos confirmados (de 4 para 14 casos), indicando intensificação da circulação da doença no estado. Os anos de 2024 e 2025 concentraram todos os casos confirmados registrados na série histórica, evidenciando a reemergência da coqueluche em Roraima após um período sem confirmações.

O aumento observado acompanha a tendência nacional de recrudescimento da coqueluche, atribuída ao comportamento cíclico da doença, à redução gradual da imunidade conferida pela vacinação ou pela infecção prévia e às oscilações das coberturas vacinais.

Distribuição por município de residência

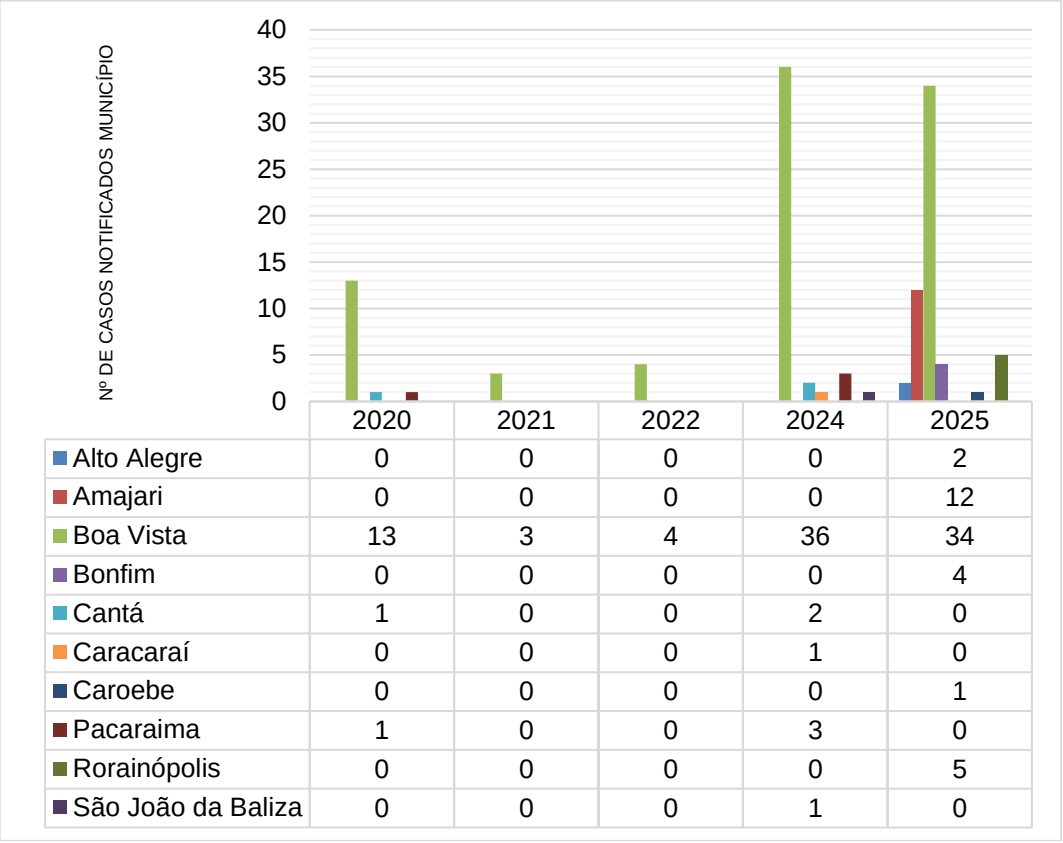
Referente a distribuição de casos notificados por município foram notificados 125 casos suspeitos de coqueluche no estado de Roraima, com registros em nove municípios. A distribuição dos casos demonstra concentração das notificações em Boa Vista, seguida por aumento da participação de outros municípios em 2025, indicando maior abrangência da vigilância epidemiológica no estado, conforme (**Gráfico 22**) abaixo.

Boa Vista concentrou o maior número de notificações, com 90 casos (72,0%) do total estadual, distribuídos em 13 casos em 2020, 3 em 2021, 4 em 2022, 36 em 2024 e 34 em 2025. Embora permaneça como o município com maior número absoluto de notificações, observa-se redução de 5,6% entre 2024 e 2025 (36 para 34 casos), acompanhada da expansão das notificações para outros municípios.

Em 2025, verificou-se maior descentralização das notificações. Amajari apresentou 12 casos (20,3% das notificações do ano), tornando-se o segundo município com maior número de registros. Também apresentaram notificações Rorainópolis (5 casos), Bonfim (4 casos), Alto Alegre (2 casos) e Caroebe (1 caso).

Nos anos anteriores, além de Boa Vista, foram registradas notificações esporádicas em poucos municípios. Em 2020, Cantá e Pacaraima notificaram um caso cada. Em 2024, além de Boa Vista, houve registros em Pacaraima (3 casos), Cantá (2 casos), Caracaraí (1 caso) e São João da Baliza (1 caso).

Gráfico 22: Casos notificados de Coqueluche, segundo ano, por município de residência no estado de Roraima no período de 2020 a 2025



	2020	2021	2022	2024	2025
Alto Alegre	0	0	0	0	2
Amajari	0	0	0	0	12
Boa Vista	13	3	4	36	34
Bonfim	0	0	0	0	4
Cantá	1	0	0	2	0
Caracaraí	0	0	0	1	0
Caroebe	0	0	0	0	1
Pacaraima	1	0	0	3	0
Rorainópolis	0	0	0	0	5
São João da Baliza	0	0	0	1	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

A análise da distribuição espacial evidencia que, embora Boa Vista permaneça como principal município notificante, ocorreu ampliação da ocorrência de casos suspeitos em diferentes regiões do estado em 2025.

A expansão das notificações para municípios anteriormente sem registros demonstra a importância da manutenção de uma vigilância sensível e integrada entre os serviços de saúde, permitindo a identificação precoce de casos e a adoção de medidas oportunas para interrupção da cadeia de transmissão da doença.

Nesse período foram confirmados 17 casos de coqueluche no estado de Roraima. Observou-se aumento expressivo entre os anos analisados, passando de 4 casos confirmados em 2024 para 13 casos em 2025, correspondendo a um incremento de 225%, conforme (**Tabela 16**) abaixo.

Tabela 16: Casos de coqueluche confirmados por ano, segundo Município de Residência no estado de Roraima nos anos de 2020 a 2025.

Município de residência	2024	2025	Total
Alto Alegre	0	2	2
Amajari	0	1	1
Boa Vista	3	7	10
Caracaraí	1	0	1
Caroebe	0	1	1
Rorainópolis	0	2	2
Total	4	13	17

Fonte**:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Em 2024, os casos confirmados foram registrados em apenas dois municípios, sendo Boa Vista, com 3 casos (75,0%), e Caracaraí, com 1 caso (25,0%). Esse cenário demonstrava uma distribuição geográfica restrita dos casos confirmados.

Em 2025, verificou-se ampliação da distribuição espacial da doença, com confirmação de casos em cinco municípios. Boa Vista permaneceu concentrando o maior número de casos confirmados, com 7 registros (53,8%), seguida por Alto Alegre e Rorainópolis, com 2 casos cada (15,4%), enquanto Amajari e Caroebe registraram 1 caso cada (7,7%).

Comparativamente ao ano anterior, destaca-se que Boa Vista apresentou aumento de 3 para 7 casos confirmados, representando crescimento de 133,3%. Além disso, a confirmação de casos em Alto Alegre, Amajari, Caroebe e Rorainópolis, municípios que não haviam registrado confirmações em 2024, evidencia expansão da circulação da doença para outras regiões do estado. Em contrapartida, Caracaraí, que apresentou um caso confirmado em 2024, não registrou confirmações em 2025.

Além dos casos confirmados entre residentes de Roraima, foi registrado 01 caso confirmado de coqueluche em indivíduo residente na Venezuela, caracterizado como caso importado. A ocorrência reforça a importância da vigilância epidemiológica em áreas de fronteira e do monitoramento contínuo da mobilidade populacional para prevenção da disseminação da doença, conforme (**Tabela 17**) abaixo.

Tabela 17: Casos Confirmados de Coqueluche por Ano de Notificação, segundo País de Residência, 2020 a 2025

UF/PAIS Residência	2024	2025	Total
Brasil	4	13	17
Venezuela	0	1	1
Total	4	14	18

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Unidades de saúde notificadoras e internações

Entre 2020 e 2024, não foram registrados pacientes internados por coqueluche. Em 2025, entretanto, observou-se aumento da gravidade dos casos, com 11 internações hospitalares relacionadas à doença.

Tabela 18: Distribuição percentual dos casos confirmados de meningite hospitalizados, segundo unidade de internação e ano de notificação em Roraima, 2020 a 2025

Unidade de saúde internação	2025	%
Casa de saúde indígena Yanomami e Yekwana - CASAI	1	9,1
Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA	8	72,7
Hospital regional sul governador Ottomar de Souza Pinto	2	18,2
Total	11	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

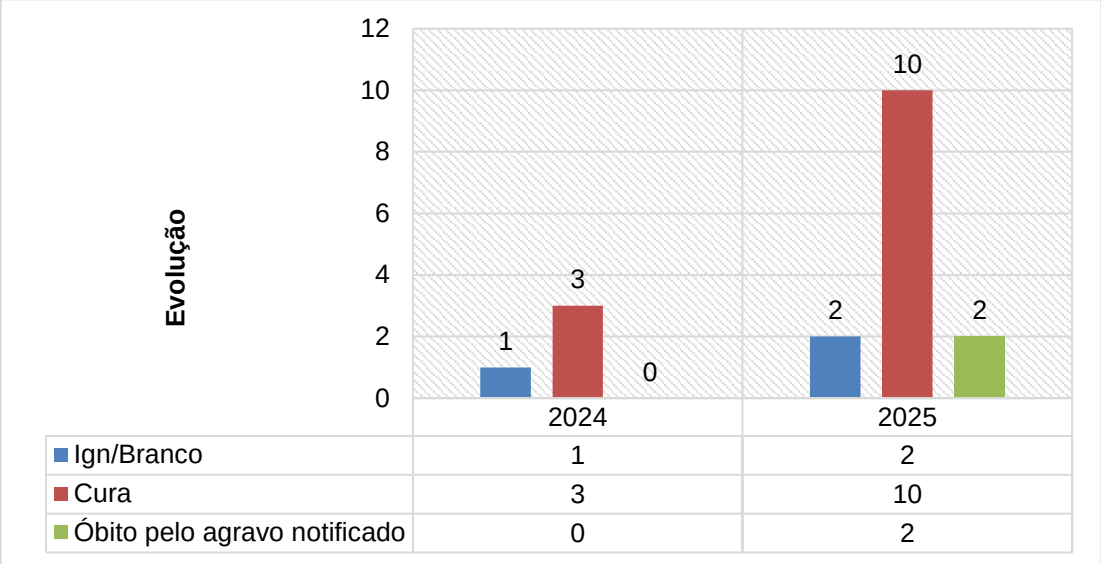
A maior parte das internações ocorreu no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), que concentrou 8 casos (72,7%), evidenciando que os casos graves ocorreram predominantemente em crianças. O Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto registrou 2 internações (18,2%), enquanto a Casa de Saúde Indígena Yanomami e Ye'kwana (CASAI) notificou 1 internação (9,1%), indicando a ocorrência de casos também entre a população indígena.

Esse cenário demonstra que, embora a coqueluche tenha apresentado baixa gravidade nos anos anteriores, 2025 marcou o surgimento de casos que demandaram hospitalização, especialmente em lactentes e populações vulneráveis, que apresentam maior risco de evolução para formas graves da doença.

Quanto a evolução dos casos de coqueluche notificados entre 2024 e 2025 demonstra que a maioria dos pacientes apresentou desfecho favorável, com

predominância de cura. No período, foram registrados 18 casos notificados, dos quais 13 evoluíram para cura (72,2%), evidenciando boa recuperação clínica após o tratamento e acompanhamento adequados, conforme (**Gráfico 23**).

Gráfico 23: Evolução dos casos, segundo Ano de Notificação no estado de Roraima no período de 2020 a 2025



	2024	2025
Ign/Branco	1	2
Cura	3	10
Óbito pelo agravo notificado	0	2

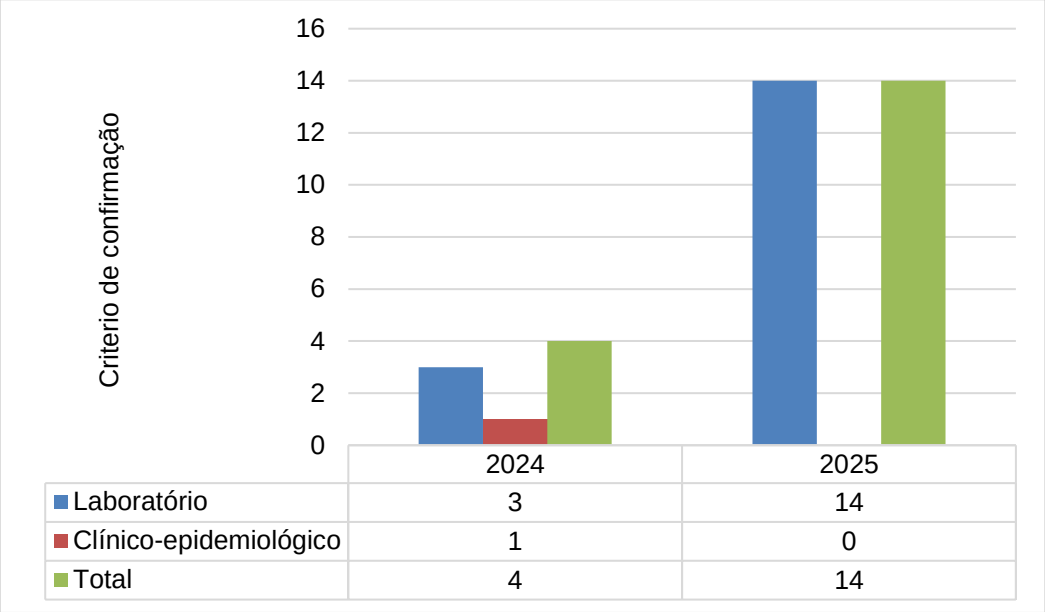
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Entretanto, foram registrados 2 óbitos atribuídos ao agravo (11,1%), ambos ocorridos em 2025, indicando um aumento da gravidade dos casos nesse ano. Esses óbitos reforçam o potencial da coqueluche para causar complicações graves, principalmente em lactentes, indivíduos não vacinados ou com esquema vacinal incompleto, que constituem os grupos de maior risco.

Além disso, 3 casos (16,7%) permaneceram com a evolução registrada como ignorada ou em branco, sendo um em 2024 e dois em 2025. A ausência dessa informação compromete a qualidade dos dados epidemiológicos, dificultando a avaliação precisa da letalidade, da gravidade da doença e da efetividade das ações de vigilância.

Segundo critério de confirmação no período avaliado, foram confirmados 18 casos de coqueluche, dos quais 17 (94,4%) tiveram confirmação por critério laboratorial, demonstrando que o diagnóstico da doença foi realizado predominantemente por meio de exames laboratoriais, conferindo maior precisão e confiabilidade à classificação dos casos, conforme (**Gráfico 24**), abaixo.

Gráfico 24: Casos notificados de Coqueluche, segundo critério de confirmação, no estado de Roraima no período de 2020 a 2025



	2024	2025
Laboratório	3	14
Clínico-epidemiológico	1	0
Total	4	14

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Em 2024, dos 4 casos confirmados, 3 (75,0%) foram confirmados pelo critério laboratorial e 1 (25,0%) pelo critério clínico-epidemiológico. A confirmação clínico-epidemiológica indica que, mesmo na ausência de confirmação laboratorial, houve vínculo epidemiológico compatível com caso confirmado, associado ao quadro clínico característico da doença.

Em 2025, todos os 14 casos confirmados (100,0%) foram classificados por critério laboratorial, não havendo confirmações pelo critério clínico-epidemiológico. Esse resultado evidencia o fortalecimento da capacidade diagnóstica da vigilância epidemiológica e da rede laboratorial, permitindo maior segurança na confirmação dos casos.

Para o diagnóstico a confirmação dos casos de coqueluche foi baseada principalmente na coleta de secreção de nasofaringe, procedimento considerado essencial para o diagnóstico laboratorial da doença. Foram realizadas 17 coletas de nasofaringe, sendo 3 em 2024 e 14 em 2025, acompanhando o aumento do número de casos confirmados nesse último ano, conforme (**Tabela 19**).

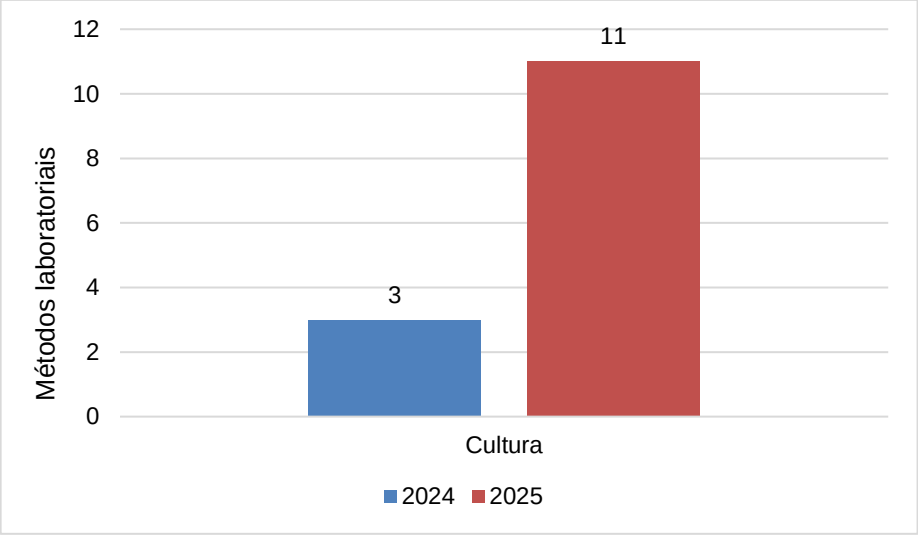
Tabela 19: Frequência de coletas de nasofaringe realizadas para investigação de coqueluche, segundo ano de notificação, Roraima, 2020 a 2025.

Coleta Nasofaringe	2024	2025	Total
Sim	3	14	17

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Entre as amostras coletadas, a cultura para *Bordetella pertussis* foi realizada em 14 casos, correspondendo a 3 exames em 2024 e 11 em 2025. A cultura é considerada o método de referência (padrão ouro) para confirmação da coqueluche, pois permite o isolamento da bactéria e contribui para a vigilância epidemiológica, embora sua sensibilidade dependa da coleta adequada da amostra e da realização do exame nos primeiros dias de sintomas, conforme (**Gráfico 25**).

Gráfico 25: Exames realizados para confirmação laboratorial da coqueluche segundo ano de notificação em Roraima, 2024 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Observa-se que, em 2025, houve aumento expressivo tanto da coleta de amostras quanto da realização da cultura, refletindo o fortalecimento das ações de vigilância e da capacidade diagnóstica da rede de saúde frente ao aumento da ocorrência da doença. A diferença entre o número de coletas de nasofaringe (14) e de culturas realizadas (11) sugere que parte das amostras pode ter sido destinada a outros métodos laboratoriais, como a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), ou que algumas amostras não atenderam aos critérios para processamento pela cultura.

A análise dos resultados da cultura para *Bordetella pertussis* demonstra que esse exame foi amplamente utilizado na investigação laboratorial dos casos de coqueluche entre 2024 e 2025, contribuindo para a confirmação e o descarte dos casos suspeitos.

Para o critério de descarte, foram investigados 18 casos, dos quais 14 (77,8%) apresentaram resultado positivo para cultura, sendo 3 casos em 2024 e 11 em 2025. Esse elevado percentual de positividade reflete a coleta oportuna das amostras e a eficiência da investigação laboratorial na confirmação da doença, conforme (**Tabela 20**), abaixo.

Tabela 20: Critério de descarte laboratorial por cultura no estado de Roraima nos anos de 2024 e 2025.

Cultura	Resultado
Igm/Branco	1
Positivo	14
Negativo	1
Não realizado	2
Total	18

Fonte**:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Em relação ao critério laboratorial de descarte, foi registrado apenas um caso (5,6%) com resultado negativo para cultura, ocorrido em 2025. O resultado negativo indica ausência de isolamento da *Bordetella pertussis* na amostra analisada e constitui um importante critério laboratorial para o descarte da suspeita de coqueluche, desde que associado à avaliação clínica e epidemiológica do caso.

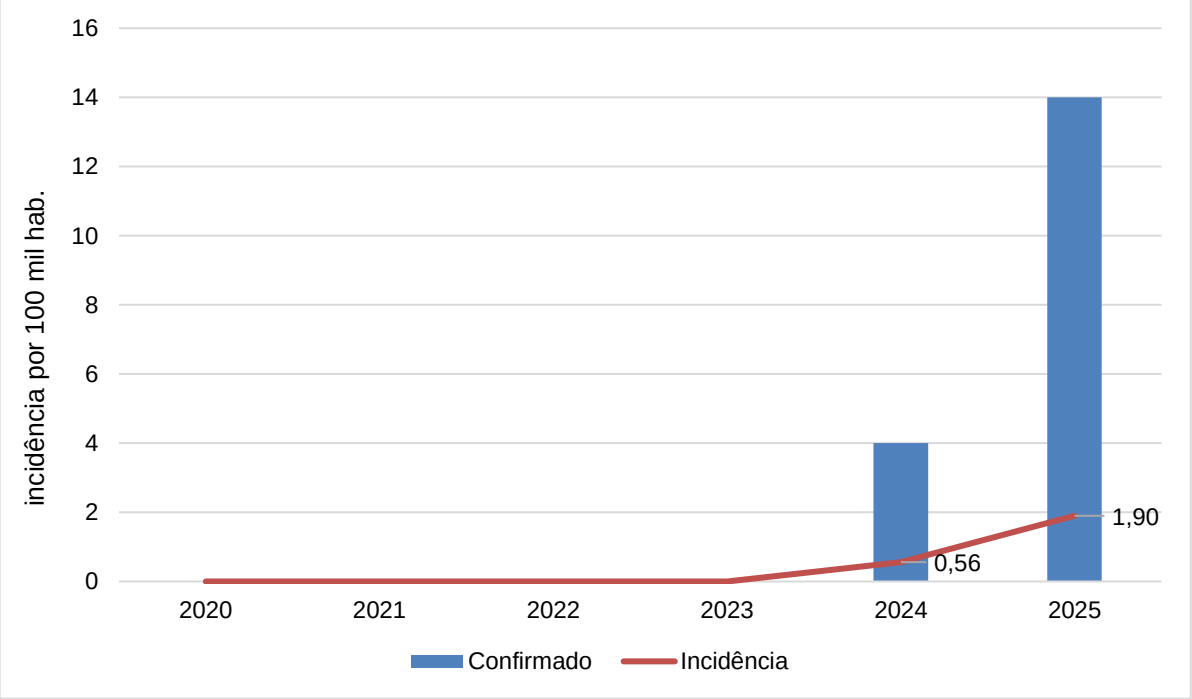
Observa-se ainda que dois casos (11,1%) não realizaram o exame de cultura, ambos em 2025, e um caso (5,6%) permaneceu com a informação registrada como ignorada/em branco, em 2024. Essas situações podem comprometer a avaliação da qualidade da investigação laboratorial e reforçam a necessidade de qualificar o preenchimento das fichas de investigação e garantir a realização dos exames indicados.

Coeficiente de incidência

O coeficiente de incidência da coqueluche em Roraima apresentou comportamento compatível com a ocorrência de casos confirmados no período analisado. Entre 2020 e 2023, não foram registrados casos confirmados da doença, resultando em coeficiente de incidência igual a zero em todos os anos, apesar do crescimento progressivo da população residente, estimada em 640.975 habitantes em 2020 e 695.270 habitantes em 2023, conforme (**Gráfico 26**) abaixo.

Em 2024, com a confirmação de quatro casos, o coeficiente de incidência passou para 0,56 caso por 100.000 habitantes. Esse resultado marcou a reintrodução da circulação da coqueluche no estado após quatro anos sem registros de casos confirmados.

Gráfico 26: Coeficiente de incidência de casos confirmados de coqueluche (por 100.000 habitantes), Roraima, 2020 a 2025



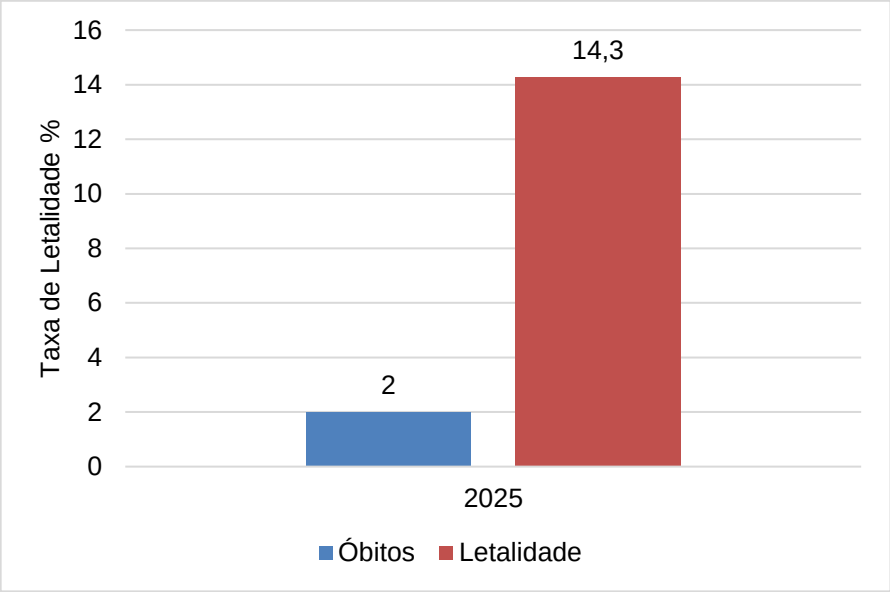
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

No ano de 2025, foram confirmados 14 casos, elevando o coeficiente de incidência para 1,90 casos por 100.000 habitantes. Em relação ao ano anterior, observou-se um aumento de aproximadamente 239% no coeficiente de incidência (de 0,56 para 1,90 caso por 100.000 habitantes), refletindo o crescimento do número de casos confirmados e indicando maior circulação da *Bordetella pertussis* no estado.

Taxa de letalidade

Em relação a taxa de letalidade, em 2025 foram registrados 14 casos confirmados de coqueluche, dos quais 2 evoluíram para óbito, resultando em uma taxa de letalidade de 14,3%. Esse indicador representa a proporção de óbitos entre os casos confirmados da doença e evidencia a gravidade da coqueluche quando acomete indivíduos mais vulneráveis, conforme o (**Gráfico 27**).

Gráfico 27: Taxa de letalidade da Coqueluche, segundo ano, no estado de Roraima no período de 2025



Fonte**:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

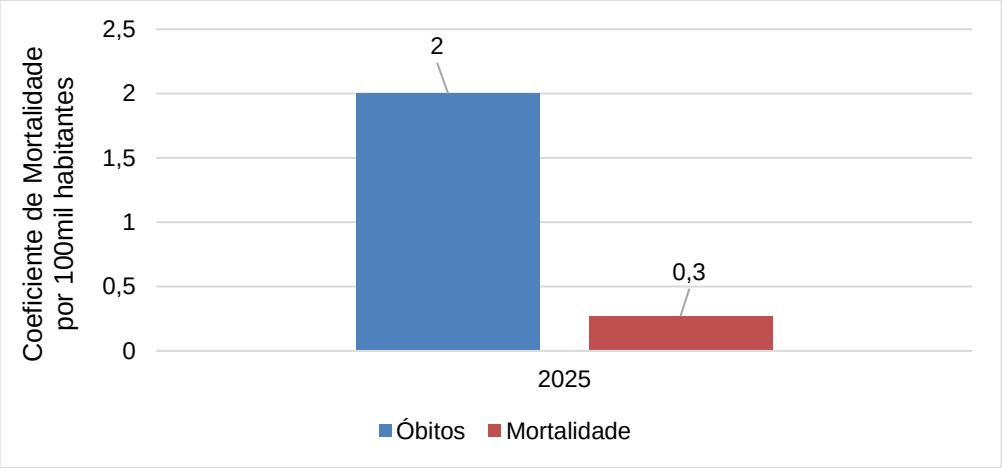
Coeficiente de mortalidade

Dentre os anos analisados, somente no ano de 2025, o estado de Roraima registrou 2 óbitos por coqueluche, correspondendo a um coeficiente de mortalidade de 0,3 óbito por 100.000 habitantes. Embora o número absoluto de óbitos tenha sido baixo, a ocorrência de mortes por uma doença imunoprevenível evidencia a necessidade de manutenção e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico oportuno, tratamento adequado e, principalmente, das estratégias de vacinação.

O coeficiente observado indica que, para cada 100.000 habitantes residentes no estado, aproximadamente 0,3 óbito foi atribuído à coqueluche em 2025. A interpretação desse indicador deve considerar o pequeno número absoluto de

eventos, uma vez que variações de poucos óbitos podem produzir mudanças expressivas no coeficiente em populações menores.

Gráfico 28: Coeficiente de mortalidade por coqueluche (por 100.000 habitantes), Roraima, 2025

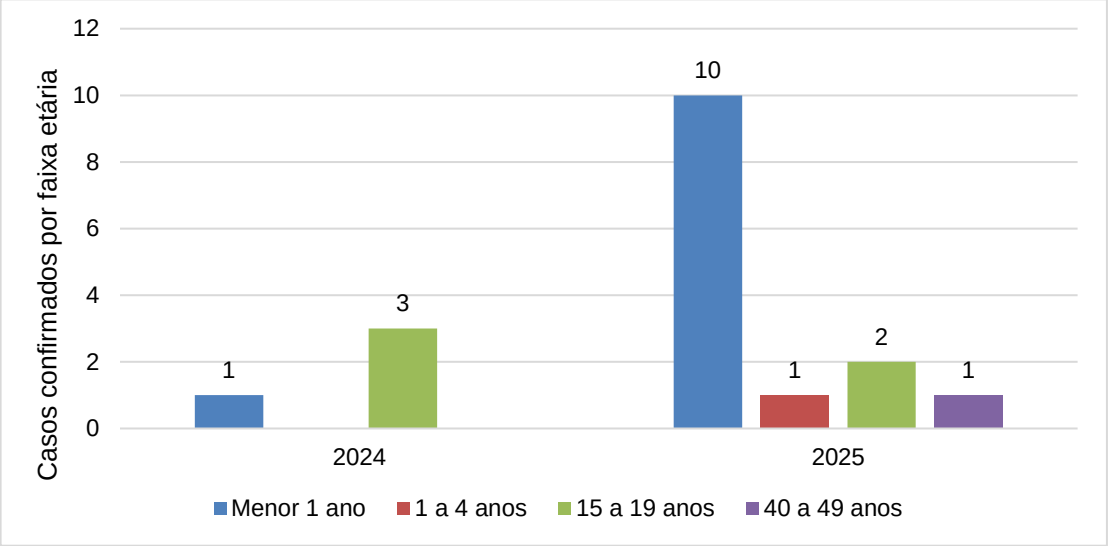


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Distribuição por faixa etária

A análise da distribuição por faixa etária evidencia maior ocorrência da doença em crianças menores de um ano de idade, que concentraram 11 casos (61,1%) do total de confirmações, demonstrando que esse permanece como o grupo de maior vulnerabilidade para infecção e desenvolvimento de formas graves da doença, conforme (**Gráfico 29)**.

Gráfico 29: Casos confirmados de coqueluche por faixa etária, segundo classificação final de 2020 a 2025, no estado de Roraima



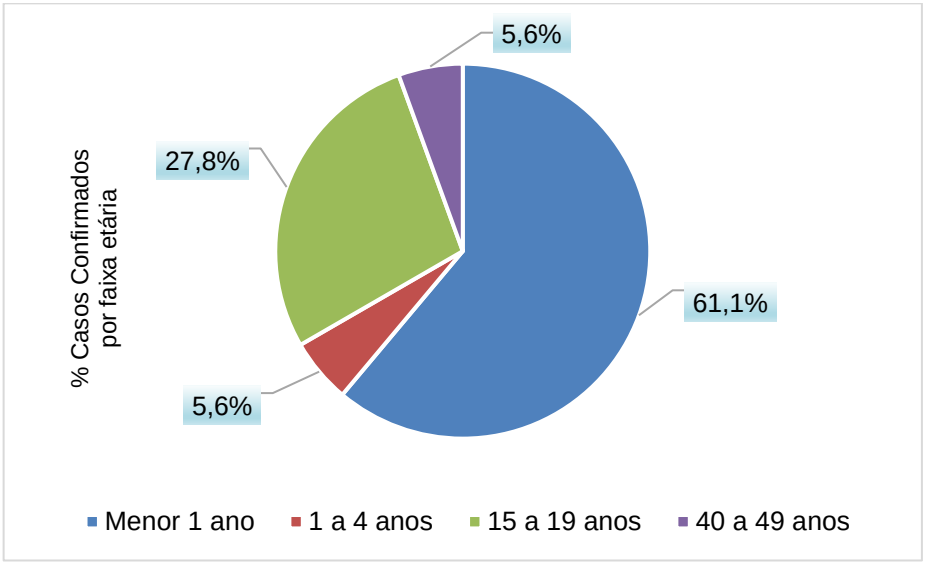
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Em 2024, dos quatro casos confirmados, 3 (75,0%) ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos e 1 (25,0%) em menores de um ano. Já em 2025, observou-se mudança no perfil epidemiológico, com predominância expressiva de casos em menores de um ano, totalizando 10 dos 14 casos confirmados (71,4%). Também foram confirmados dois casos (14,3%) na faixa etária de 15 a 19 anos, um caso (7,1%) entre 1 e 4 anos e um caso (7,1%) entre 40 e 49 anos.

Considerando todo o período analisado, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou cinco casos (27,8%), constituindo o segundo grupo com maior número de confirmações. As faixas de 1 a 4 anos e 40 a 49 anos registraram um caso cada (5,6%).

A distribuição percentual dos 18 casos confirmados de coqueluche demonstra concentração expressiva da doença em crianças menores de um ano de idade, que representaram 61,1% (11 casos) do total de confirmações. Esse resultado evidencia que os lactentes constituem o principal grupo de risco para a infecção, apresentando maior vulnerabilidade às formas graves da doença e às complicações associadas, conforme (**Gráfico 30**).

Gráfico 30: Distribuição percentual (%) dos casos confirmados de coqueluche, segundo faixa etária, Roraima, 2020 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

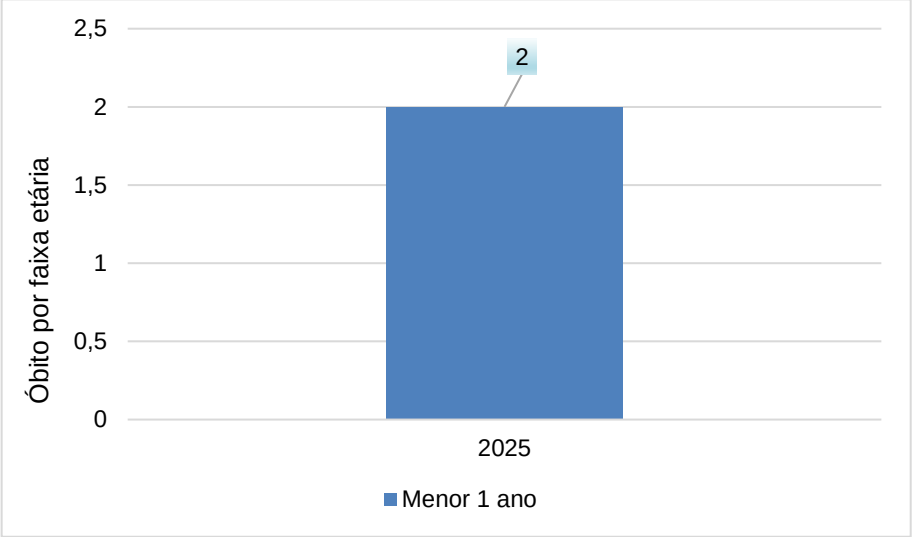
A faixa etária de 15 a 19 anos correspondeu ao segundo grupo mais acometido, com 27,8% (5 casos) das confirmações. Embora represente menor risco de evolução para formas graves quando comparada aos menores de um ano, a ocorrência de casos nesse grupo etário reforça a possibilidade de circulação da *Bordetella pertussis* entre adolescentes, que podem atuar como fonte de infecção para crianças ainda não completamente imunizadas.

As faixas etárias de 1 a 4 anos e 40 a 49 anos apresentaram, cada uma, 5,6% (1 caso) dos casos confirmados, indicando ocorrência pontual nesses grupos durante o período analisado.

A predominância de casos em menores de um ano reflete o perfil epidemiológico da coqueluche, com maior ocorrência e gravidade da doença em lactentes que ainda não completaram o esquema vacinal primário.

Em 2025, Roraima registrou 2 óbitos por coqueluche, ambos em menores de 1 ano, correspondendo a 100% dos óbitos. Esse resultado evidencia a maior vulnerabilidade dos lactentes às formas graves da doença e reforça a necessidade de fortalecer a vacinação das gestantes, a proteção dos recém-nascidos, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, conforme (**Gráfico 31**).

Gráfico 31: Distribuição dos óbitos por coqueluche segundo faixa etária, Roraima, 2025

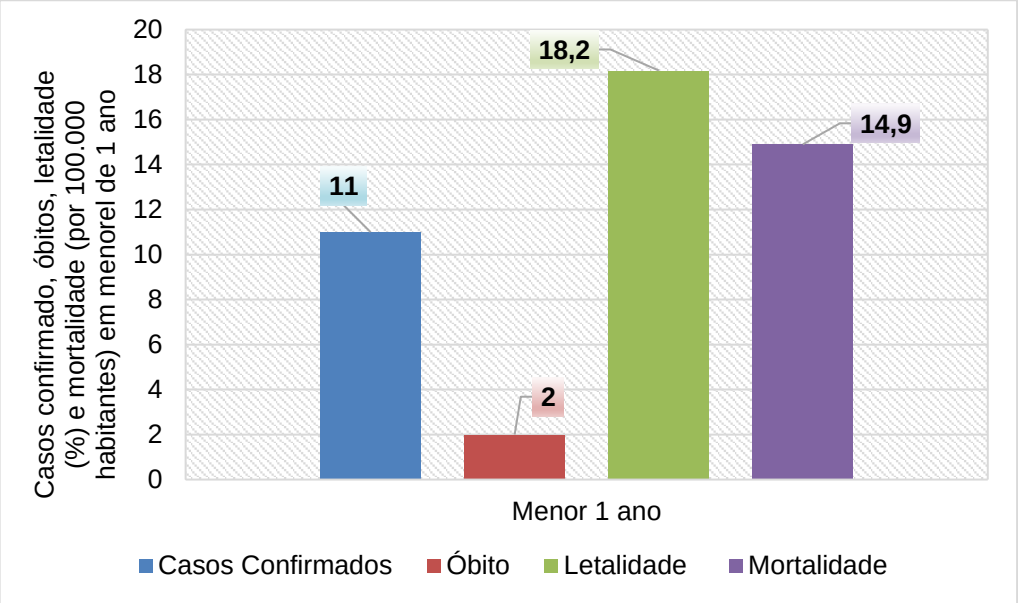


Fonte**:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

A investigação dos óbitos deve considerar a situação vacinal, vacinação materna, contatos, evolução clínica e acesso aos serviços de saúde, contribuindo para identificar oportunidades de prevenção e aprimorar as ações de vigilância e assistência.

A análise conjunta dos casos confirmados, óbitos, letalidade e mortalidade por faixa etária evidencia maior impacto da coqueluche entre crianças menores de 1 ano. Nessa faixa etária foram registrados 11 casos confirmados e 2 óbitos, correspondendo a uma letalidade de 18,2% e a um coeficiente de mortalidade de 14,9 óbitos por 100.000 habitantes. A elevada letalidade observada demonstra a maior gravidade da doença entre os lactentes, reforçando a necessidade de diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acompanhamento adequado dos casos, conforme (**Gráfico 32)**.

Gráfico 32: Distribuição dos casos confirmados, óbitos, letalidade e coeficiente de mortalidade por coqueluche segundo faixa etária, Roraima, 2025



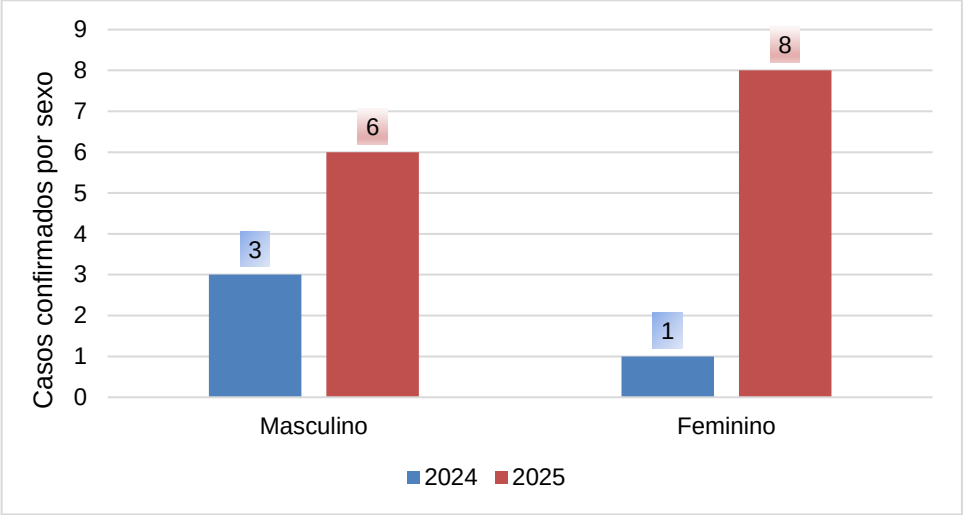
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

A ocorrência de óbitos nesse grupo também reforça a importância das medidas de prevenção, especialmente da vacinação durante a gestação, visando à proteção dos recém-nascidos nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade. Dessa forma, os indicadores analisados apontam os menores de 1 ano como grupo prioritário para as ações de vigilância, prevenção e controle da coqueluche em Roraima.

Distribuição por Sexo e raça/cor

A distribuição dos casos confirmados de coqueluche segundo sexo apresentou mudança no perfil entre 2024 e 2025. Em 2024, foram registrados 4 casos, sendo 3 (75,0%) no sexo masculino e 1 (25,0%) no sexo feminino, evidenciando predominância masculina naquele ano.

Gráfico 33: Distribuição dos casos confirmados de coqueluche, segundo classificação final e sexo, Estado de Roraima, 2024 e 2025.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/NCMD/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2025, sujeitos à alteração.

Em 2025, observou-se aumento expressivo no número de casos, passando para 14 casos confirmados, dos quais 6 (42,9%) eram do sexo masculino e 8 (57,1%) do sexo feminino. Dessa forma, houve predominância do sexo feminino em 2025, diferentemente do observado no ano anterior.

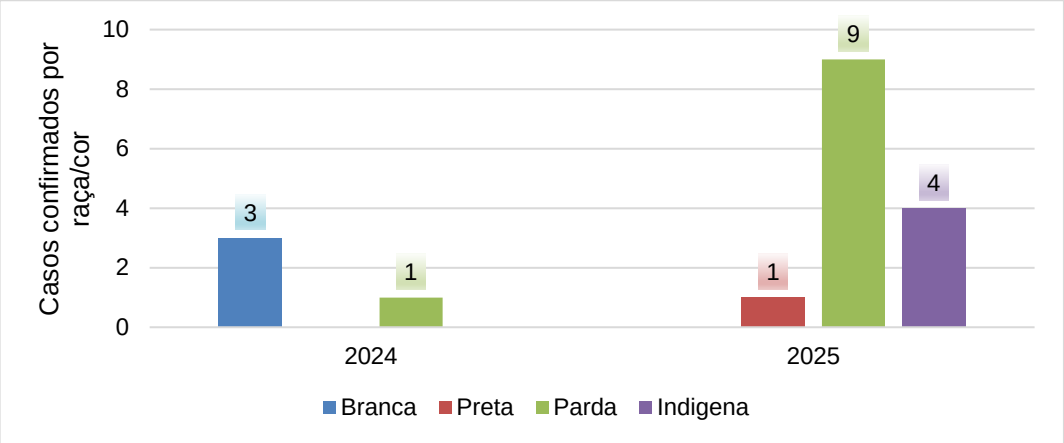
Considerando conjuntamente os dois anos, foram registrados 18 casos confirmados, com 9 casos no sexo masculino (50,0%) e 9 no sexo feminino (50,0%), demonstrando distribuição equivalente entre os sexos no período analisado.

Referente ao período analisado, em 2024, foram identificados 4 casos, sendo 3 (75,0%) classificados como raça/cor branca e 1 (25,0%) como parda, conforme (**Gráfico 34**) acima.

Em 2025, observou-se aumento expressivo, com 14 casos confirmados. A maior frequência foi entre indivíduos de raça/cor parda, com 9 casos (64,3%), seguida da indígena, com 4 casos (28,6%), e preta, com 1 caso (7,1%). Não foram registrados casos classificados como brancos nesse ano.

De forma geral, houve mudança importante no perfil de raça/cor entre os dois anos, com redução proporcional dos casos entre pessoas brancas e aumento da participação de pessoas pardas e indígenas em 2025. A raça/cor parda concentrou 9 dos 18 casos do período (50,0%), constituindo a categoria com maior frequência no conjunto dos anos, seguida da branca, com 3 casos (16,7%), indígena, com 4 casos (22,2%), e preta, com 1 caso (5,6%).

Gráfico 34: Distribuição dos casos confirmados de coqueluche, segundo classificação final e raça/cor, Estado de Roraima, 2024 e 2025



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR). Dados de 07/08/2026, sujeitos à alteração

Análise da cobertura vacinal de Difteria e Coqueluche

Imunobiológico DTP

A cobertura vacinal da DTP no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025, apresenta importante indicador para avaliação da proteção da população infantil contra a difteria e a coqueluche. A análise da cobertura por município permite identificar desigualdades na vacinação e localidades que não alcançaram a meta preconizada de 95%, indicando a existência de bolsões de indivíduos suscetíveis, conforme representado na (**Tabela 21**) abaixo:

Tabela 21: Cobertura Vacinal com o Imunobiológico DTP no estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2020 a 2025.

Município	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Roraima	77,12	52,09	60,63	63,95	90,06	86,84
Amajari	19,72	18,83	25,57	39,58	76,96	73,79
Alto alegre	51,33	25,04	26,73	38,61	70,42	54,30
Boa vista	90,27	58,85	64,76	61,93	79,61	72,09
Bonfim	39,52	32,34	45,47	61,76	67,67	86,84
Canta	60,80	41,82	52,82	58,82	65,15	79,67
Caracaraí	61,43	46,29	51,97	68,14	80,05	82,55
Caroebe	84,15	81,86	117,49	94,81	105,46	94,76
Iracema	88,96	44,32	56,38	59,04	79,87	73,94
Mucajai	80,91	66,94	72,70	67,89	99,70	86,99
Normandia	23,13	23,11	27,08	22,31	33,21	71,70
Pacaraima	58,16	35,97	116,54	194,33	474,80	396,39
Rorainópolis	94,85	81,83	78,09	81,95	80,77	69,70
São João da baliza	126,23	94,66	115,08	94,53	103,17	94,33
São Luíz	61,32	87,85	88,68	85,71	81,13	83,33
Uiramutã	28,99	13,47	18,74	15,92	33,17	62,36

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

A cobertura vacinal com DTP em Roraima permaneceu abaixo da meta de 95% durante todo o período de 2020 a 2025. Em 2020, o Estado apresentou cobertura de 77,12%, reduzindo-se de forma expressiva para 52,09% em 2021, menor valor observado na série analisada, conforme (**Tabela 22**) abaixo.

Tabela 22: Cobertura vacinal (%) do Imunobiológico DTP, estado de Roraima, 2020 a 2025.

Ano	Cobertura (%)	Variação em relação ao ano anterior	Situação em relação à meta
2020	72,12	-	Abaixo da meta
2021	52,09	↓ 20,63 p.p.	Abaixo da meta
2022	60,63	↑ 8,54 p.p.	Abaixo da meta
2023	63,95	↑ 3,32 p.p.	Abaixo da meta
2024	90,06	↑ 26,11 p.p.	Abaixo da meta
2025	86,84	↓ 3,22 p.p.	Abaixo da meta

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

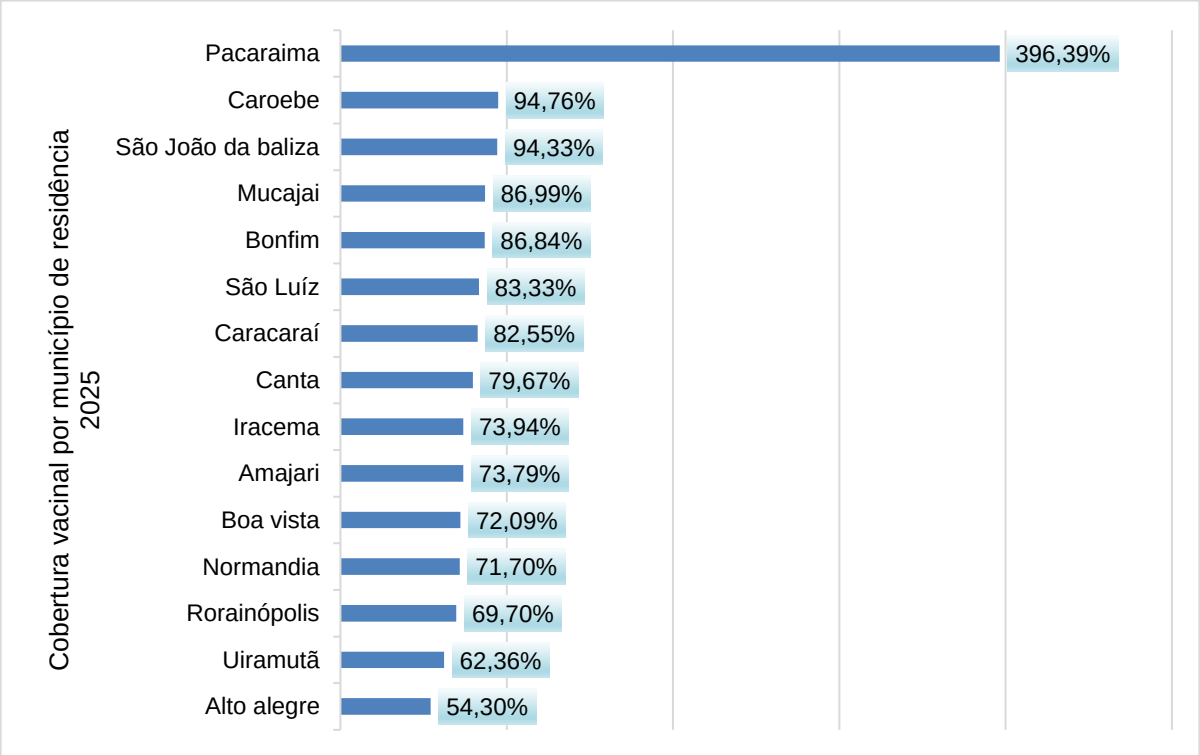
A partir de 2022, observa-se uma recuperação gradual, com cobertura de 60,63% em 2022 e 63,95% em 2023. O avanço mais expressivo ocorreu em 2024, quando a cobertura alcançou 90,06%, aproximando-se da meta de 95%.

Em 2025, entretanto, houve uma redução para 86,84%, correspondendo a uma queda de 3,22 pontos percentuais em relação a 2024. Apesar da redução, a cobertura de 2025 permaneceu 9,72 pontos percentuais acima daquela registrada em 2020, demonstrando recuperação parcial ao longo do período, mas ainda insuficiente para alcançar a meta recomendada.

A análise da cobertura vacinal do imunobiológico DTP (difteria, tétano e coqueluche), segundo município de residência, evidencia importantes diferenças entre os municípios de Roraima em 2025, conforme (**Gráfico 35**).

A cobertura vacinal da DTP apresentou importante heterogeneidade entre os municípios de Roraima. Considerando a meta de 95% estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações, nenhum dos municípios apresentou cobertura igual ou superior à meta.

Gráfico 35: Cobertura vacinal do Imunobiológico DTP, segundo município de residência, Estado de Roraima, 2025



Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Dos 15 municípios de Roraima, apenas Caroebe apresentou cobertura próxima à meta, com 94,76%, permanecendo 0,24 ponto percentual abaixo do parâmetro de 95%. São João da Baliza apresentou 94,33%, enquanto Mucajaí (86,99%), Bonfim (86,84%), São Luiz (83,33%) e Caracaraí (82,55%) também apresentaram coberturas relativamente elevadas, porém abaixo da meta.

A maior parte dos municípios apresentou coberturas inferiores a 90%. Sete municípios ficaram abaixo de 80%, sendo eles: Alto Alegre (54,30%), Uiramutã (62,36%), Rorainópolis (69,70%), Normandia (71,70%), Boa Vista (72,09%), Amajari (73,79%), Iracema (73,94%) e Cantá (79,67%). Esse cenário demonstra baixa homogeneidade da cobertura vacinal no estado, indicando que o desempenho da vacinação não ocorre de forma uniforme entre os territórios.

Os municípios com menor cobertura são Alto Alegre apresentou a menor cobertura registrada, com 54,30%, representando uma diferença de 40,70 pontos percentuais em relação à meta de 95%, Uiramutã também apresentou cobertura reduzida, com 62,36%, seguido de Rorainópolis, com 69,70%.

Já o município de Boa Vista apresentou cobertura de 72,09%, resultado inferior à meta de 95%, com uma diferença de 22,91 pontos percentuais. Considerando que Boa Vista concentra parcela importante da população do estado, esse resultado merece atenção especial para o planejamento das ações de imunização e recuperação das coberturas.

Destaca-se, entretanto, o resultado observado no município de Pacaraima, que apresentou cobertura vacinal de 396,39%, percentual expressivamente superior ao parâmetro de 100%. Esse resultado deve ser interpretado considerando as características demográficas e territoriais do município, especialmente o intenso fluxo migratório de pessoas provenientes da Venezuela, em decorrência da sua localização estratégica na fronteira internacional e por constituir uma das principais portas de entrada terrestre no Brasil.

homogeneidade da cobertura vacinal DTP

A análise da homogeneidade da cobertura vacinal da DTP demonstra que o estado de Roraima apresentou, durante todo o período de 2020 a 2025, baixa homogeneidade entre os municípios, considerando como parâmetro a proporção de municípios que alcançaram cobertura vacinal igual ou superior a 95%.

Tabela 23: Homogeneidade das coberturas vacinais do Imunobiológico DTP, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025.

Ano	Nº de municípios ≥95%	Total de municípios avaliados	Homogeneidade (%)	Situação
2020	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2021	0	15	0,00	Baixa homogeneidade
2022	3	15	20,00	Baixa homogeneidade
2023	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2024	4	15	26,67	Baixa homogeneidade
2025	1	15	6,67	Baixa homogeneidade

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Em 2020, apenas 1 dos 15 municípios (6,67%) atingiu cobertura ≥95%. Em 2021, nenhum município alcançou esse parâmetro, resultando em 0% de homogeneidade, representando o pior resultado da série histórica. Em 2022, observou-se uma melhora, com 3 municípios (20,00%) atingindo a meta. Entretanto, essa evolução não foi sustentada, uma vez que, em 2023, o indicador voltou para 6,67%.

O melhor desempenho do período ocorreu em 2024, quando 4 dos 15 municípios (26,67%) alcançaram cobertura ≥95%. Apesar de representar o maior percentual da série, o resultado ainda evidencia que a grande maioria dos municípios permaneceu abaixo da meta.

Em 2025, houve uma redução expressiva da homogeneidade, passando de 26,67% em 2024 para 6,67%, uma queda de 20,0 pontos percentuais. Dessa forma, apenas 1 dos 15 municípios avaliados alcançou cobertura igual ou superior a 95%, indicando perda da capacidade de manter coberturas elevadas de forma uniforme no território estadual.

O principal achado é que Roraima não conseguiu manter, em nenhum dos seis anos analisados, uma proporção satisfatória de municípios com cobertura DTP ≥95%, caracterizando um cenário persistente de baixa homogeneidade e necessidade de fortalecimento das estratégias de imunização nos territórios com menor desempenho.

Imunobiológico dTpa

A análise da cobertura vacinal da dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) em gestantes evidencia uma evolução importante no período de 2020 a 2025, porém com cobertura ainda insuficiente e marcada por grande desigualdade entre os municípios.

A vacinação com dTpa é particularmente importante na gestação porque possibilita a transferência transplacentária de anticorpos para o feto, contribuindo para proteger o recém-nascido nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade à coqueluche. Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda uma dose de dTpa a cada gestação, a partir da 20ª semana.

Considerando a meta de 95%, utilizada para avaliação da cobertura vacinal da dTpa em gestantes, os resultados de Roraima permanecem abaixo do nível desejado durante todo o período analisado, conforme (**Tabela 24**).

Tabela 24: Cobertura Vacinal com o Imunobiológico dTpa no estado de Roraima segundo município de residência no ano de 2020 a 2025

Município	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Roraima	23,71	14,72	21,82	73,14	69,22	61,04
Amajari	10,70	7,62	16,46	23,58	56,97	56,74
Alto alegre	25,67	16,17	18,18	25,19	48,96	55,67
Boa vista	20,93	10,44	11,47	78,85	63,09	42,16
Bonfim	30,24	23,83	38,79	57,02	62,63	67,93
Canta	16,48	16,62	15,01	51,54	51,07	60,16
Caracaraí	35,38	18,43	31,09	66,20	83,72	62,21
Caroebe	15,30	5,88	69,40	95,05	102,30	83,91
Iracema	21,43	5,95	10,07	30,91	49,65	60,84
Mucajai	47,90	49,19	61,13	69,68	82,57	64,83
Normandia	14,46	11,86	24,91	24,36	34,42	62,31
Pacaraima	63,68	48,20	135,43	242,63	274,36	333,26
Rorainópolis	26,82	30,34	22,24	54,79	70,67	50,82
São João da baliza	60,66	41,98	43,65	58,43	82,61	78,26
São Luíz	34,91	11,21	48,11	61,33	64,89	88,30
Uiramutã	10,56	6,66	13,27	29,07	29,10	59,97

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

A cobertura vacinal da dTpa em gestantes no Estado de Roraima apresentou comportamento oscilante entre 2020 e 2025, permanecendo abaixo da meta de 95%

em todos os anos, conforme (**Tabela 25**).

Tabela 25: Cobertura vacinal (%) do Imunobiológico dTpa, estado de Roraima, 2020 a 2025

Ano	Cobertura de Roraima	Variação em relação ao ano anterior	Situação em relação à meta
2020	23,71%	—	Abaixo da meta
2021	14,72%	↓ 8,99 p.p.	Abaixo da meta
2022	21,82%	↑ 7,10 p.p.	Abaixo da meta
2023	73,14%	↑ 51,32 p.p.	Abaixo da meta
2024	69,22%	↓ 3,92 p.p.	Abaixo da meta
2025	61,04%	↓ 8,18 p.p.	Abaixo da meta

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Em 2020, a cobertura foi de 23,71%, reduzindo-se para 14,72% em 2021, menor percentual observado na série. Em 2022, houve recuperação para 21,82%, seguida de expressivo aumento em 2023, quando a cobertura alcançou 73,14%, representando acréscimo de 51,32 pontos percentuais em relação ao ano anterior.

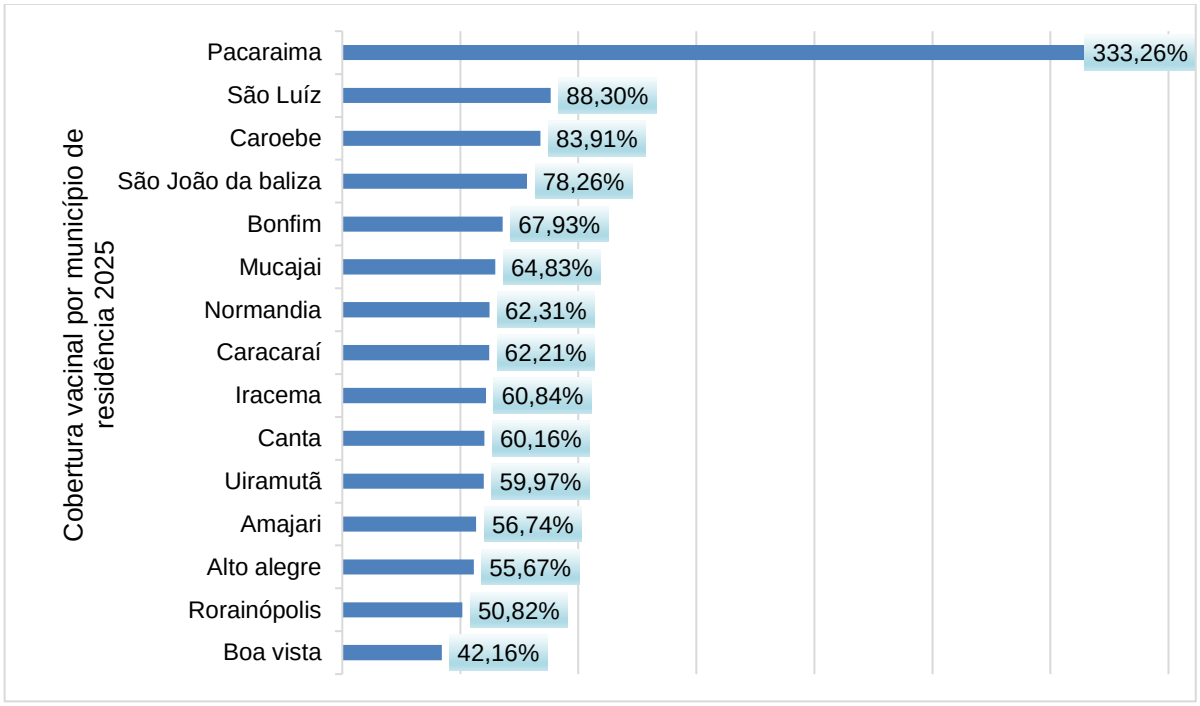
Entretanto, essa melhora não se manteve nos anos subsequentes. Em 2024, a cobertura reduziu-se para 69,22%, com queda de 3,92 pontos percentuais, e em 2025 apresentou nova redução, alcançando 61,04%, 8,18 pontos percentuais abaixo do resultado de 2024. Dessa forma, observa-se uma redução acumulada de 12,10 pontos percentuais entre 2023 e 2025. Apesar de a cobertura de 2025 permanecer superior à registrada em 2020, o resultado evidencia dificuldade na manutenção dos níveis alcançados em 2023 e a necessidade de intensificar as estratégias de vacinação durante o pré-natal, busca ativa de gestantes não vacinadas, monitoramento das oportunidades de vacinação e integração entre os serviços de atenção à gestante e as salas de vacinação.

A análise da cobertura vacinal do imunobiológico dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) em gestantes, segundo município de residência, demonstra importante heterogeneidade entre os municípios de Roraima em 2025. A cobertura estadual foi de 61,04%, permanecendo abaixo da meta de 95%, conforme (**Gráfico 36**) abaixo.

Entre os 15 municípios analisados, observa-se que a maioria apresentou

cobertura inferior a 80%, evidenciando a necessidade de ampliar e qualificar as estratégias de vacinação durante o pré-natal.

Gráfico 36: Cobertura vacinal do Imunobiológico dTpa, segundo município de residência, Estado de Roraima, 2025



Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Em 2025, São Luiz apresentou a maior cobertura entre os municípios com valores dentro de uma faixa plausível, alcançando 88,30%, seguido por Caroebe (83,91%) e São João da Baliza (78,26%). Apesar do melhor desempenho, esses municípios ainda não atingiram a meta de 95%.

Na faixa intermediária, destacaram-se Bonfim (67,93%), Mucajaí (64,83%), Normandia (62,31%), Caracaraí (62,21%), Iracema (60,84%), Canta (60,16%) e Uiramutã (59,97%).

Os menores resultados foram observados em Boa Vista (42,16%), Rorainópolis (50,82%), Alto Alegre (55,67%) e Amajari (56,74%). Boa Vista apresentou a menor cobertura, ficando 52,84 pontos percentuais abaixo da meta de 95%.

Dos 15 municípios analisados, 12 (80,0%) apresentaram coberturas inferiores a 80%, demonstrando a existência de importante concentração de municípios com baixa cobertura vacinal. Nenhum município apresentou cobertura entre 95% e 100%,

considerando os valores epidemiologicamente plausíveis.

Destaca-se o município de Pacaraima, que apresentou cobertura vacinal de dTpa de 333,26% em 2025, valor excepcionalmente superior a 100%. Esse resultado pode estar relacionado, entre outros fatores, à intensa mobilidade populacional e ao fluxo migratório proveniente da Venezuela, que caracteriza o município como importante área de entrada e circulação de população

Homogeneidade da cobertura vacinal dTpa

A análise da homogeneidade da cobertura vacinal da dTpa em gestantes demonstra que Roraima apresentou baixa homogeneidade em todos os anos da série histórica de 2020 a 2025. O indicador considera a proporção de municípios que alcançaram cobertura vacinal ≥95%, em relação ao total de 15 municípios avaliados.

Tabela 26: Homogeneidade das coberturas vacinais do Imunobiológico dTpa, segundo Ano no estado de Roraima, no período de 2020 a 2025

Ano	Nº de municípios ≥95%	Total de municípios avaliados	Homogeneidade (%)	Situação
2020	0	15	0,00	Baixa homogeneidade
2021	0	15	0,00	Baixa homogeneidade
2022	1	15	6,67	Baixa homogeneidade
2023	2	15	13,33	Baixa homogeneidade
2024	2	15	13,33	Baixa homogeneidade
2025	1	15	6,67	Baixa homogeneidade

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados sujeitos a alterações, 30/07/2026.
OBS: Os dados de 2023 a 2025 foram extraídos do DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal-Residência)

Em 2020 e 2021, nenhum dos 15 municípios alcançou cobertura igual ou superior a 95%, resultando em 0% de homogeneidade. Esse cenário demonstra que a vacinação de gestantes com dTpa apresentava baixa distribuição adequada no território estadual.

A partir de 2022, observou-se uma pequena melhora, com um município atingindo a meta, correspondente a 6,67% de homogeneidade. Em 2023, houve nova evolução, passando para dois municípios e 13,33%, resultado que foi mantido em

2024.

Entretanto, em 2025, ocorreu redução da homogeneidade para 6,67%, pois apenas um dos 15 municípios atingiu cobertura ≥95%. Isso representa uma redução de 6,66 pontos percentuais em relação aos dois anos anteriores.

O resultado de 2025 merece atenção, pois 14 dos 15 municípios avaliados não atingiram a cobertura de 95%, correspondendo a 93,33% dos municípios abaixo da meta.

Esse resultado está de acordo com a análise da cobertura municipal apresentada anteriormente, na qual a maioria dos municípios apresentou cobertura inferior a 80%. Portanto, além da cobertura estadual de 61,04%, a distribuição territorial da vacinação também se mostra insuficiente.

O cenário evidencia que os avanços observados em 2023 e 2024 não foram sustentados em 2025, reforçando a necessidade de ações contínuas para ampliar a vacinação de gestantes e reduzir as desigualdades entre os municípios.

Destaca-se ainda o resultado excepcional de Pacaraima, cuja cobertura de 333,26% pode estar relacionada à intensa mobilidade populacional e ao fluxo migratório proveniente da Venezuela.

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, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/diretrizes-para-enfrentamento-das-meningites-ate-2030.pdf/view. Acesso em: 20/07/2026.

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/nota-tecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf. Acessado em 23/07/2026.

3 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.

4 ONU. Organização das Nações Unidas. **OMS lança diretriz para conter ameaça da meningite no mundo**, 11 abril 2025. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2025/04/1847231. Acesso em 27/07/2026.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z. Meningite**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite. Acesso em: 27/07/2026.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Epidemiológico das Meningites**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-meningite. Acesso em: 27/07/2026.

7 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: 31/07/2026.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Demas. Cobertura Vacinal – Residência. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html. Acesso em: 31/07/2026.

9 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

10 IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Roraima: IBGE, 2024. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama. > Acesso em: 27/07/2026.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. **Coqueluche.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/coqueluche. Acesso em 07/08/2026.

12 OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atualização epidemiológica Tosse convulsa (coqueluche) na Região das Américas de 25 de março de 2026. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/25092026atualizacao-epi-coqueluchetfinal.pdf. Acesso em: 07/08/2026.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2025 – Brasil. **População residente por Idade simples segundo Unidade da Federação, período 2025. Disponível em:** http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def. Acesso em 11/08/2026.

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

Áquila Neiva Nascimento
Caroline Damacena de Sá Lima

O Núcleo de Controle da pólio/PFA, influenza e tétano (NCPFIT) é responsável pela coordenação, monitoramento e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica relacionadas à poliomielite e paralisia flácida aguda (PFA), influenza, Covid-19, outros vírus respiratórios de importância em saúde pública, tétano acidental e tétano neonatal no estado de Roraima. Sua atuação visa apoiar tecnicamente os municípios na prevenção, detecção, investigação e controle desses agravos, subsidiando a tomada de decisão e o planejamento de estratégias preventivas e assistenciais.

Entre suas atribuições, destaca-se o acompanhamento e a qualificação dos sistemas nacionais de informação em saúde, incluindo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) e o e-SUS Notifica, assegurando a oportunidade, consistência e confiabilidade dos dados produzidos.

Além disso, o NCPFIT acompanha indicadores epidemiológicos relacionados aos casos suspeitos de poliomielite e PFA, aos atendimentos por Síndrome Gripal (SG) e às internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), produzindo análises sobre incidência, mortalidade e letalidade. As informações geradas são sistematizadas e divulgadas por meio de relatórios técnicos e boletins epidemiológicos, permitindo o conhecimento oportuno da magnitude, distribuição e tendência dos agravos monitorados no estado.

Este relatório tem por objetivo apresentar e analisar o quantitativo de notificações referentes à poliomielite/paralisia flácida aguda (PFA), influenza, Covid-19, tétano acidental e tétano neonatal registradas no estado de Roraima durante o ano de 2025. O documento busca descrever o comportamento epidemiológico desses agravos, subsidiando o monitoramento das ações de vigilância, prevenção e controle desenvolvidas no âmbito estadual e municipal.

TÉTANO

TÉTANO ACIDENTAL

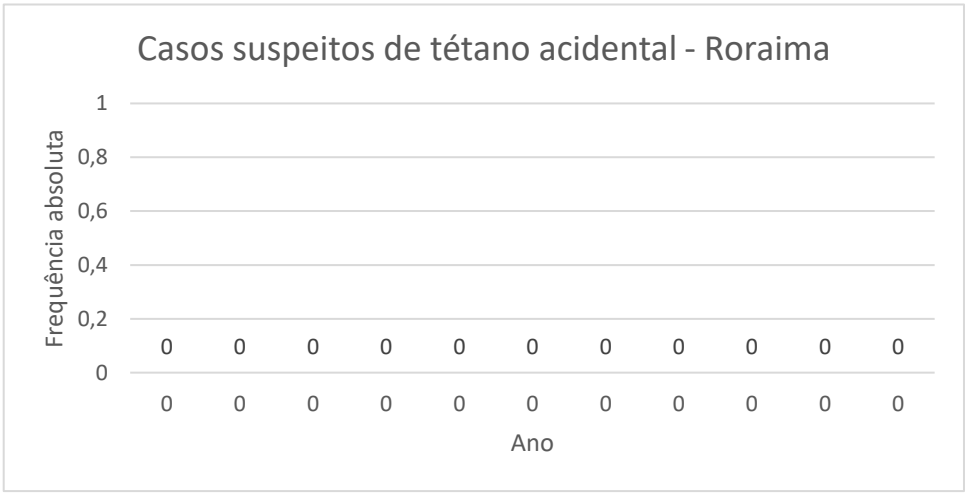
O tétano acidental é uma infecção causado pela ação de exotoxinas produzidas pela bactéria *Clostridium tetani*, que provoca um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central, e é encontrada na natureza e não é contagiosa. A principal forma de prevenção é por meio das vacinas tetravalente, pentavalente e dT (BRASIL, 2024).

Em Roraima, no período de 2015 a 2025, foram notificados cinco casos suspeitos de tétano acidental, sendo um caso em 2022 e 4 casos em 2025 (Figura 1). Todos os casos dos últimos dez anos foram descartados para tétano. Em 2025 quatro casos suspeitos foram notificados de tétano acidental no estado de Roraima, sendo:

- 2 casos residentes em Rorainópolis, na faixa etária de 15-20 anos, sexo masculino, estudantes e não vacinados.
- 1 caso residente em Boa Vista, 45 anos, sexo masculino e vacinado com 3 doses.
- 1 caso do sexo feminino, sem dados de residência, 71 anos e não vacinada.

Em 2022, ocorreu um caso suspeito na faixa etária de 50 a 59 anos no sexo masculino, porém o caso foi descartado.

Figura 1. Número de casos suspeitos Notificados de Tétano Acidental, Roraima, 2015 a 2025.



Fonte: Sinan net/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07/2024, sujeitos à alteração.

No Brasil em 2025 foi notificado 660 casos suspeitos e destes, 212 foram confirmados como tétano acidental. Dos casos confirmados, 83% do sexo masculino e idade média 52 anos. Cerca de 55% evolui para cura. A incidência de tétano no

Brasil em 2025 é de 0,10 a cada 100.000 habitantes e a taxa de letalidade é de 23,58%. A região do Brasil com maior incidência de Tétano acidental é a região Centro-Oeste (BRASIL, 2026).

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).

Atualmente, o tétano neonatal permanece como um problema de saúde pública principalmente em países com menores níveis de desenvolvimento socioeconômico, concentrando-se, sobretudo, em regiões do continente africano e do sudeste asiático. No Brasil, a implementação do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal (PETNN), em 1992, contribuiu significativamente para a redução da incidência da doença ao longo das últimas décadas. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a eliminação do tétano neonatal nas Américas, considerando como critério a ocorrência de menos de um caso por mil nascidos vivos por ano em cada município.

No período de 2015 a 2025 foram confirmados no Sinan apenas 2 casos em todo território nacional. Em 2025 3 casos suspeitos foram descartados no Brasil. No estado de Roraima não houve notificação de tétano neonatal em 2025. Fonte: BRASIL, 2026.

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)

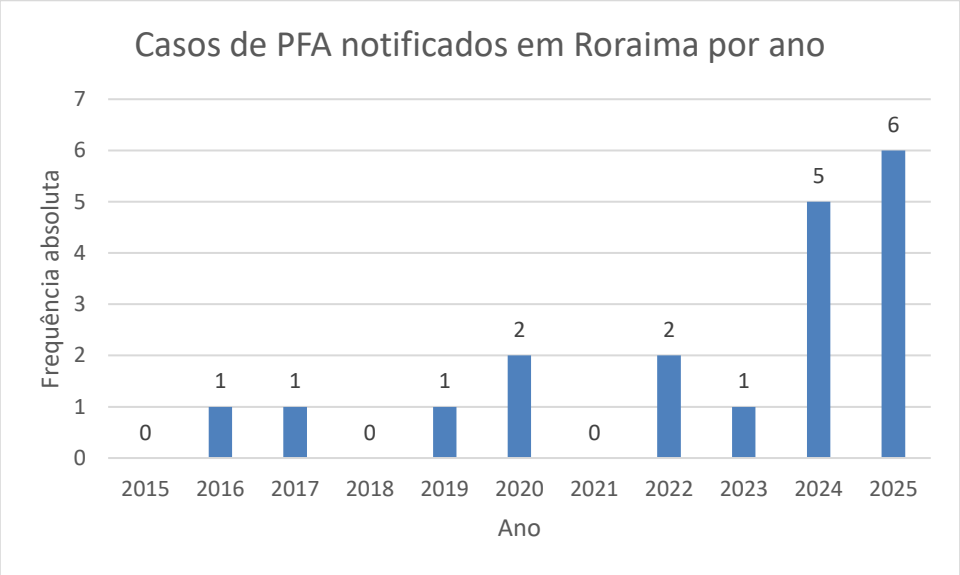
Diante desse cenário a taxa de incidência no país é zero para poliomielite, no entanto devido ao risco de sua reintrodução, todos os casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos devem ser notificados, investigado e coletado amostra de fezes para isolamento viral.

Em 2025 foram notificados em Roraima 6 casos de PFA, sendo um residente de Uiramutã, um de Caracaraí, dois de Rorainópolis e dois de Boa Vista. Dos casos notificados, quatro era do sexo masculino e os limites de idade foram de 7m a 12 anos. Dentre os notificados, um caso evoluiu para óbito sem coleta de fezes, sendo encerrado pela câmara técnica do Ministério da Saúde como caso descartado para poliomielite. Os outros 5 casos evoluíram para cura sem sequelas após resultado de exame foram descartados para poliomielite.

Os casos notificados em 2025 ocorreram nas semanas epidemiológicas 8, 31, 39, 40, 41 e 42.

No período de 2015 à 2025 foram notificados um total de 19 casos de PFA em Roraima, sendo 10 casos nos últimos dois anos. Esse aumento 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 2015 à 2025.



Fonte: SINAN NET/ NSIS/ DVE / CGVS/SESAU-RR- dados sujeitos à alteração

COVID-19, INFLUENZA E OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS DE IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

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 3° e o 7° dia após do início do sintoma, para realização de (RT-PCR) em tempo real. (BRASIL, 2019)

A COVID-19, representa um dos maiores desafios recentes para a saúde pública mundial. Desde sua identificação no final de 2019, o vírus demonstrou elevada capacidade de transmissão e potencial para causar manifestações clínicas que variam

de quadros assintomáticos a formas graves, incluindo insuficiência respiratória e óbito. Além dos impactos diretos sobre a morbimortalidade, a pandemia evidenciou a importância da vigilância epidemiológica, da vacinação e do fortalecimento dos sistemas de saúde para o enfrentamento de emergências sanitárias globais (OMS, 2023).

Outros vírus respiratórios também possuem elevada relevância em saúde pública devido à sua ampla circulação, sazonalidade e associação com casos de síndrome respiratória aguda grave, especialmente em crianças, idosos e indivíduos imunocomprometidos. Entre eles, destacam-se os rinovírus, frequentemente associados a infecções das vias aéreas superiores, mas também relacionados a exacerbações de asma e hospitalizações; o vírus sincicial respiratório (VSR), importante causa de bronquiolite e pneumonia em lactentes; os adenovírus, capazes de provocar surtos comunitários e infecções respiratórias de diferentes gravidades; e o metapneumovírus humano, reconhecido como agente relevante de infecções respiratórias agudas em crianças pequenas e idosos. A vigilância integrada desses patógenos é essencial para subsidiar ações de prevenção, diagnóstico e controle das doenças respiratórias (Brasil, 2024).

No Brasil, a vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios de importância em saúde pública se dá através da estratégia 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 2025 contava com 4 unidades sentinelas ativas para vigilância da síndrome gripal, e, mais uma foi habilitada no mês de fevereiro, sendo em Boa Vista o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), o Pronto Atendimento Cosme e Silva (PACS) e a Casa de Saúde Indígena Yanomami e Yekwana (CASAIY), em Rorainópolis o Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Sousa Pinto (HRSGOSP), e em Pacaraima a

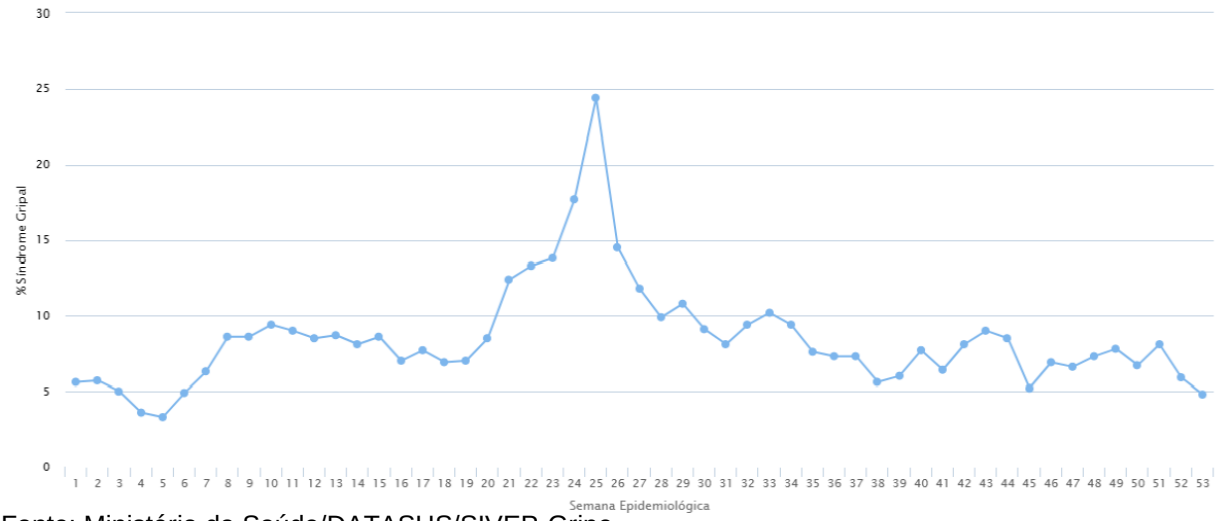
Unidade Básica de Saúde Alaide do Carmo Bruce. Essas unidades captam dados com o objetivo primordial de identificar os vírus influenza circulantes no Brasil, contribuindo para composição da vacina contra influenza, estudando a sazonalidade dos vírus em cada região do país e identificando precocemente novos subtipos virais com capacidade para surtos. (BRASIL, 2023)

SÍNDROME GRIPAL

No contexto da vigilância sentinela de síndrome gripal (SG) 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 2025 Roraima registrou um total de 33.402 atendimentos por SG nas unidades sentinelas, representando 8,8% do total de consultas realizadas no ano. Destaca-se o aumento de atendimentos de SG no mês de junho, que consiste nas semanas epidemiológicas de 23 a 26 de 2025 (figura 3).

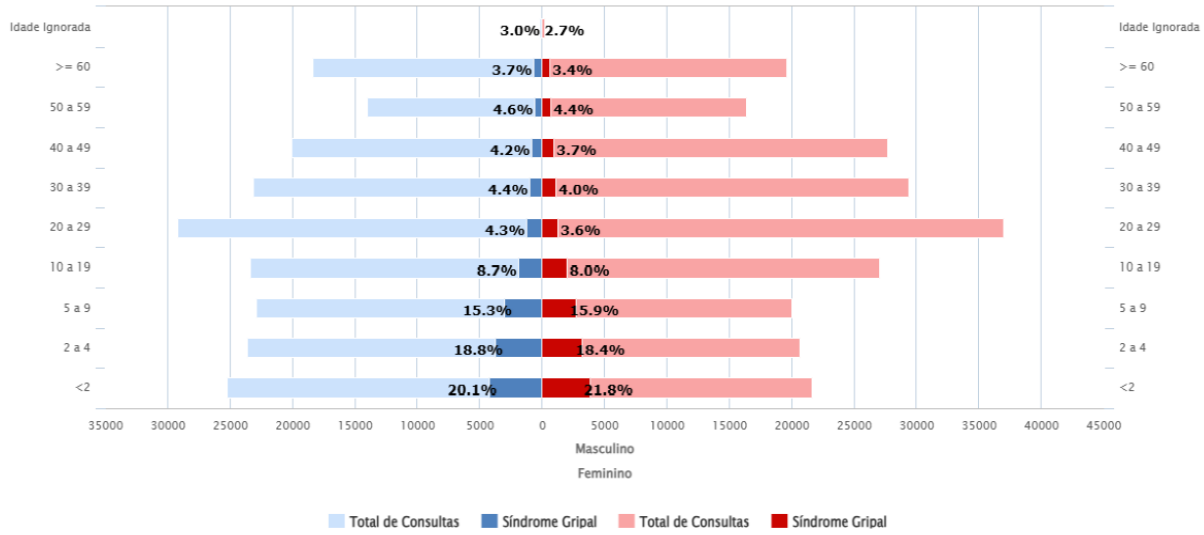
Figura 3. Número de atendimentos por SG no ano de 2025 por semana epidemiológica em Roraima



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Observa-se a predominância de casos de SG atendidos em 2025 na faixa etária de menores de 5 anos, apresentando similaridade entre os sexos (figura 4).

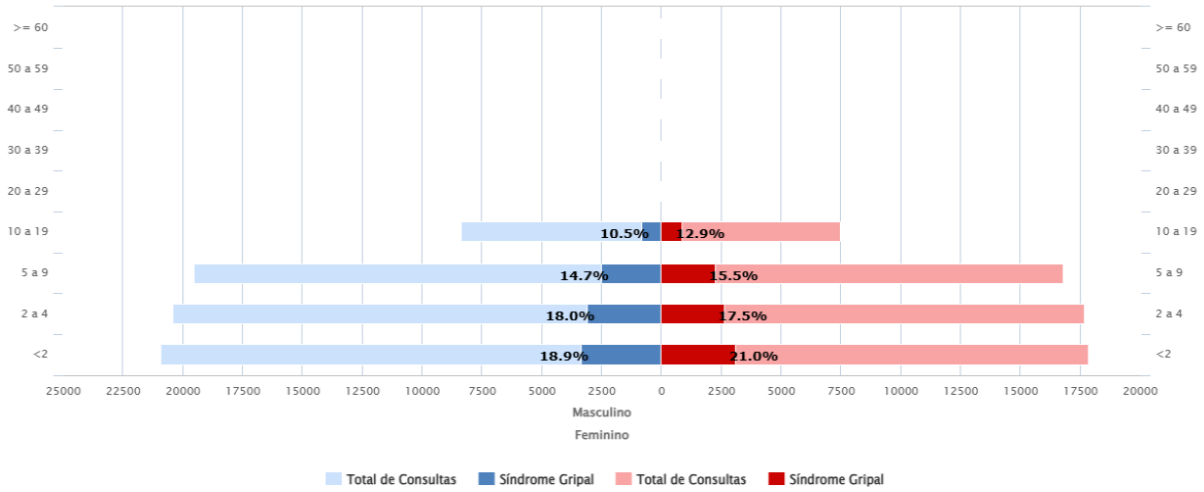
Figura 4. % de consultas por SG nas unidades sentinelas por faixa etária e sexo no ano de 2025 em Roraima.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Dos casos de SG registrados nas unidades sentinelas do Estado de Roraima, o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) atendeu 55,5% dos casos, sendo predominante entre os menores de 5 anos e com certa similaridade entre os sexos. O Hospital da Criança Santo Antônio é a maior unidade de atendimento pediátrico, atendendo crianças de 29 dias a 12 anos. (figura 5)

Figura 5. Atendimentos de SG registradas no Hospital da Criança Santo Antônio em 2025 por faixa etária e sexo.

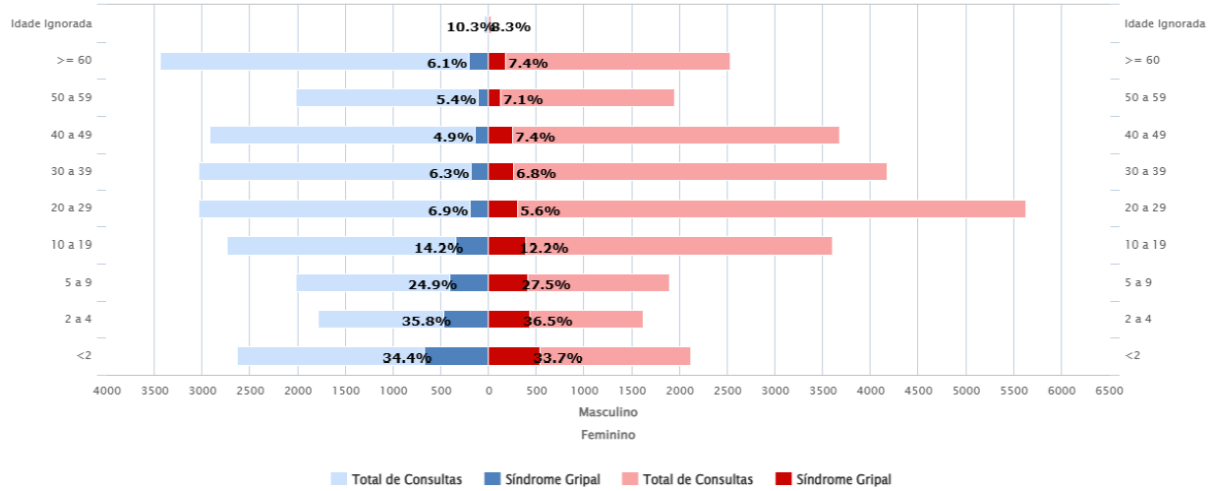


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Dos casos de SG registrados no estado de Roraima no ano de 2025 o Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto localizado no município de Rorainópolis atendeu

16,7% dos casos de SG registrados pelas unidades sentinelas, sendo mais prevalente em menores de 5 anos (figura 6).

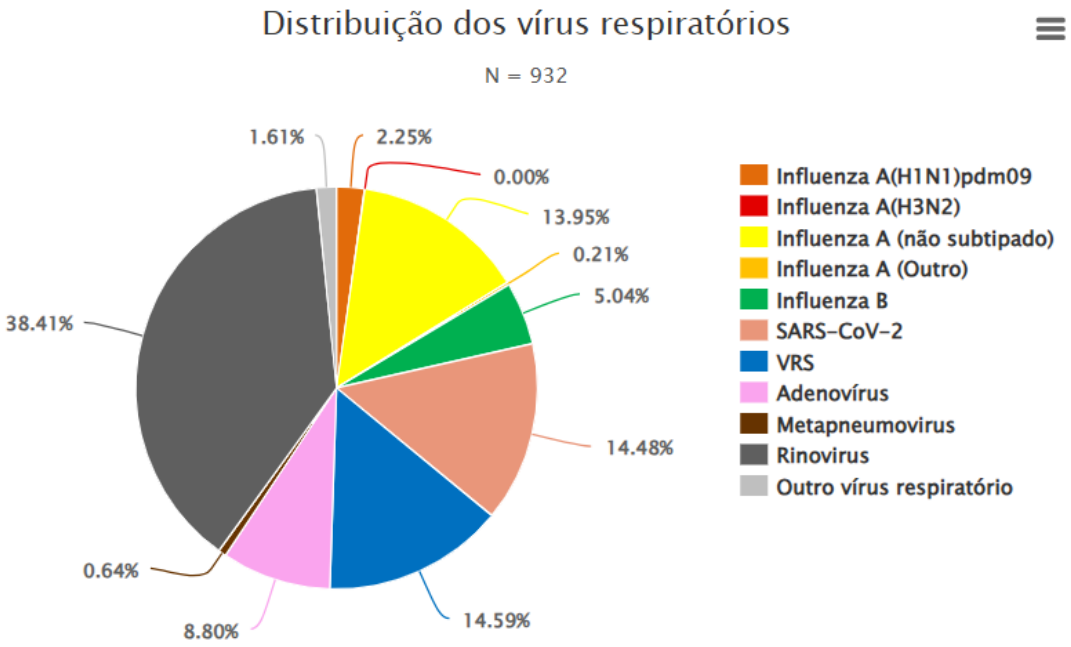
Figura 6. Atendimentos por SG no Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto em 2025.



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 1751 amostras no ano de 2025, um aumento de 79,7% em relação ao ano anterior. Entre as amostras coletadas 28,8% foram realizadas pelo PACS, 27,9% no HCSA, 22,4% no HRSGOSP e 17,7% na CASAIY.

Figura 7. Distribuição dos vírus detectados nas unidades sentinelas em 2025.

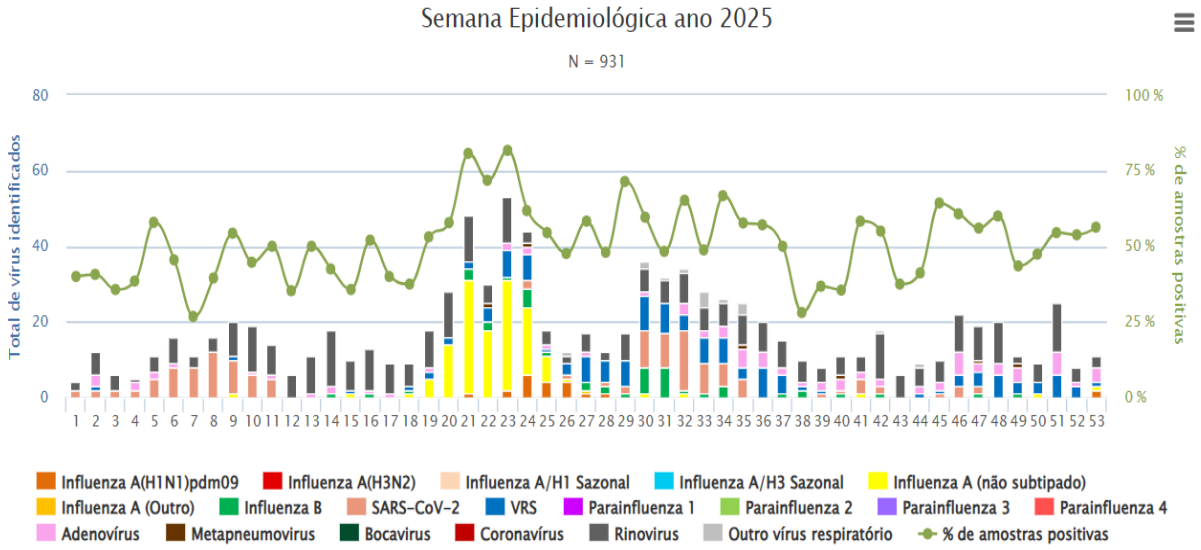


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Entre as amostras coletadas pelas unidades sentinelas para pesquisa viral em 2025 destaca-se a predominância do Rinovirus detectado em 38,41% das amostras em relação aos demais vírus respiratórios (figura 7).

Observa-se aumento no percentual de positividade nas amostras coletadas na SE 23 que se refere ao início de junho, período em que aumento nos atendimentos por SG no estado (figura 8).

Figura 8. Distribuição dos vírus detectados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica em 2025.

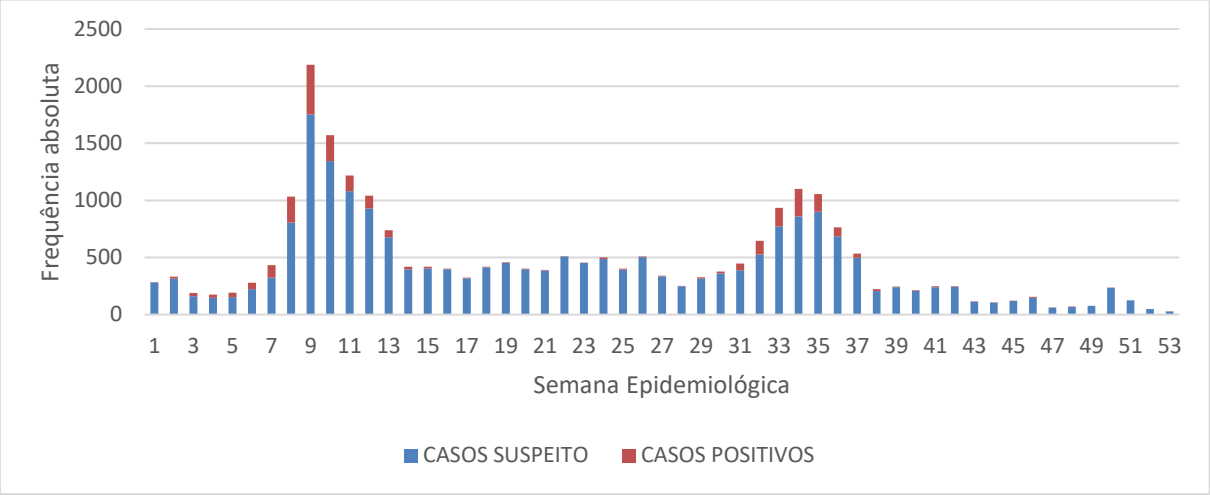


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIVEP-Gripe

Destaca-se no perfil de vírus encontrados pelas unidades sentinelas a presença constante ao longo do ano do Rinovirus, diferente do vírus influenza A que apresenta um pico específico entre as semanas 20 a 25, período que consiste no aumento por atendimento relacionado a SG. Observa-se em 2025 dois picos de Covid-19, sendo o primeiro entre as semanas 5 a 11, representando o mês de fevereiro e outro entre as semanas 30 a 35 que representa final de julho e início de agosto.

Além da vigilância sentinela das SG é realizado a vigilância universal das SG com foco na COVID-19 através das unidades que não são habilitadas como sentinelas. Destaca-se que no ano de 2025 foram realizados 21852 testes rápidos para COVID-19, resultando em 2533 casos detectados (figura 9).

Figura 9. Número de casos de COVID-19 por SE em 2025 no Estado de Roraima



Fonte: e-Sus Notifica

Destaca-se pico de casos confirmados de COVID-19 na SE 9, que corresponde a última semana de fevereiro de 2025, pico este captado também na vigilância sentinela de SG. O município com maior número de casos notificados e confirmados para COVID-19 em 2025 foi a capital Boa Vista, seguido pelo Município do Cantá.

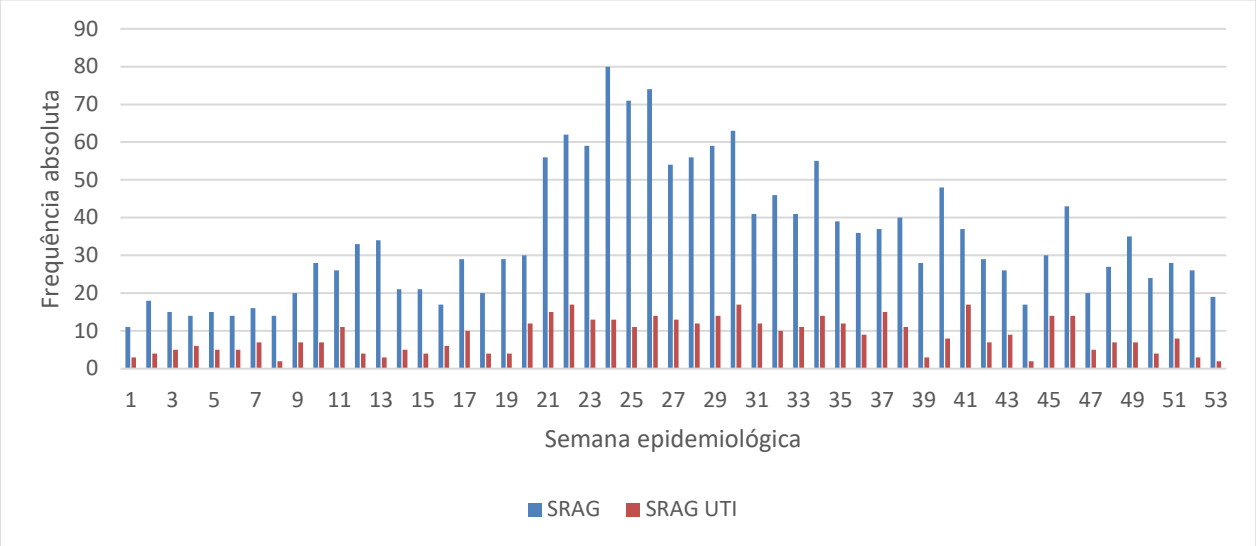
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

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 2025 foi registrado 1869 hospitalizações por SRAG com destaque de aumento de casos entre as semanas 24 e 25 a exemplo do aumento de casos de SG no mesmo período. Dos casos de SRAG notificados no ano, cerca de 27,2% necessitaram de cuidados intensivos, evidenciando o potencial de gravidade dos casos de SRAG. (figura 10)

Entre as hospitalizações por srag em 2025, 62,2% eram residentes em Boa Vista, 6,2% em Alto Alegre, seguido de 5,1% de Amajarí.

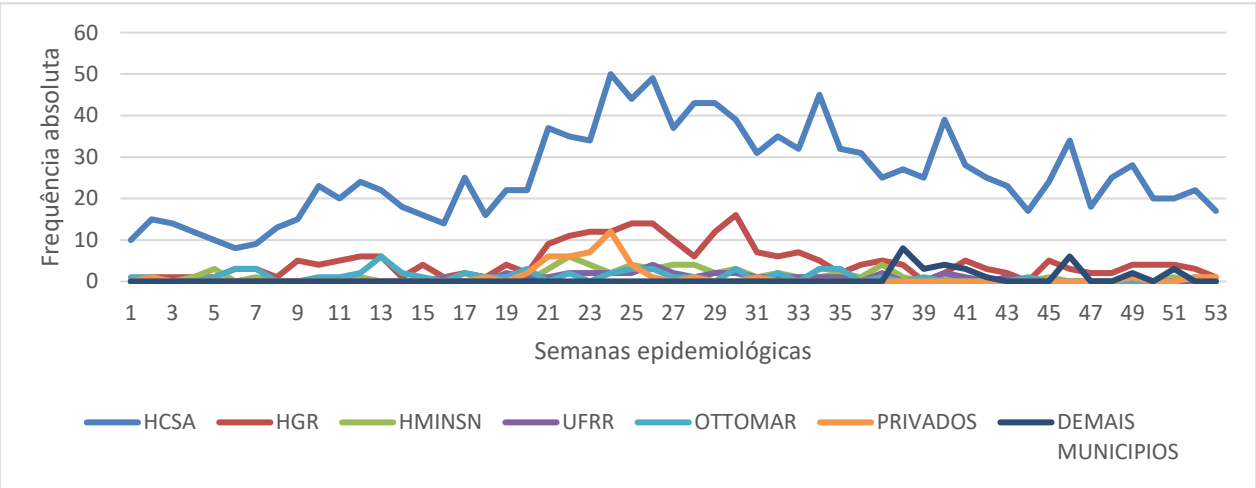
Figura 10. Número de SRAG notificados em Roraima por semana epidemiológica em 2025



Fonte: Sivep-Gripe/2025

Entre os casos de SRAG notificados em Roraima em 2025, o HCSA aponta com o maior número de notificações somando 73,6% do total de casos notificados. Evidencia-se a baixa notificação de casos de SRAG nas demais unidades notificadoras tanto na capital quanto nos municípios. (figura 11)

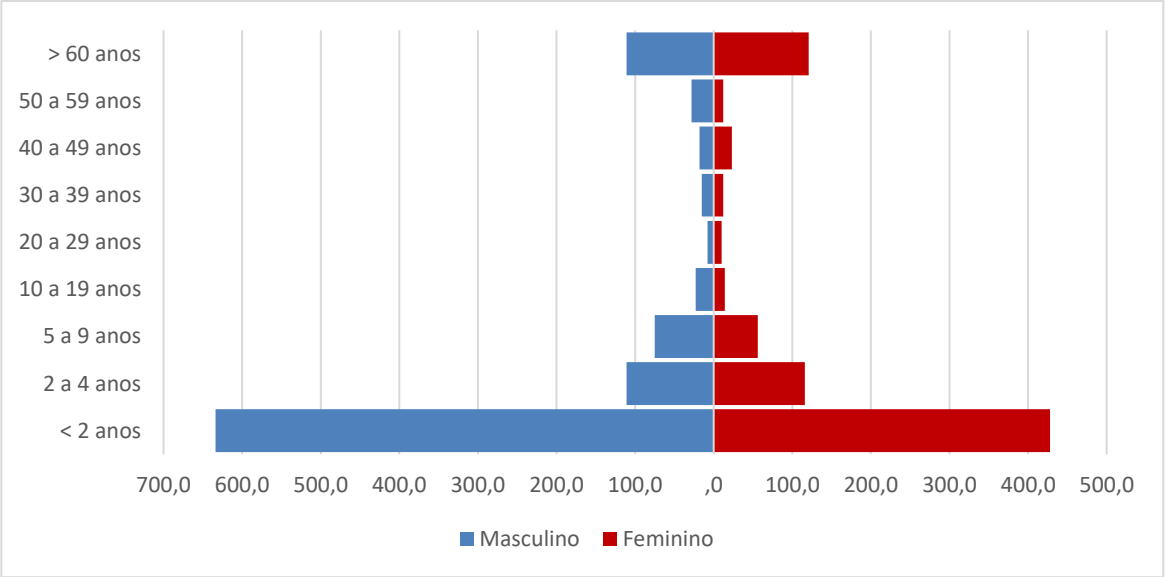
Figura 11. Casos de SRAG notificados em 2025 por unidade notificadora e semana epidemiológica.



Fonte: Sivep-Gripe/2025

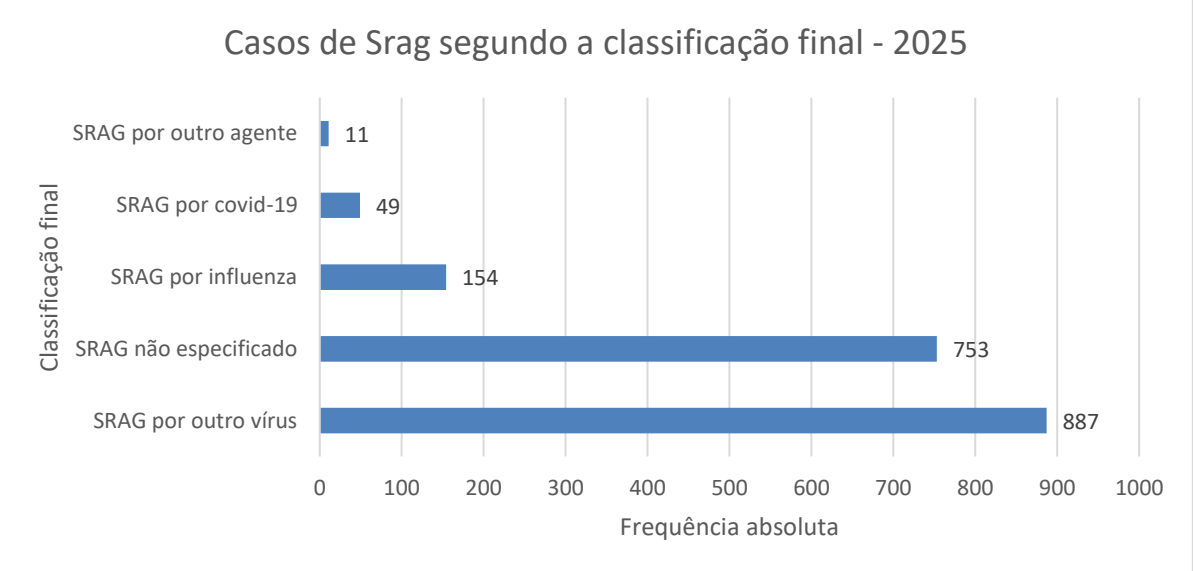
Observa-se a prevalência de casos de Srag entre os menores de 5 anos e com 60 anos ou mais, sendo distribuídos de forma aproximada entre os sexos. (Figura 12)

Figura 12. Distribuição dos casos de Srag segundo sexo e faixa etária.



Dos casos registrados de SRAG em 2025 **8,2%** foram classificados como SRAG por influenza e **2,6%** SRAG por covid-19. Entre os casos classificados como Srag por outro vírus respiratório, destaca-se a presença do rinovírus em 55,3% dos casos, evidenciando a importância da vigilância laboratorial deste vírus. (Figura 13)

Figura 13. Classificação das SRAG notificadas em Roraima em 2025.



Fonte: Sivep-Gripe/2026

Dos casos de Srag notificados em 2025, apenas 30,8% comprovaram ao menos uma dose de vacinação contra a covid-19 e 14,4% foram vacinados contra

influenza. A vacinação é a principal forma de prevenção do agravamento das síndromes gripais.

Em 2025 73 casos de srag notificados evoluíram para óbito, representando 3,9% dos casos notificados no ano. Dentre esses casos, 26% foram por influenza e 2,7% por covid-19. Destaca-se que entre os casos com evolução para óbito, 46,5% (34) possuíam acima de 60 anos e 32,8% (24) menos de 2 anos. A mortalidade por srag em 2025 é de 9,8 a cada 100.000 habitantes, enquanto a letalidade é de 3,9%.

No ano de 2025, observou-se o fortalecimento das ações de vigilância das síndromes gripais, representando um avanço importante para a qualificação da vigilância epidemiológica. Contudo, a continuidade dessas ações é essencial para aprimorar a qualidade dos dados produzidos e subsidiar o planejamento e a implementação de medidas de prevenção e controle 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. Brasilia, 17 maio 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjuta-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 ESPÍTIRO 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%A9tano%20Acidental%20e%20Neonatal%20-%2001-2022%20-%20at%C3%A9%20SE%2019%202022-1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Painel epidemiológico de tétano acidental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-tetano-acidental. Acesso em: 30 jun. 2026.

3.8 IMUNIZAÇÃO

Débora Emilly Barbosa Dias
Jacy Pereira Gomes Tavares de Melo

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 assim em um cenário positivo para a saúde pública, e afetando diretamente a qualidade e expectativa de vida da população. Destaca-se que o êxito das ações de imunizações 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 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.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) completou 52 anos em 18 de setembro de 2025. 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 49 imunobiológicos: 31 vacinas, 13 soros heterólogos, e 5 imunoglobulinas (4 imunoglobolinas especificas e 1 anticorpo monoclonal), 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 garantida por meio das estratégias de vacinação de rotina e campanhas de imunização, que ampliam o acesso aos imunobiológicos e contemplam todos os ciclos de vida, incluindo pessoas com condições clínicas especiais atendidas pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Em Roraima, o CRIE está localizado na Clínica Especializada Coronel Mota, em Boa Vista/RR, e possui vinculação técnica ao Núcleo Estadual do Programa Nacional de Imunizações (NEPNI/RR), contribuindo para a oferta segura e qualificada de imunobiológicos especiais, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O NEPNI/RR tem prestado apoio técnico sistemático aos 15 municípios do estado de Roraima e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), por meio do fortalecimento das ações de imunização em diferentes níveis de gestão e execução. Entre as principais atividades desenvolvidas, destacam-se a promoção de processos permanentes de educação em saúde voltados aos profissionais atuantes na ponta da rede, contemplando a disseminação e atualização de normas, protocolos e rotinas técnicas, bem como a qualificação para o uso adequado e oportuno dos Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunizações. O núcleo também é responsável pelo abastecimento das redes de frio municipais, assegurando a distribuição regular de imunobiológicos e insumos estratégicos indispensáveis à operacionalização das ações de vacinação. Ademais, atua na mediação e no fortalecimento das articulações técnicas e interfederativas entre as diferentes esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, contribuindo para a integração, coordenação e efetividade das estratégias de imunização no estado.

Adicionalmente, 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 (Manual do MP 2º edição, Brasil, 2025), "A operacionalização do Microplanejamento (MP) para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq) em todo o País, trata-se de uma ação pautada na escuta ativa dos profissionais que atuam na imunização, no uso qualificado dos dados e na articulação intersetorial. O principal objetivo da estratégia é otimizar e fortalecer os processos de vacinação nos territórios, oferecendo ferramentas de gestão para os

profissionais da ponta e, consequentemente, ampliar as coberturas vacinais e melhorar os indicadores do PNI".

O presente relatório apresenta as ações, estratégias e intervenções desenvolvidas nos 15 municípios do estado de Roraima e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) durante o ano de 2025, bem como uma análise da série histórica dos últimos cinco anos do cenário da imunização no estado. O documento destaca os principais indicadores, os resultados alcançados, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para o fortalecimento das ações de vacinação.

Os indicadores de processos mensuram 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.

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 nacional de vacinação considera-se a eficácia, a segurança e a efetividade do produto. A meta de cobertura vacinal segue os parâmetros do PNI/MS; 90% para as vacinas contra o HPV Quadrivalente, BCG, Rotavírus Humano, Influenza e Covid-19; e 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.

$$HCVM = \frac{\text{Nº de municípios ou unidades territoriais com a cobertura vacinal. } \geq \text{ à meta prevista pelo PNI em determinado período}}{\text{Nº total de municípios ou unidades territoriais no respectivo período}} \times 100$$

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.

$$TA = \frac{\text{Nº de primeiras doses do esquema vacinal.}}{\text{Nº de últimas doses do esquema vacinal, no respectivo local e período}} \times 100$$

Total de primeiras doses do esquema vacinal, no respectivo local e período

MONITORAMENTO DA COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE 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 E HOMOGENEIDADE DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO NO ANO DE 2023 NO ESTADO DE RORAIMA.

QUADRO 03. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2023)

	BCG	DTP (1° Reforço)	Febre Amarela	Hepatite A Infantil	Hepatite B (< 30 Dias)	Meningo C	Meningo C (1° Reforço)	Penta (DTP/HepB/Hib)	Pneumo 10	Pneumo 10 (1° Reforço)	Polio Injetável (VIP)
Brasil	**86,92%**	**79,93%**	**75,02%**	**85,19%**	**83,98%**	**86,28%**	**86,64%**	**86,73%**	**90,24%**	**85,85%**	**87,54%**
Norte	**87,26%**	**72,30%**	**65,27%**	**79,17%**	**84,53%**	**79,70%**	**82,49%**	**78,74%**	**86,26%**	**81,11%**	**81,07%**
RR	**102,82%**	**63,94%**	**56,66%**	**76,55%**	**99,48%**	**70,36%**	**84,48%**	**72,59%**	**81,06%**	**76,50%**	**73,21%**
140002 - Amajari	58,56%	39,58%	37,27%	46,53%	38,43%	48,84%	49,54%	43,52%	51,85%	47,22%	45,60%
140005 - Alto Alegre	57,70%	38,66%	35,03%	50,44%	32,41%	43,17%	48,40%	41,57%	46,95%	48,84%	42,73%
140010 - Boa Vista	117,27%	61,93%	53,86%	71,72%	117,41%	72,09%	78,87%	73,88%	85,38%	70,90%	74,54%
140015 - Bonfim	70,55%	61,76%	61,05%	70,78%	76,01%	73,63%	119,48%	70,55%	79,57%	69,36%	73,63%
140017 - Cantá	78,99%	58,82%	60,78%	60,78%	77,59%	78,15%	63,31%	66,11%	85,15%	62,46%	67,23%
140020 - Caracaraí	80,06%	68,14%	61,22%	86,98%	75,07%	78,39%	83,93%	101,94%	81,44%	77,84%	103,88%
140023 - Caroebe	132,08%	94,81%	86,79%	100,00%	139,15%	86,32%	93,87%	90,57%	80,66%	86,79%	89,62%
140028 - Iracema	70,48%	59,04%	72,89%	77,11%	59,64%	66,87%	71,08%	55,42%	65,66%	59,04%	55,42%
140030 - Mucajaí	90,14%	67,89%	66,48%	76,90%	86,76%	80,56%	84,23%	78,59%	87,61%	74,08%	78,59%
140040 - Normandia	40,12%	22,31%	18,00%	24,07%	35,62%	27,01%	31,90%	26,61%	32,88%	30,53%	28,18%
140045 - Pacaraima	119,20%	194,33%	154,84%	295,98%	93,24%	129,43%	311,70%	156,12%	155,76%	305,12%	152,65%
140047 - Rorainópolis	157,71%	81,95%	74,44%	82,71%	162,22%	87,78%	102,26%	92,29%	94,92%	90,98%	92,86%
140050 - São João da Baliza	126,56%	94,53%	67,97%	98,44%	122,66%	96,88%	90,63%	102,34%	98,44%	85,94%	100,78%
140060 - São Luiz	146,15%	85,71%	106,59%	86,81%	145,05%	120,88%	110,99%	132,97%	125,27%	108,79%	130,77%
140070 - Uiramutã	31,31%	15,57%	18,69%	20,07%	26,64%	24,74%	27,16%	23,01%	32,70%	26,30%	23,70%

Fonte: DEMAS, Ministério da Saúde, 2023.

QUADRO 03.1. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2023)

	Meningo C	Meningo C (1° Reforço)	Penta (DTP/HepB/Hib)	Pneumo 10	Pneumo 10 (1° Reforço)	Polio Injetável (VIP)	Polio Oral Bivalente	Rotavírus	Tríplice Viral - 1° Dose	Tríplice Viral - 2° Dose	Varicela
Brasil	**86,28%**	**86,64%**	**86,73%**	**90,24%**	**85,85%**	**87,54%**	**80,42%**	**87,57%**	**89,78%**	**68,93%**	**73,96%**
Norte	**79,70%**	**82,49%**	**78,74%**	**86,26%**	**81,11%**	**81,07%**	**74,13%**	**80,08%**	**83,08%**	**48,13%**	**59,12%**
RR	**70,36%**	**84,48%**	**72,59%**	**81,06%**	**76,50%**	**73,21%**	**63,54%**	**69,22%**	**82,13%**	**52,79%**	**65,40%**
140002 - Amajari	48,84%	49,54%	43,52%	51,85%	47,22%	45,60%	34,95%	38,19%	43,75%	25,93%	28,94%
140005 - Alto Alegre	43,17%	48,40%	41,57%	46,95%	48,84%	42,73%	38,08%	35,76%	56,83%	19,77%	28,34%
140010 - Boa Vista	72,09%	78,87%	73,88%	85,38%	70,90%	74,54%	62,99%	76,25%	78,79%	51,98%	59,43%
140015 - Bonfim	73,63%	119,48%	70,55%	79,57%	69,36%	73,63%	81,95%	77,20%	77,67%	90,74%	96,91%
140017 - Cantá	78,15%	63,31%	66,11%	85,15%	62,46%	67,23%	61,06%	71,43%	66,11%	41,18%	57,42%
140020 - Caracaraí	78,39%	83,93%	101,94%	81,44%	77,84%	103,88%	70,08%	71,75%	101,39%	48,48%	57,62%
140023 - Caroebe	86,32%	93,87%	90,57%	80,66%	86,79%	89,62%	97,17%	79,72%	132,08%	49,06%	113,21%
140028 - Iracema	66,87%	71,08%	55,42%	65,66%	59,04%	55,42%	61,45%	63,25%	71,08%	38,55%	50,60%
140030 - Mucajaí	80,56%	84,23%	78,59%	87,61%	74,08%	78,59%	67,61%	76,62%	79,15%	63,10%	98,87%
140040 - Normandia	27,01%	31,90%	26,61%	32,88%	30,53%	28,18%	20,35%	26,61%	22,11%	5,28%	14,29%
140045 - Pacaraima	129,43%	311,70%	156,12%	155,76%	305,12%	152,65%	157,22%	75,32%	275,50%	172,94%	220,66%
140047 - Rorainópolis	87,78%	102,26%	92,29%	94,92%	90,98%	92,86%	76,32%	89,29%	95,68%	80,26%	114,29%
140050 - São João da Baliza	96,88%	90,63%	102,34%	98,44%	85,94%	100,78%	112,50%	88,28%	92,97%	42,97%	97,66%
140060 - São Luiz	120,88%	110,99%	132,97%	125,27%	108,79%	130,77%	90,11%	115,38%	112,09%	72,53%	76,92%
140070 - Uiramutã	24,74%	27,16%	23,01%	32,70%	26,30%	23,70%	15,22%	24,22%	24,05%	6,57%	14,53%

Fonte: DEMAS, Ministério da Saúde, 2023.

Em 2023, o estado de Roraima apresentou cobertura vacinal superior a 95% apenas para BCG (102,82%) e Hepatite B (<30 dias) (99,48%). As demais vacinas permaneceram abaixo da meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (95%), com destaque para Meningocócica C (1º reforço) (84,48%), Tríplice Viral – 1ª dose (82,13%), Pneumocócica 10-valente (81,06%), Hepatite A (76,55%), Pneumocócica 10-valente (1º reforço) (76,50%), Poliomielite Inativada – VIP (73,21%), Pentavalente (72,59%), Meningocócica C (70,36%), Rotavírus (69,22%), Varicela (65,40%), Poliomielite Oral Bivalente (63,54%), DTP (1º reforço) (63,94%), Febre Amarela (56,66%) e Tríplice Viral – 2ª dose (52,79%).

Na análise municipal, Boa Vista apresentou cobertura superior a 100% para BCG (117,27%) e Hepatite B (<30 dias) (117,41%), mantendo os demais imunobiológicos entre 51,98% e 85,38%. Municípios como Bonfim, Caroebe, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza e São Luiz registraram coberturas superiores a 100% para um ou mais imunobiológicos, enquanto Amajari, Alto Alegre, Normandia e Uiramutã apresentaram coberturas inferiores a 60% para grande parte das vacinas avaliadas, evidenciando uma divergência significativa nas expressões das coberturas vacinas entre os municípios.

COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO NO ANO DE 2024 NO ESTADO DE RORAIMA.

QUADRO 04. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2024)

	BCG	DTP (1° Reforço)	DTP (2° Reforço)	Febre Amarela	Febre Amarela (Reforço)	Hepatite A Infantil	Hepatite B (<= 1 dia)	Hepatite B (<= 2 dias)	Hepatite B (<= 30 dias)	Meningocócica Conjugada	Meningocócica Conjugada (1° Reforço)
Brasil	98,18%	86,76%	77,86%	73,60%	68,51%	86,22%	67,68%	74,16%	96,80%	89,42%	92,23%
Norte	100,20%	85,75%	76,96%	62,34%	59,82%	81,08%	59,36%	67,98%	97,69%	83,04%	88,60%
RR	102,13%	91,40%	89,96%	51,96%	82,75%	70,30%	93,27%	94,26%	98,97%	68,81%	81,68%
140002 - Amajari	72,58%	78,49%	76,71%	45,15%	71,14%	71,16%	39,95%	40,19%	56,50%	58,63%	77,30%
140005 - Alto Alegre	78,66%	77,31%	70,28%	43,73%	65,13%	63,88%	34,03%	35,07%	51,34%	54,93%	74,78%
140010 - Boa Vista	113,72%	88,86%	79,69%	44,86%	73,94%	60,36%	111,05%	111,69%	113,47%	66,53%	68,18%
140015 - Bonfim	80,30%	76,26%	67,46%	59,85%	61,85%	72,47%	75,00%	75,51%	81,31%	69,70%	76,26%
140017 - Cantá	83,69%	68,18%	65,15%	57,75%	59,79%	62,83%	82,09%	81,82%	83,69%	66,84%	70,86%
140020 - Caracaraí	87,21%	77,91%	80,05%	65,70%	77,96%	71,22%	70,06%	70,35%	80,23%	77,03%	77,91%
140023 - Caroebe	112,07%	94,83%	105,46%	106,32%	102,73%	94,25%	101,15%	101,72%	108,62%	113,22%	111,49%
140028 - Iracema	83,92%	71,33%	79,87%	65,03%	67,79%	64,34%	68,53%	70,63%	74,83%	83,22%	85,31%
140030 - Mucajaí	86,54%	91,13%	99,70%	72,17%	100,00%	81,35%	80,12%	79,51%	82,57%	85,02%	98,78%
140040 - Normandia	66,88%	40,52%	33,21%	30,94%	27,44%	33,99%	61,66%	62,31%	67,54%	45,53%	35,29%
140045 - Pacaraima	121,82%	333,69%	471,06%	140,68%	416,34%	280,93%	90,89%	95,13%	113,98%	137,50%	379,45%
140047 - Rorainópolis	133,70%	85,06%	80,94%	71,95%	75,75%	79,42%	125,14%	129,69%	133,70%	88,34%	89,25%
140050 - São João da Baliza	116,67%	96,38%	102,38%	76,09%	93,65%	94,93%	106,52%	112,32%	117,39%	90,58%	93,48%
140060 - São Luiz	120,21%	109,57%	81,13%	68,09%	78,30%	110,64%	109,57%	111,70%	119,15%	74,47%	103,19%
140070 - Uiramutã	38,91%	33,76%	33,17%	22,19%	28,69%	25,72%	29,26%	30,06%	34,41%	29,90%	31,51%

Fonte: DEMAS, Ministério da Saúde, 2024.

QUADRO 04.1. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2024)

	Meningocócica Conjugada (1° Reforço)	Penta (DTP/HepB/Hib)	Pneumocócica Conjugada	Pneumocócica Conjugada (1° Reforço)	Poliomielite	Poliomielite (1° Reforço)	Poliomielite (2° Reforço)	Rotavírus	Tríplice Viral - 1° Dose	Tríplice Viral - 2° Dose	Varicela
Brasil	92,23%	90,52%	93,29%	93,24%	90,72%	88,15%	74,70%	89,69%	95,86%	80,73%	73,45%
Norte	88,60%	84,85%	89,73%	91,52%	84,65%	86,25%	73,72%	82,56%	91,38%	70,20%	66,65%
RR	81,68%	78,15%	85,77%	97,36%	78,32%	86,44%	78,13%	70,97%	99,46%	72,65%	77,09%
140002 - Amajari	77,30%	50,12%	62,17%	74,94%	49,65%	74,00%	70,38%	44,44%	80,61%	59,81%	66,43%
140005 - Alto Alegre	74,78%	51,34%	66,87%	80,75%	51,64%	73,13%	58,48%	45,22%	69,70%	42,69%	46,72%
140010 - Boa Vista	68,18%	83,68%	91,14%	93,89%	82,58%	80,13%	66,11%	79,03%	99,64%	71,61%	75,58%
140015 - Bonfim	76,26%	69,44%	79,29%	75,25%	70,45%	72,22%	59,27%	71,21%	80,05%	81,31%	79,29%
140017 - Cantá	70,86%	64,44%	73,26%	71,66%	64,17%	63,10%	58,18%	64,97%	77,01%	64,71%	64,71%
140020 - Caracaraí	77,91%	80,81%	76,16%	81,98%	82,56%	78,49%	73,55%	62,21%	86,34%	76,45%	81,40%
140023 - Caroebe	111,49%	117,24%	119,54%	113,79%	117,24%	91,95%	83,61%	112,07%	111,49%	105,75%	104,60%
140028 - Iracema	85,31%	69,93%	86,71%	85,31%	76,22%	69,23%	72,48%	71,33%	89,51%	66,43%	67,83%
140030 - Mucajaí	98,78%	80,43%	89,30%	100,92%	79,82%	86,54%	88,72%	78,29%	99,39%	81,96%	83,49%
140040 - Normandia	35,29%	40,96%	50,54%	37,25%	41,39%	40,96%	29,06%	42,70%	44,66%	24,18%	27,02%
140045 - Pacaraima	379,45%	150,21%	160,59%	394,49%	166,31%	369,92%	456,69%	77,97%	343,64%	222,03%	251,69%
140047 - Rorainópolis	89,25%	88,34%	87,98%	88,71%	88,52%	77,96%	66,56%	80,33%	93,99%	81,60%	82,33%
140050 - São João da Baliza	93,48%	99,28%	91,30%	95,65%	97,10%	95,65%	80,95%	82,61%	100,00%	73,91%	94,93%
140060 - São Luiz	103,19%	76,60%	78,72%	103,19%	76,60%	94,68%	68,87%	72,34%	107,45%	105,32%	108,51%
140070 - Uiramutã	31,51%	26,05%	35,21%	29,42%	26,85%	31,83%	33,17%	24,60%	33,12%	18,97%	19,61%

Fonte: DEMAS, Ministério da Saúde, 2024.

No ano de 2024, a análise das coberturas vacinais do calendário infantil no estado de Roraima demonstrou desempenho satisfatório para BCG (102,13%), Hepatite B (≤30 dias) (98,97%), Tríplice Viral – 1ª dose (99,46%) e Pneumocócica Conjugada (1º reforço) (97,36%), imunobiológicos que atingiram ou superaram a meta de 95% estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações. As demais vacinas apresentaram coberturas inferiores à meta, destacando-se Hepatite B (≤2 dias) (94,26%), Hepatite B (≤1 dia) (93,27%), DTP (1º reforço) (91,40%), DTP (2º reforço) (89,96%), Poliomielite (2º reforço) (86,44%), Pneumocócica Conjugada (85,77%), Varicela – 2ª dose (82,85%), Febre Amarela (reforço) (82,75%), Meningocócica Conjugada (1º reforço) (81,68%), Poliomielite (78,32%), Penta (78,15%), Varicela (77,09%), Tríplice Viral – 2ª dose (72,65%), Rotavírus (70,97%), Hepatite A Infantil (70,30%), Meningocócica Conjugada (68,81%) e Febre Amarela (51,96%).

Considerando a análise municipal, percebe-se que a manutenção da heterogeneidade das coberturas vacinais se apresentou pouco expressiva nos últimos 3 anos. Municípios como Boa Vista, Caroebe, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz e Pacaraima apresentaram coberturas superiores a 100% para um ou mais imunobiológicos, enquanto Amajari, Alto Alegre, Normandia e Uiramutã registram ainda baixas coberturas em diversas vacinas, caracterizando um aumento singela

desde 2023, especialmente para Febre Amarela, Hepatite B nas primeiras 48 horas de vida, Penta e Poliomielite, evidenciando a persistência da desigualdade nas coberturas vacinais de rotina entre os municípios do estado.

COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO NO ANO DE 2025 NO ESTADO DE RORAIMA.

QUADRO 05. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2025).

	BCG	DTP (1° Reforço)	DTP (2° Reforço)	Febre Amarela	Febre Amarela (Reforço)	Hepatite A Infantil	Hepatite B (<= 1 dia)	Hepatite B (<= 2 dias)	Hepatite B (<= 30 dias)	Meningocócica Conjugada	Meningocócica Conjugada (1° Reforço)
Brasil	99,83%	84,61%	79,09%	74,15%	74,95%	84,97%	71,00%	77,94%	100,02%	91,37%	90,51%
Norte	99,73%	82,51%	75,25%	66,60%	68,33%	77,61%	65,14%	73,74%	100,85%	86,43%	86,08%
RR	106,01%	86,59%	86,79%	54,36%	83,16%	56,18%	100,17%	100,98%	105,18%	83,03%	74,92%
140002 - Amajari	73,52%	67,85%	73,79%	53,19%	66,21%	60,76%	34,75%	35,70%	52,48%	81,80%	72,10%
140005 - Alto Alegre	70,00%	72,99%	54,30%	45,22%	44,27%	64,33%	32,09%	33,73%	51,04%	60,60%	69,85%
140010 - Boa Vista	131,62%	78,00%	72,05%	45,83%	72,06%	30,63%	129,98%	130,48%	132,52%	83,66%	51,67%
140015 - Bonfim	69,19%	88,89%	87,07%	65,91%	75,52%	85,86%	64,90%	67,17%	71,46%	75,76%	89,14%
140017 - Cantá	64,97%	73,26%	79,67%	67,65%	76,08%	66,04%	73,26%	73,53%	74,87%	86,63%	85,03%
140020 - Caracaraí	75,58%	66,57%	82,55%	61,92%	76,18%	57,85%	68,60%	70,06%	74,71%	77,62%	72,67%
140023 - Caroebe	102,30%	106,90%	94,76%	91,38%	93,33%	105,75%	100,57%	100,57%	99,43%	117,24%	102,87%
140028 - Iracema	71,33%	83,92%	73,24%	72,73%	71,13%	76,92%	54,55%	55,24%	61,54%	79,02%	85,31%
140030 - Mucajaí	77,37%	86,24%	87,26%	68,50%	85,64%	81,65%	77,37%	76,15%	81,65%	86,24%	83,49%
140040 - Normandia	70,81%	84,97%	71,49%	52,07%	59,33%	69,50%	65,14%	65,80%	70,81%	74,51%	77,34%
140045 - Pacaraima	86,02%	313,77%	395,40%	144,49%	379,80%	309,11%	69,28%	70,97%	81,78%	149,15%	395,76%
140047 - Rorainópolis	86,52%	76,87%	69,88%	71,04%	67,91%	74,86%	84,70%	86,89%	89,62%	84,52%	77,60%
140050 - São João da Baliza	105,07%	86,96%	94,33%	86,96%	95,04%	84,78%	105,80%	107,97%	110,14%	92,75%	97,10%
140060 - São Luiz	92,55%	69,15%	83,33%	59,57%	81,37%	62,77%	94,68%	98,94%	101,06%	96,81%	68,09%
140070 - Uiramutã	32,32%	62,06%	62,50%	28,78%	44,60%	44,37%	27,97%	29,10%	32,80%	46,62%	60,29%

Fonte: DEMAS, Ministério da Saúde, 2025.

Os resultados das coberturas vacinais do calendário infantil em Roraima, no ano de 2025, demonstraram que apenas os imunobiológicos BCG (106,01%) e Hepatite B ao nascimento, administrada em até 24 horas (100,17%), até 48 horas (100,98%) e até 30 dias de vida (105,18%) — atingiram ou superaram a meta de 95% preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações. Para os demais imunobiológicos, as coberturas permaneceram abaixo da meta, destacando-se Tríplice Viral – 1ª dose (94,33%), Pneumocócica Conjugada (1º reforço) (90,83%), DTP (2º reforço) (86,79%), DTP (1º reforço) (86,59%), Rotavírus (85,10%), Febre Amarela (reforço) (83,16%), Meningocócica Conjugada (83,03%), Pneumocócica Conjugada (82,55%), Varicela – 2ª dose (80,20%), Penta (78,98%), Poliomielite (77,81%), Poliomielite (1º reforço) (75,85%), Meningocócica Conjugada (1º reforço) (74,92%), Varicela (67,14%), Tríplice Viral – 2ª dose (67,04%), Hepatite A Infantil

(56,18%) e Febre Amarela (54,36%), esta última apresentando a menor cobertura vacinal entre os imunobiológicos avaliados.

QUADRO 05.1. Cobertura Vacinal Anual por Município do estado de Roraima (2025)

	Meningocócica Conjugada	Meningocócica Conjugada (1° Reforço)	Penta (DTP/HepB/Hib)	Pneumocócica Conjugada	Pneumocócica Conjugada (1° Reforço)	Poliomielite	Poliomielite (1° Reforço)	Rotavírus	Tríplice Viral - 1° Dose	Tríplice Viral - 2° Dose	Varicela
Brasil	**91,37%**	**90,51%**	**88,83%**	**93,87%**	**89,56%**	**88,36%**	**85,88%**	**91,10%**	**92,94%**	**78,33%**	**77,96%**
Norte	**86,43%**	**86,08%**	**82,91%**	**90,10%**	**85,85%**	**79,13%**	**81,82%**	**84,47%**	**87,59%**	**66,94%**	**65,23%**
RR	**83,03%**	**74,92%**	**78,98%**	**82,55%**	**90,83%**	**77,81%**	**85,10%**	**75,85%**	**94,33%**	**67,04%**	**67,14%**
140002 - Amajari	81,80%	72,10%	74,47%	84,16%	75,89%	72,34%	68,79%	63,36%	80,14%	53,19%	52,72%
140005 - Alto Alegre	60,60%	69,85%	50,45%	66,12%	74,18%	48,36%	74,18%	49,40%	69,10%	45,07%	45,07%
140010 - Boa Vista	83,66%	51,67%	78,79%	80,39%	77,46%	77,35%	71,57%	80,79%	86,99%	60,08%	59,28%
140015 - Bonfim	75,76%	89,14%	74,75%	78,03%	86,62%	72,22%	91,92%	70,96%	99,49%	78,28%	75,51%
140017 - Cantá	86,63%	85,03%	82,89%	89,04%	87,70%	80,21%	71,93%	79,14%	86,10%	59,36%	58,82%
140020 - Caracaraí	77,62%	72,67%	77,33%	83,14%	72,67%	77,62%	64,83%	68,60%	71,80%	54,07%	52,03%
140023 - Caroebe	117,24%	102,87%	111,49%	121,84%	104,60%	110,92%	105,75%	118,97%	107,47%	102,30%	102,30%
140028 - Iracema	79,02%	85,31%	86,01%	79,72%	84,62%	83,22%	78,32%	72,73%	90,21%	67,13%	69,23%
140030 - Mucajaí	86,24%	83,49%	86,54%	87,46%	86,54%	87,16%	88,99%	79,82%	86,54%	79,20%	76,76%
140040 - Normandia	74,51%	77,34%	66,45%	80,17%	77,78%	60,13%	85,40%	54,03%	81,92%	51,42%	50,98%
140045 - Pacaraima	149,15%	395,76%	155,30%	156,78%	420,34%	170,76%	368,01%	100,64%	341,95%	235,81%	259,75%
140047 - Rorainópolis	84,52%	77,60%	79,23%	86,52%	77,96%	78,69%	77,78%	81,79%	82,88%	72,31%	71,40%
140050 - São João da Baliza	92,75%	97,10%	101,45%	96,38%	97,83%	101,45%	85,51%	91,30%	99,28%	89,13%	86,96%
140060 - São Luiz	96,81%	68,09%	93,62%	97,87%	67,02%	91,49%	69,15%	86,17%	69,15%	58,51%	58,51%
140070 - Uiramutã	46,62%	60,29%	45,34%	45,50%	54,82%	39,71%	60,61%	36,82%	62,06%	40,84%	39,39%

Fonte: DEMAS, Ministério da Saúde, 2025.

No que se refere a análise municipal, constata-se que houve a manutenção da heterogeneidade das coberturas vacinais no último ano (2025), mesmo que pouco expressiva. Alguns apresentaram coberturas superiores a 100% para determinados imunobiológicos, especialmente BCG e Hepatite B ao nascimento, como em anos anteriores, enquanto outros permaneceram com coberturas inferiores à meta para grande parte das vacinas do calendário infantil, principalmente para Febre Amarela, Hepatite A Infantil, Tríplice Viral – 2ª dose, Varicela e os reforços de DTP, Poliomielite e Meningocócica Conjugada, evidenciando a persistência de desigualdades no desempenho da vacinação de rotina no estado.

COBERTURA VACINAL NO ESTADO DE RORAIMA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS: AVANÇOS E DESAFIOS.

A análise da série histórica das coberturas vacinais do Calendário Nacional de Vacinação no estado de Roraima, no período de 2023 a 2025, demonstra uma tendência consistente de recuperação e fortalecimento da vacinação de rotina,

evidenciada pelo aumento progressivo das coberturas vacinais e pela ampliação do número de imunobiológicos próximos ou acima da meta de 95% estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Em 2023, apenas BCG (102,82%) e Hepatite B (≤30 dias) (99,48%) atingiram a meta preconizada. Em 2024, observou-se incremento das coberturas, com a inclusão da Tríplice Viral – 1ª dose (99,46%) e Pneumocócica Conjugada (1º reforço) (97,36%) entre os imunobiológicos que alcançaram a meta. Em 2025, embora apenas BCG e Hepatite B ao nascimento tenham permanecido acima de 95%, verificou-se aumento expressivo das coberturas de diversos imunobiológicos, como Tríplice Viral – 1ª dose (94,33%), Pneumocócica Conjugada (1º reforço) (90,83%), DTP, Rotavírus, Meningocócica Conjugada e Poliomielite, evidenciando um cenário de recuperação gradual e maior homogeneidade da vacinação de rotina no estado.

A evolução observada ao longo do triênio está diretamente relacionada ao fortalecimento das estratégias do Programa Nacional de Imunizações em Roraima, através do NEPNI/RR, ao qual realiza as articulação técnicas e operacionais com os municípios e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Destacam-se entre as estratégias; a intensificação sistemática das ações de vacinação, a ampliação das buscas ativas de crianças com esquemas vacinais incompletos, o fortalecimento das ações extramuros em áreas urbanas, rurais, indígenas e de difícil acesso, além da expansão das atividades de vacinação em escolas, creches, instituições e comunidades prioritárias. A consolidação dessas condutas ampliaram o acesso aos serviços de imunização e reduziram oportunidades perdidas de vacinação.

Outro fator determinante foi a tonificação de estratégias de educação em saúde voltadas à população, por meio de campanhas de comunicação mais robustas, ações educativas e mobilizações sociais, com o objetivo de reduzir a hesitação vacinal, combater a desinformação e fortalecer a confiança da população nas vacinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde.

A implantação e consolidação do microplanejamento representaram um importante avanço na organização do processo de trabalho das equipes de imunização. A utilização dessa ferramenta possibilitou o diagnóstico detalhado das áreas com baixas coberturas, a definição de estratégias específicas para cada

território, o monitoramento contínuo das metas e a avaliação sistemática dos resultados alcançados. Associado ao assessoramento técnico permanente do NEPNI/RR, à qualificação das equipes municipais, ao fortalecimento da Cadeia de Rede de Frio e ao aprimoramento da qualidade dos registros nos sistemas de informação, o microplanejamento contribuiu para uma gestão mais organizada, baseada em evidências e orientada por indicadores epidemiológicos.

O fortalecimento da vigilância epidemiológica também proporcionou respostas mais rápidas e oportunas frente ao risco de reintrodução de doenças imunopreveníveis já eliminadas ou controladas no país, como o Sarampo, trazendo maior agilidade e preparo no monitoramento de áreas de risco e adoção de medidas imediatas diante da identificação de casos suspeitos ou confirmados. Essas ações reforçaram a capacidade de resposta do estado, contribuindo para a manutenção do controle epidemiológico e para a prevenção da ocorrência de surtos.

Durante todo o período analisado, observaram-se coberturas vacinais superiores a 100% para alguns imunobiológicos, especialmente BCG e Hepatite B ao nascimento. Esses resultados não refletem, necessariamente, superestimação da vacinação, mas são influenciados pelas características demográficas e geográficas de Roraima. O estado apresenta intensa mobilidade populacional decorrente do fluxo migratório internacional, principalmente pela entrada contínua de imigrantes e refugiados por meio das fronteiras terrestres de Pacaraima (Venezuela) e Bonfim (Guiana), além do deslocamento de populações indígenas, pessoas em trânsito e indivíduos provenientes de outras unidades federativas que recebem atendimento nos serviços estaduais e municipais de vacinação. Como o cálculo das coberturas vacinais utiliza estimativas populacionais de residentes como denominador, a vacinação dessa população flutuante pode resultar em percentuais superiores a 100%, sem que isso represente inconsistência operacional. Esse fenômeno deve ser interpretado considerando o contexto epidemiológico e migratória.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade**. 2º Edição. Brasília: Ministério da saúde. 2025.

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 agosto de 2026.

3.9 HANSENÍASE

Ana Carolina de Lima Galvão
Érica Sousa dos Santos Soares
Keiciane Aragão Martins de Matos

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo Mycobacterium leprae, bacilo de elevada afinidade pela pele e pelos nervos periféricos, podendo também acometer olhos e outros órgãos. A transmissão ocorre principalmente pelas vias aéreas superiores, por meio do contato próximo e prolongado com pessoas acometidas pela forma multibacilar não tratada. O período de incubação é longo, variando em média de dois a sete anos, podendo ultrapassar dez anos em alguns casos.

A resposta imunológica do hospedeiro determina o espectro clínico da doença, que operacionalmente é classificada em paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) para fins terapêuticos. Na classificação de Madrid, as formas clínicas são indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana, apresentando diferentes manifestações clínicas, carga bacilar e potencial de transmissão.

Apesar da disponibilidade de tratamento eficaz e gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a hanseníase permanece como importante problema de saúde pública em diversos países. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2024 foram registrados 172.717 casos novos de hanseníase em 188 países e territórios, representando uma redução de aproximadamente 5,5% em relação aos 182.815 casos registrados em 2023. Apesar da redução no número global de casos, Índia, Brasil e Indonésia permaneceram concentrando cerca de 80% dos casos novos notificados mundialmente, evidenciando que a hanseníase continua sendo um importante problema de saúde pública nesses países e reforçando a necessidade de intensificação das ações de vigilância, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

O Brasil manteve-se como o segundo país em número absoluto de casos novos de hanseníase no mundo, registrando 22.127 casos novos em 2024, o que corresponde a um coeficiente de detecção geral de 10,38 casos por 100 mil habitantes, mantendo o país na condição de alta carga para a doença. Entre esses casos, 1.243 ocorreram em menores de 15 anos de idade, evidenciando a persistência da transmissão ativa e recente do Mycobacterium leprae na população. Em relação

às incapacidades físicas, 2.218 casos novos foram diagnosticados com Grau 2 de Incapacidade Física (GIF2) no momento do diagnóstico, representando um importante indicador de diagnóstico tardio e da necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, busca ativa de casos, qualificação da atenção à saúde, diagnóstico oportuno e prevenção de incapacidades relacionadas à hanseníase.

A hanseníase pode acometer indivíduos de ambos os sexos e de qualquer faixa etária. Entretanto, fatores sociais, econômicos e culturais influenciam diretamente sua ocorrência e manutenção, destacando-se condições de vulnerabilidade social, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estigma, preconceito, baixa percepção dos sinais e sintomas pela população e insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce da doença. Esses fatores favorecem o atraso no diagnóstico, aumentam o risco de incapacidades físicas permanentes e contribuem para a manutenção da cadeia de transmissão.

No estado de Roraima, a hanseníase permanece como doença de relevância epidemiológica, exigindo vigilância contínua e fortalecimento das ações de controle, especialmente considerando as especificidades territoriais, a extensa população indígena, a intensa mobilidade populacional decorrente da migração internacional e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde em áreas remotas.

Nesse contexto, o Núcleo de Controle de Hanseníase de Roraima (NCH/RR) tem como finalidade coordenar, monitorar e fortalecer a implementação da Política Nacional de Vigilância e Controle da Hanseníase no Estado, apoiando tecnicamente os municípios no desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico oportuno, tratamento adequado, investigação e acompanhamento dos contatos, prevenção e manejo das incapacidades físicas, educação permanente dos profissionais de saúde e desenvolvimento de estratégias voltadas à redução da transmissão e das sequelas relacionadas à doença.

O presente Relatório Epidemiológico apresenta a análise do perfil da hanseníase no estado de Roraima no período de 2016 a 2025, utilizando dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com o objetivo de subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de vigilância, prevenção e controle da doença no âmbito estadual.

DOENÇAS EM PROCESSO DE ELIMINAÇÃO

As doenças em processo de eliminação constituem um grupo de agravos considerados prioritários para a saúde pública, em razão da possibilidade de interrupção da transmissão ou redução significativa de sua ocorrência mediante estratégias contínuas de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento. Entre essas doenças destacam-se a oncocercose, filariose linfática, esquistossomose, tracoma e as geohelmintíases, além da hanseníase, que integra as estratégias nacionais e globais de enfrentamento por apresentar elevada carga de morbidade e potencial para causar incapacidades físicas permanentes.

No estado de Roraima, a oncocercose permanece como doença endêmica, principalmente em áreas indígenas do território Yanomami, onde persistem condições favoráveis à manutenção da transmissão. As demais doenças apresentam baixa ocorrência ou encontram-se sob vigilância para prevenção da reintrodução.

Embora este relatório esteja inserido no contexto das doenças em processo de eliminação, seu foco é a análise epidemiológica da hanseníase no estado de Roraima, descrevendo o comportamento da doença no período de 2016 a 2025, seus principais indicadores epidemiológicos e operacionais, bem como os desafios e perspectivas para o fortalecimento das ações de vigilância e controle no estado.

HANSENÍASE

A hanseníase permanece como um importante desafio para a saúde pública, em virtude da persistência da transmissão da doença, do diagnóstico tardio e do impacto causado pelas incapacidades físicas, além do estigma e do preconceito ainda vivenciados pelas pessoas acometidas. Trata-se de uma doença infecciosa crônica, de notificação compulsória e curável, que permanece endêmica em diversos países, principalmente na Índia, no Brasil e na Indonésia. Sua ocorrência está intimamente relacionada às desigualdades sociais, às condições precárias de moradia, ao acesso insuficiente aos serviços de saúde, à baixa escolaridade e às condições socioeconômicas desfavoráveis, fatores que favorecem a manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2022).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, baseado na identificação dos sinais cardinais da doença. Em situações de dúvida diagnóstica, podem ser

utilizados exames complementares, como baciloscopia, histopatologia e outros métodos auxiliares, conforme recomendação do Ministério da Saúde. O diagnóstico deve ser realizado preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Atenção Especializada indicada para os casos de maior complexidade ou quando houver necessidade de confirmação diagnóstica. No estado de Roraima, o atendimento especializado em hanseníase é realizado na Policlínica Coronel Mota, referência estadual para o acompanhamento desses pacientes.

A hanseníase pode acometer indivíduos de ambos os sexos e de todas as faixas etárias. Entretanto, observa-se maior ocorrência entre pessoas do sexo masculino, diferença atribuída principalmente ao menor acesso e à menor procura pelos serviços de saúde, maior exposição ocupacional e diagnóstico mais tardio nesse grupo populacional. Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2016 e 2025, foram registrados 244.193 casos novos de hanseníase no Brasil, dos quais 55,6% ocorreram em indivíduos do sexo masculino e 44,4% no sexo feminino. A doença foi registrada em todas as faixas etárias, desde menores de um ano até indivíduos com 80 anos ou mais, com maior concentração de casos entre pessoas de 50 a 59 anos, independentemente do sexo.

No período de 2016 a 2025, foram registrados 892 casos novos de hanseníase no estado de Roraima. Desse total, 65,47% ocorreram em indivíduos do sexo masculino e 34,53% no sexo feminino, evidenciando um padrão epidemiológico semelhante ao observado em âmbito nacional, no qual a doença apresenta maior ocorrência entre homens. A distribuição por faixa etária demonstra predominância de casos entre adultos em idade economicamente ativa, indicando a manutenção da cadeia de transmissão nesse segmento populacional e reforçando o impacto da hanseníase sobre a população produtiva, com potenciais repercussões sociais, econômicas e laborais.

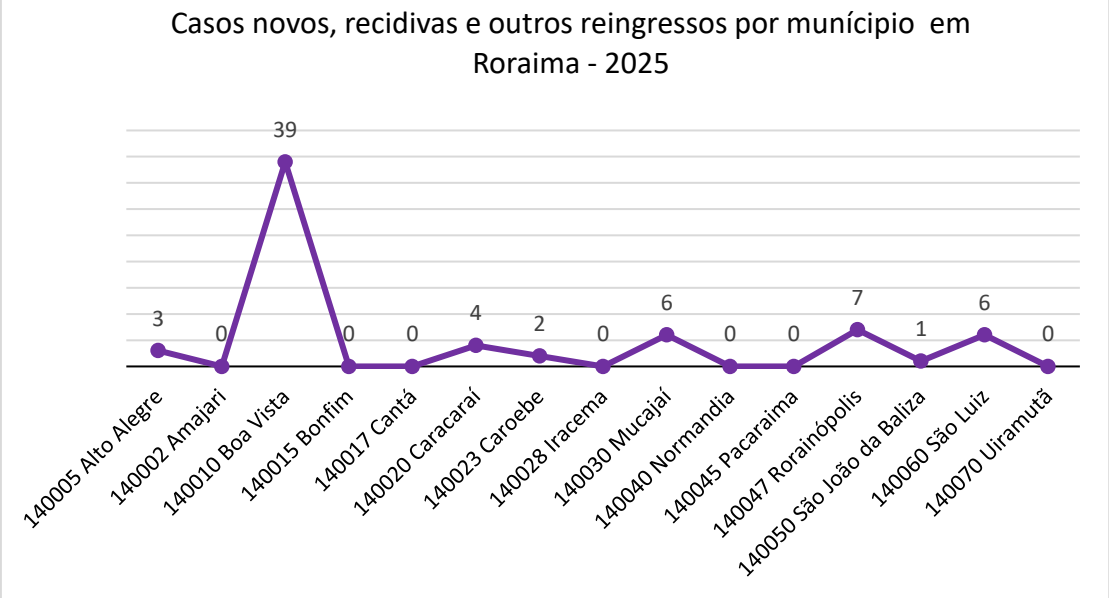
Contudo, no ano de 2025, foram notificados 56 casos novos de hanseníase no estado. Além desses, foram registrados pacientes que retornaram ao acompanhamento por recidiva e outros tipos de reingressos, totalizando 68 indivíduos em tratamento durante o período analisado em todo o estado (figura 1).

Entre os casos novos, 73,21% ocorreram no sexo masculino e 26,79% no sexo feminino, mantendo-se a predominância observada na série histórica. Com isso,

destaca-se que a predominância de casos entre homens adultos jovens sugere menor procura pelos serviços de saúde, diagnóstico tardio e maior exposição aos fatores relacionados à manutenção da cadeia de transmissão. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias direcionadas à ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, fortalecimento da vigilância de contatos e desenvolvimento de ações educativas voltadas à população masculina, contribuindo para a redução da transmissão e das incapacidades físicas decorrentes da hanseníase.

Em relação à distribuição etária dos casos novos em 2025, verificou-se maior concentração na faixa de 20 a 34 anos, seguida pelas demais faixas da população adulta. As menores frequências foram observadas entre crianças de 10 a 14 anos e indivíduos com 80 anos ou mais. Esses dados reforçam a necessidade de intensificar as estratégias de vigilância, diagnóstico precoce e busca ativa de contatos.

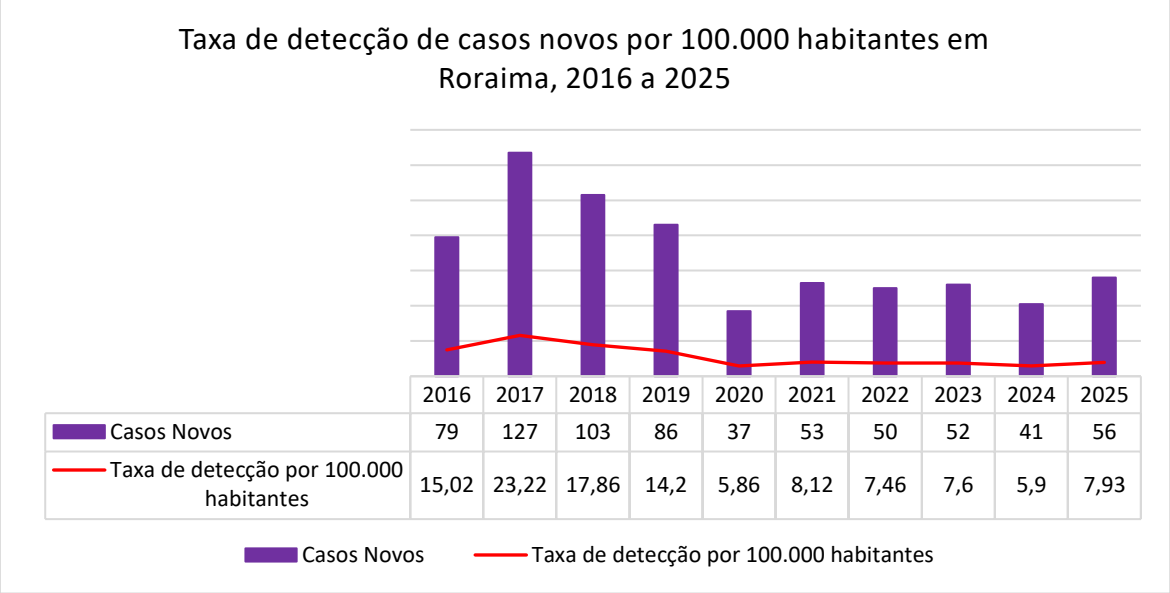
Figura 01. Quantidade de casos novos, recidivas e outros reingressos por município em Roraima, 2025.



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

Considerando a taxa de detecção de casos novos por 100.000 habitantes, observa-se um importante indicador da magnitude, da força de morbidade e da tendência temporal da hanseníase em Roraima no período de 2016 a 2025 (Figura 02). A análise desse indicador possibilita identificar a evolução da endemicidade no estado e orientar a definição de prioridades, contribuindo para o direcionamento de estratégias e a tomada de decisão em saúde pública.

Figura 02. Evolução dos casos novos e da taxa de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes em Roraima, 2016–2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Novos	79	127	103	86	37	53	50	52	41	56
Taxa de detecção por 100.000 habitantes	15,02	23,22	17,86	14,2	5,86	8,12	7,46	7,6	5,9	7,93

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações. Tabnet DataSUS/IBGE.

A análise da taxa de detecção de casos novos de hanseníase em Roraima, no período de 2016 a 2025, demonstra um comportamento oscilante da endemia, com redução importante em relação aos primeiros anos da série histórica, embora o estado permaneça em níveis de elevada magnitude epidemiológica em alguns períodos.

Em 2016, a taxa de detecção foi de 15,02 casos por 100.000 habitantes, sendo classificada como alta. Em 2017, observou-se o maior coeficiente da série (23,22/100.000 habitantes), caracterizando o estado como de muito alta endemicidade, seguido por redução gradual em 2018 (17,86/100.000) e 2019 (14,20/100.000), ambos classificados como alta endemicidade.

Em 2020, verificou-se uma expressiva redução da taxa para 5,86 casos por 100.000 habitantes, passando para a classificação de média endemicidade. Esse comportamento deve ser interpretado com cautela, uma vez que coincide com o período da pandemia de COVID-19, quando houve impacto significativo nas ações de vigilância, busca ativa e diagnóstico oportuno, podendo refletir subdetecção de casos e não necessariamente redução da transmissão da doença.

Nos anos subsequentes, observou-se discreta elevação da taxa, com 8,12/100.000 habitantes em 2021, 7,46/100.000 em 2022, 7,60/100.000 em 2023, 5,90/100.000 em 2024 e 7,93/100.000 habitantes em 2025, permanecendo todos classificados como de média endemicidade, conforme os parâmetros estabelecidos

pelo Ministério da Saúde.

Apesar da redução em relação ao pico observado em 2017, a persistência de taxas classificadas entre média e alta endemicidade evidencia que a hanseníase continua representando importante problema de saúde pública em Roraima. A manutenção da transmissão da doença reforça a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce, investigação e exame de contatos, tratamento oportuno e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, visando interromper a cadeia de transmissão e reduzir a ocorrência de incapacidades físicas decorrentes do diagnóstico tardio.

A taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos constitui um importante indicador da transmissão ativa da doença, refletindo a ocorrência de infecção recente na comunidade e a persistência da cadeia de transmissão.

No período de 2020 a 2025 (Tabela 01), Roraima apresentou variações no comportamento desse indicador. Em 2020, a taxa foi de 0,53 caso por 100.000 habitantes, classificada como média, seguida de ausência de casos em 2021, resultando em coeficiente baixo. Nos anos de 2022 e 2023, observaram-se taxas de 1,02 e 1,00 caso por 100.000 habitantes, respectivamente, ambas enquadradas como média endemicidade.

Em 2024, verificou-se aumento expressivo da taxa para 3,43 casos por 100.000 habitantes, classificando o estado como de alta endemicidade para esse indicador. Esse resultado evidencia a ocorrência de transmissão recente do Mycobacterium leprae, indicando a necessidade de intensificar as ações de vigilância epidemiológica, busca ativa de casos, investigação e exame de contatos, especialmente em áreas com maior ocorrência da doença.

No ano de 2025, a taxa reduziu para 0,48 caso por 100.000 habitantes, retornando à classificação de baixa endemicidade. Embora essa redução seja um resultado favorável, deve ser interpretada com cautela, uma vez que oscilações anuais podem ocorrer devido ao pequeno número absoluto de casos. Dessa forma, recomenda-se a manutenção e o fortalecimento das estratégias de detecção precoce, acompanhamento dos contatos e educação em saúde, visando interromper a transmissão e prevenir incapacidades físicas decorrentes do diagnóstico tardio.

Vale ressaltar que os parâmetros utilizados, são preconizados pelo Ministério da

Saúde para menores de 15 anos, no qual são: Hiperendêmico ≥10,00; Muito alto: 5,00–9,99; Alto: 2,50–4,99; Médio: 0,50–2,49; Baixo: <0,50 casos por 100.000 habitantes.

Tabela 1. Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. Roraima, 2020–2025.

Ano	Casos novos (<15 anos)	População de 0–14 anos	Taxa de detecção (100.000 hab.)	Classificação*
2020	1	189.733	0,53	Média
2021	0	192.810	0,00	Baixa
2022	2	196.704	1,02	Média
2023	2	200.575	1,00	Média
2024	7	204.246	3,43	Alta
2025	1	208.155	0,48	Baixa

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações. Tabnet DataSUS/IBGE.

Considerando que podemos mensurar a efetividade das atividades nos serviços de saúde pela quantidade de casos novos que já são identificados grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, os dados mostram que no ano de 2025 (Tabela 02), dos 56 casos novos de hanseníase registrados em Roraima, 28 (50,0%) foram diagnosticados com grau zero de incapacidade física, 25 (44,6%) apresentaram grau I ou II e 3 (5,4%) não tiveram o grau de incapacidade avaliado. Vale ressaltar que Boa Vista concentrou 32 casos (57,1% do total estadual), sendo o município com o maior número de avaliações do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, esse resultado pode refletir tanto a maior capacidade instalada e concentração dos serviços de referência quanto uma maior adesão às recomendações de avaliação clínica.

Em contrapartida, o baixo número de casos diagnosticados e avaliados nos demais municípios pode indicar subdiagnóstico, menor capacidade de detecção ou fragilidades na realização e registro da avaliação do grau de incapacidade, reforçando a necessidade de fortalecer a vigilância, a qualificação das equipes, o compromisso e busca constante por conhecimento para descentralização das ações de controle da hanseníase.

Tabela 02. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no momento do diagnóstico por município em Roraima, 2025.

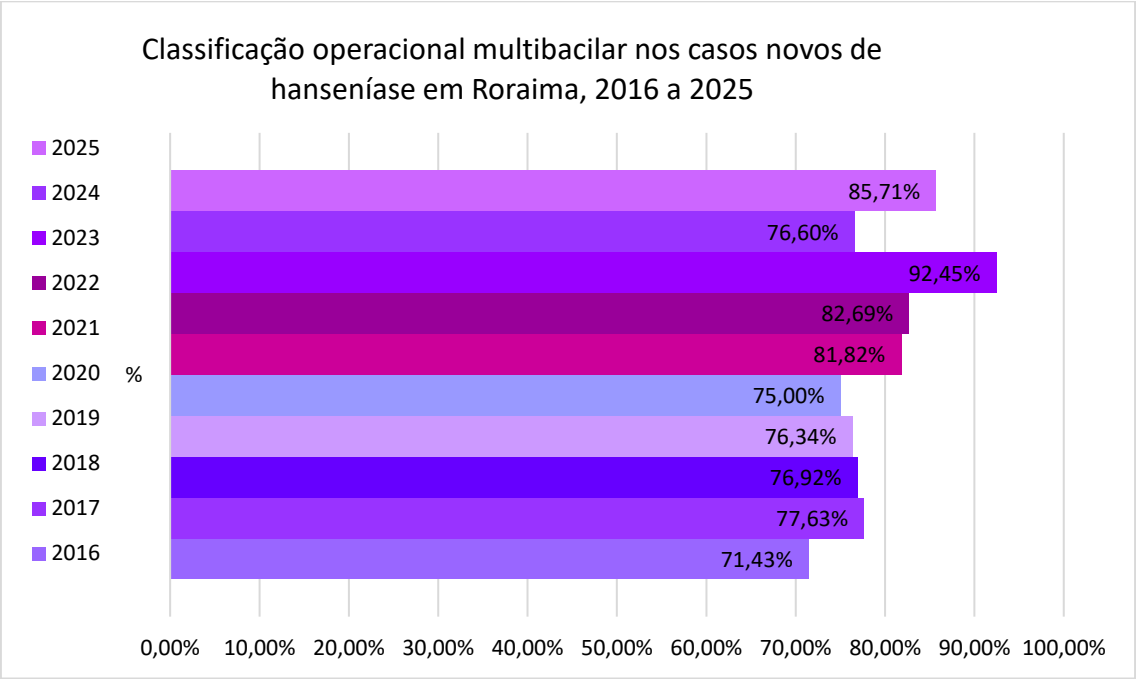
Município de Residência	Grau 0	Grau I e II	Não Avaliado	Total
Alto Alegre	2	0	0	2
Boa Vista	16	15	1	32
Caracaraí	1	2	1	4
Caroebe	0	2	0	2
Mucajaí	2	3	0	5
Rorainópolis	4	1	1	6
São João da Baliza	1	0	0	1
São Luiz	2	2	0	4
Total	**28**	**25**	**3**	**56**

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

A classificação operacional multibacilar (MB) corresponde à forma da hanseníase com maior potencial de transmissão, em razão da elevada carga bacilar apresentada pelos pacientes. A análise da série histórica de Roraima, no período de 2016 a 2025, demonstra predominância de casos multibacilares em todos os anos avaliados, com percentuais superiores a 70%. O maior percentual foi observado em 2023, quando 92,45% dos casos novos foram classificados como MB (Figura 03).

Esse cenário sugere que parcela expressiva dos pacientes está sendo diagnosticada em estágios mais avançados da doença, favorecendo a manutenção da cadeia de transmissão. Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer as ações de busca ativa, vigilância de contatos, diagnóstico precoce e início oportuno do tratamento, assegurando sua conclusão com alta por cura. Essas medidas são essenciais para interromper a transmissão da hanseníase, reduzir o surgimento de incapacidades físicas e avançar no processo de eliminação da doença como problema de saúde pública.

Figura 03. Proporção de casos novos de hanseníase, segundo classificação operacional multibacilar, em Roraima, 2016-2025



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

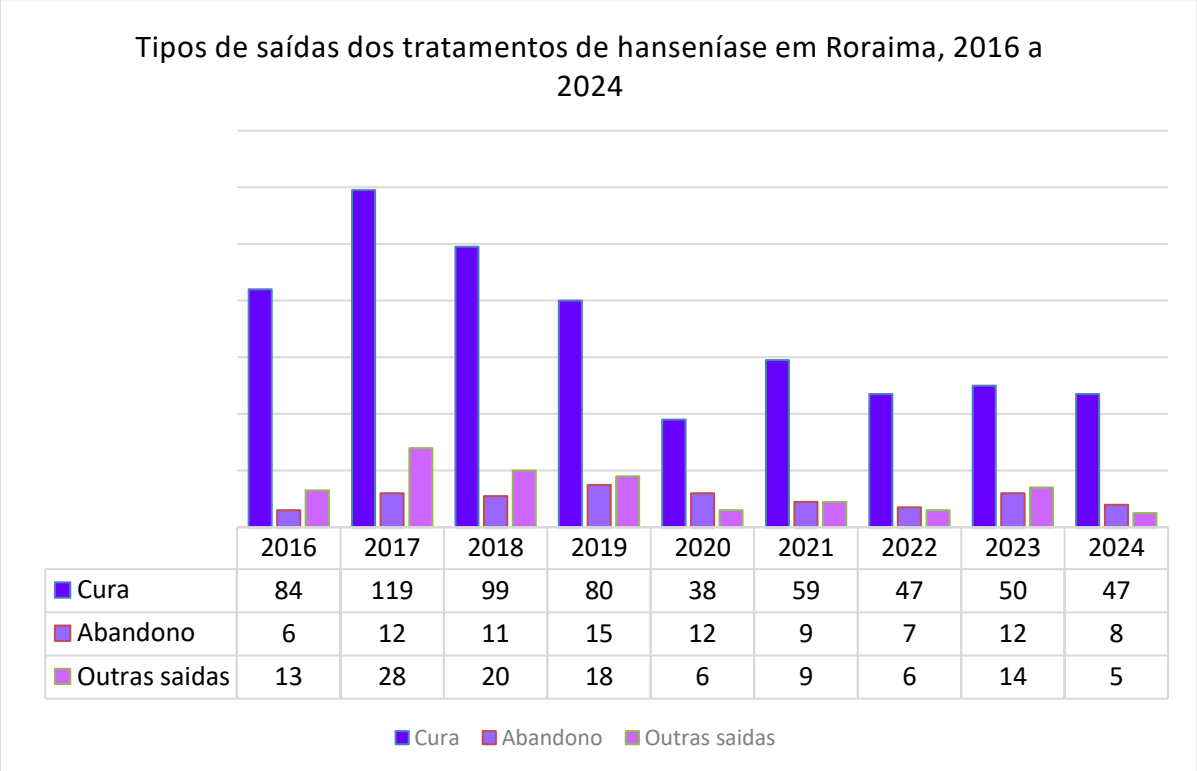
O tipo de saída é o motivo no qual o paciente descontinuou o tratamento farmacológico, podendo ser por cura, transferências (cidade, estado ou pais), óbito ou abandono ao tratamento, e esse indicativo pode ser utilizado também para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos diagnosticados, 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).

Ao analisar a situação de encerramento dos casos novos de hanseníase diagnosticados em Roraima entre 2016 e 2024, observa-se que o maior percentual de abandono do tratamento ocorreu em 2020 (21,4%), seguido de 2023 (15,2%) e 2019 (12,6%) (Figura 04). O aumento observado em 2020 pode estar relacionado aos impactos da pandemia de COVID-19, que comprometeu o acesso aos serviços de saúde, o acompanhamento dos pacientes e a continuidade do tratamento.

Em relação à cura, os maiores percentuais foram observados em 2016 (80,0%), 2022 (75,8%), 2021 (74,7%) e 2018 (74,4%). Houve redução desse indicador nos anos subsequentes, destacando-se 2023 (63,3%) e 2024 (67,1%). Esse cenário

reforça a necessidade de intensificar as ações de acompanhamento dos pacientes durante todo o tratamento, visando reduzir o abandono e aumentar a proporção de casos encerrados por cura.

Figura 04. Tipos de saídas dos tratamentos de hanseníase em Roraima, 2016-2024



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cura	84	119	99	80	38	59	47	50	47
Abandono	6	12	11	15	12	9	7	12	8
Outras saidas	13	28	20	18	6	9	6	14	5

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

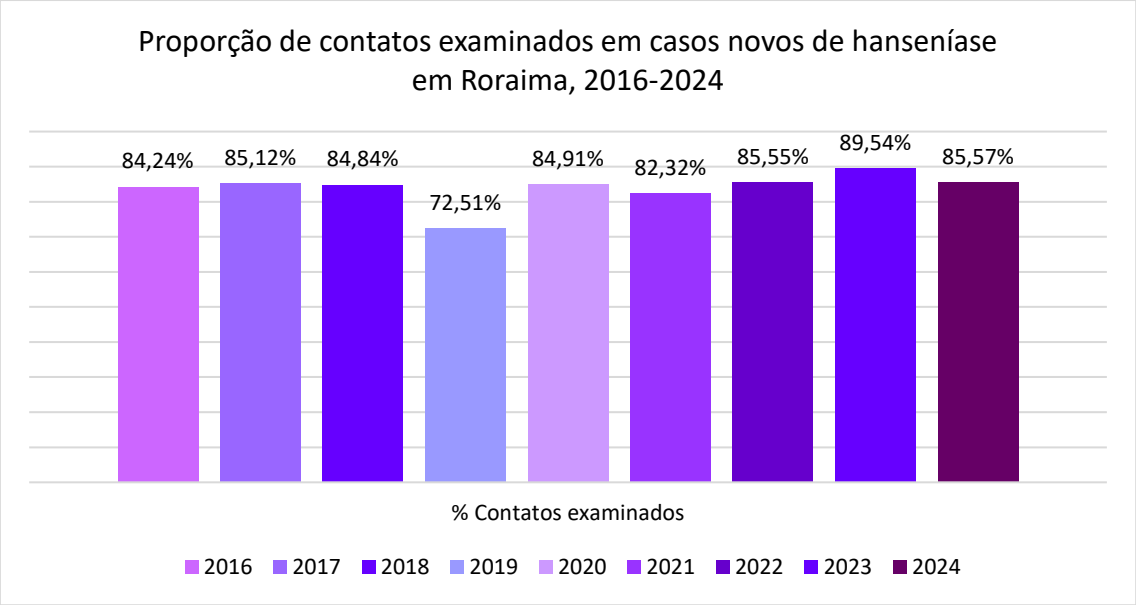
O exame dos contatos de pessoas diagnosticadas com hanseníase constitui uma das principais estratégias para o diagnóstico precoce da doença, permitindo a identificação de casos em estágios iniciais, a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de incapacidades físicas.

Conforme demonstrado na Figura 05, Roraima apresentou elevada proporção de contatos examinados ao longo da série histórica, mantendo, na maioria dos anos, percentuais superiores a 80%. Após redução observada em 2019 (72,51%), o indicador voltou a apresentar crescimento, alcançando 84,91% em 2020 e mantendo desempenho satisfatório nos anos subsequentes.

Em 2024, o estado registrou 85,57% de contatos examinados, percentual superior ao observado na maior parte da série histórica e muito próximo ao alcançado

em 2022 (85,55%), sendo inferior apenas ao resultado de 2023 (89,54%), o melhor desempenho do período analisado. Esses resultados evidenciam a consolidação das ações de vigilância de contatos no estado, embora seja fundamental manter e fortalecer as estratégias de busca ativa, sensibilização da população e acompanhamento sistemático dos contatos, com o objetivo de ampliar a cobertura do exame e favorecer o diagnóstico oportuno da hanseníase.

Figura 05. Proporção de contatos examinados em casos novos de hanseníase em Roraima, 2016-2024



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

Em 2025, foram diagnosticados 56 casos novos de hanseníase em Roraima (tabela 03). Para esses casos, foram registrados 154 contatos, dos quais 102 foram examinados, resultando em uma cobertura de 66,23%. Boa Vista concentrou o maior número de casos novos (32), representando 57,1% do total do estado, além de registrar o maior número de contatos (85) e de contatos examinados (65).

Apesar disso, o município alcançou cobertura de 76,47%, indicando que ainda há oportunidade para ampliar o exame dos contatos registrados. Os municípios de Alto Alegre, Caracaraí e Caroebe apresentaram desempenho de 100% na avaliação dos contatos registrados, evidenciando a efetividade das ações de vigilância desenvolvidas nesses locais.

Em contrapartida, Mucajaí examinou apenas 50,00% dos contatos registrados e Rorainópolis atingiu cobertura de 47,06%. Os municípios de São João da Baliza e São Luiz não registraram contatos examinados no período, embora tenham notificado casos novos e realizado o registro de contatos.

Os resultados demonstram heterogeneidade entre os municípios quanto à vigilância de contatos, reforçando a necessidade de fortalecer as ações de busca ativa, investigação e acompanhamento dos contatos domiciliares e sociais, principalmente nos municípios com menores coberturas.

A qualificação dessas ações é fundamental para ampliar o diagnóstico precoce, interromper a cadeia de transmissão da hanseníase e reduzir o risco de incapacidades físicas decorrentes da doença.

Tabela 03. Proporção de contatos examinados em casos novos de hanseníase por município em Roraima, 2025

Município de residência	Casos novos	Contatos registrados	Contatos examinados	% de contatos examinados*
Alto Alegre	2	9	9	100,00%
Amajari	0	0	0	–
Boa Vista	32	85	65	76,47%
Bonfim	0	0	0	–
Cantá	0	0	0	–
Caracaraí	4	12	12	100,00%
Caroebe	2	7	7	100,00%
Iracema	0	0	0	–
Mucajaí	5	2	1	50,00%
Normandia	0	0	0	–
Pacaraima	0	0	0	–
Rorainópolis	6	17	8	47,06%
São João da Baliza	1	4	0	0,00%
São Luiz	4	18	0	0,00%
Uiramutã	0	0	0	–
Total	**56**	**154**	**102**	**66,23%**

Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

É importante destacar que os dados apresentados neste quadro não devem ser interpretados como um parâmetro isolado para avaliação do desempenho dos

municípios em relação a avaliação de contatos, pois na hanseníase, especialmente nos casos multibacilares, o acompanhamento dos contatos pode ser realizado ao longo de todo o período de tratamento do caso índice, que possui duração mínima de 12 meses. Dessa forma, a ausência ou o baixo número de contatos examinados em determinado momento pode refletir o estágio de acompanhamento desses contatos e não, necessariamente, uma falha na assistência.

Entretanto, a distribuição dos casos novos por município constitui um importante instrumento para a vigilância epidemiológica, permitindo identificar localidades que não registraram casos novos durante todo o ano de 2025. Nesses cenários, é oportuno refletir se a ausência de notificações representa, de fato, baixa ocorrência da doença ou se pode estar relacionada a dificuldades na detecção de casos pela rede de saúde.

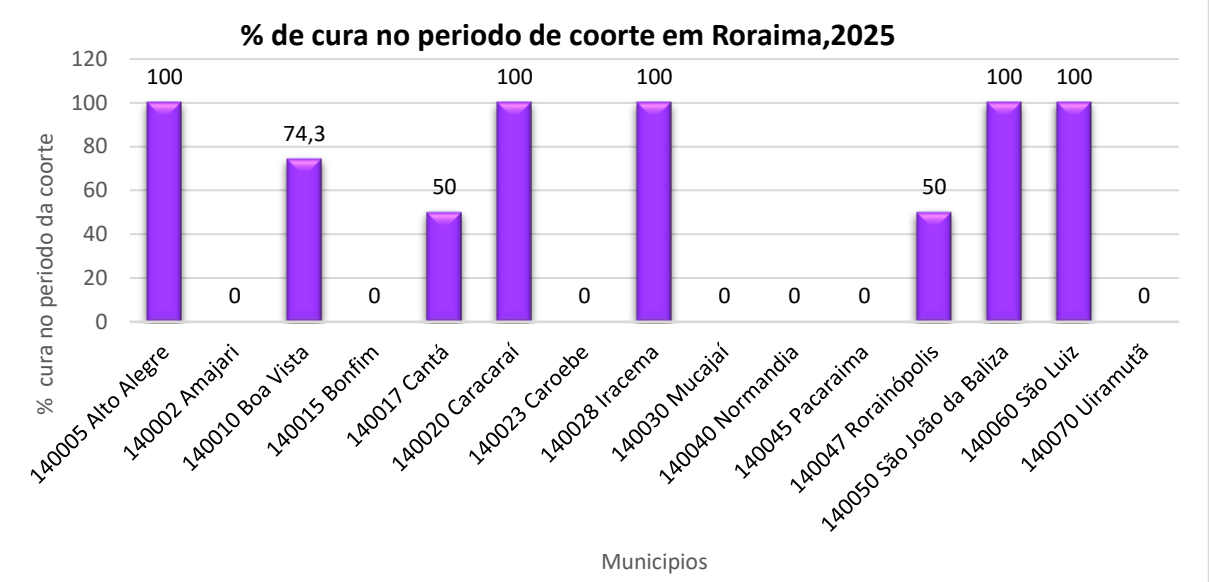
Essa análise não deve ser realizada de forma isolada, sendo fundamental a avaliação conjunta com outros indicadores epidemiológicos, como a proporção de casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física e a ocorrência de casos em menores de 15 anos. Portanto, a presença desses indicadores pode sinalizar diagnóstico tardio e manutenção da cadeia de transmissão, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da situação epidemiológica da hanseníase e subsidiando o planejamento das ações de vigilância, diagnóstico oportuno e controle da doença.

Segundo o Ministério da Saúde, entre 2015 e 2024, a proporção de cura dos casos novos de hanseníase no Brasil apresentou redução de 6,6%, passando de 83,5% para 78,0%, mantendo-se, entretanto, na classificação de desempenho regular (75,0% a 89,9%). Essa tendência de redução foi observada em todas as regiões do país, sendo a Região Centro-Oeste a que apresentou a maior queda, de 82,6% em 2015 para 74,7% em 2024. Em relação às unidades da Federação, apenas Sergipe (92,0%) e Amapá (91,3%) alcançaram o parâmetro bom (≥90% de cura) em 2024. Por outro lado, Pernambuco (65,8%), Roraima (68,2%), Mato Grosso (69,5%), Mato Grosso do Sul (71,7%) e Minas Gerais (73,6%) apresentaram desempenho precário, com proporção de cura inferior a 75%. (BRASIL,2026)

Esses resultados evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações de acompanhamento dos casos, garantindo a adesão ao tratamento, a prevenção do abandono e o alcance da cura, indicadores essenciais para a efetividade das ações

de controle da hanseníase.

Figura 06. Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes em Roraima, 2025



Fonte: SINAN/NCH/DVE/CGVS/SESAU/RR- Dados sujeitos a alterações

Em 2025, Roraima apresentou um índice de cura em casos novos nos anos de coorte de 70,4%, permanecendo no parâmetro "regular". Alguns municípios, como Alto Alegre, Caracaraí, Iracema, São João da Baliza e São Luiz, obtiveram resultados excelentes, alcançando 100% de cura, demonstrando bom desempenho no acompanhamento e na conclusão do tratamento dos pacientes (Figura 06).

Por outro lado, municípios como Boa Vista (74,3%), Cantá (50%) e Rorainópolis (50%) necessitam fortalecer as ações de busca ativa, acompanhamento e adesão ao tratamento, visando reduzir os casos de abandono e aumentar o percentual de cura. Destaca-se que Normandia apresentou 0% de cura, em decorrência de um caso encerrado por abandono do tratamento.

Os municípios de Amajari, Caroebe, Pacaraima e o Uiramutã permaneceram com percentual zerado por não apresentarem casos novos na coorte analisada.

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatorio epidemiológico de hanseníase. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Acesso em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-

hanseniase-numero-especial-jan-2025.pdf. Acesso em 27 de julho de 2026.

Acesso: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def. acesso em 27 de julho de 2026

3.10 DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

Eudemara Medeiros Silveira Carvalho
Maria Valquíria Barreto de Paula

As Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) representam um conjunto de agravos causados pela ingestão de água ou alimentos contaminados por microrganismos patogênicos e toxinas. Sua ocorrência reflete, frequentemente, deficiências nas condições de saneamento, abastecimento de água, produção, armazenamento, preparo e manipulação de alimentos, constituindo um importante indicador das condições de saúde ambiental e da segurança alimentar. Em razão de seu potencial para provocar surtos e impactar a saúde coletiva, as DTHA demandam vigilância contínua e ações integradas de prevenção, controle e resposta.

O monitoramento contínuo dessas doenças subsidia a tomada de decisão pelos gestores de saúde, contribuindo para o fortalecimento das ações de vigilância, promoção da saúde e redução dos agravos relacionados ao consumo de água e alimentos contaminados.

Este Relatório Epidemiológico apresenta a análise da situação epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DTHA, no período avaliado, reunindo informações sobre notificações, surtos investigados, perfil epidemiológico, distribuição temporal e espacial dos casos. Tem como finalidade subsidiar o planejamento, o monitoramento e o aprimoramento das estratégias de prevenção, controle e resposta às DTHA, contribuindo para a proteção da saúde da população e o fortalecimento da vigilância epidemiológica.

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 gestacional, febre tifoide, cólera, botulismo e síndrome hemolítico-urêmica (SHU).

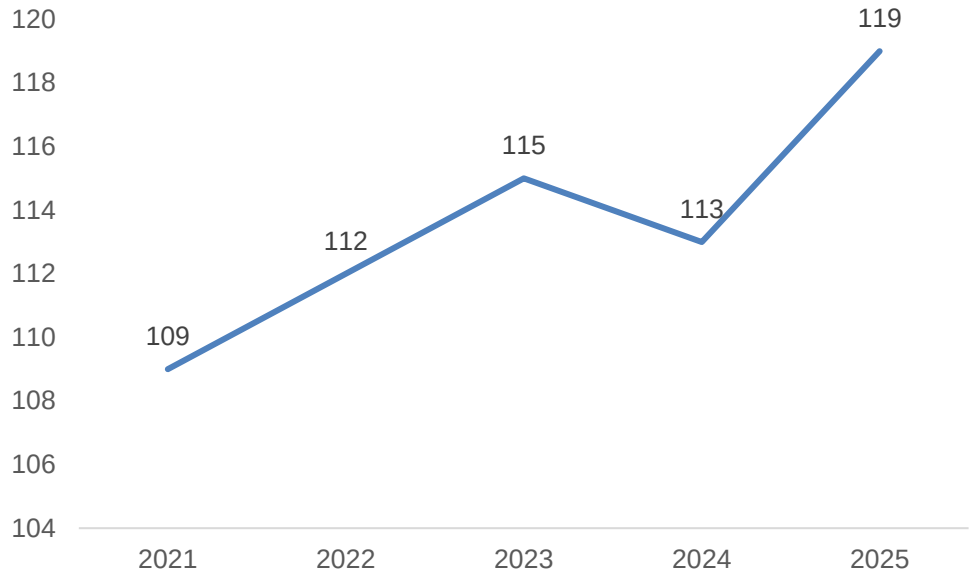
VIGILÂNCIA DAS DIARREIAS

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, atualmente estão cadastradas 119 unidades. 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 2021 a 2025. O aumento do número de unidades a partir de 2019, melhorou a vigilância dos casos de diarreia aguda.

Gráfico 1. Número de unidades sentinelas para doença diarreica aguda, Roraima, 2021 a 2025



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU– 20/07/2026

Os municípios de Boa Vista, Caroebe, Iracema e Rorainópolis tiveram aumento no número de unidades sentinela cadastradas, enquanto Amajari e Cantá apresentaram redução no número de unidades. (Tabela1)

Quanto a distribuição dos casos de diarreia por faixa etária, no período de 2021 a 2025, observa-se que a maioria dos casos se concentra em maiores de 10 anos, representando 50,8% (n=15849), seguidos de crianças de 1 a 4 anos, 26,32% (n=8213), a faixa etária de 5 a 9 anos são atingidas em 13,14% (n=4099) dos casos e os menores de 1 ano representam 8,8% (n=2737) e 0,94% (n=296) teve a idade ignorada. (Gráfico 2)

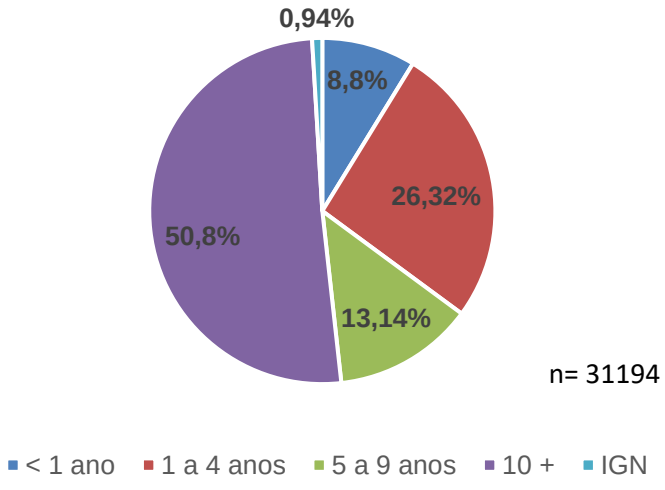
Tabela 1- Número de unidades sentinelas para diarreias agudas por município, Roraima, 2021 a 2025.

Município	2021	2022	2023	2024	2025
Alto Alegre	7	7	7	7	7
Amajarí	5	5	5	5	4
Boa vista	38	38	39	40	43
Bonfim	7	7	7	7	7
Cantá	11	13	11	11	10
Caracaraí	8	10	10	10	10
Caroebe	3	3	4	4	4
Iracema	3	3	3	2	3
Mucajaí	1	1	1	1	1
Normandia	2	2	2	2	2
Pacaraima	2	1	3	3	3
Rorainópolis	13	13	13	11	15
São João da Baliza	3	3	3	4	4
São Luiz	3	3	3	3	3
Uiramutã	3	3	3	3	3
Total	113	109	112	115	119

Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 20/07/2026

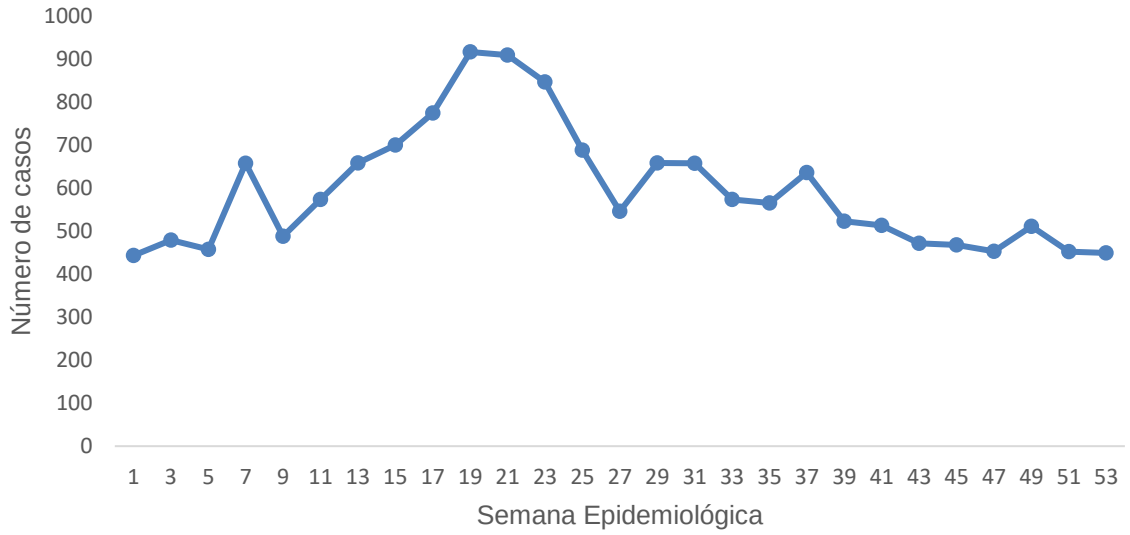
Em 2025, o aumento do número de casos de diarreia iniciou na semana epidemiológica 17 e teve seu pico na semana 20, mantendo a incidência elevada até a semana 23, período que coincide com o aumento da precipitação das chuvas no estado podendo estar relacionado aos alagamentos, cheias e transbordamento dos rios, que podem contribuir para a contaminação de fontes de abastecimento de água e aumento de proliferação de vetores. Uma redução no número de casos pode ser observada a partir da semana 27. (Gráfico 3)

Gráfico 2. Proporção de casos de diarreia por faixa etária, Roraima, 2025



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 20/07/2026

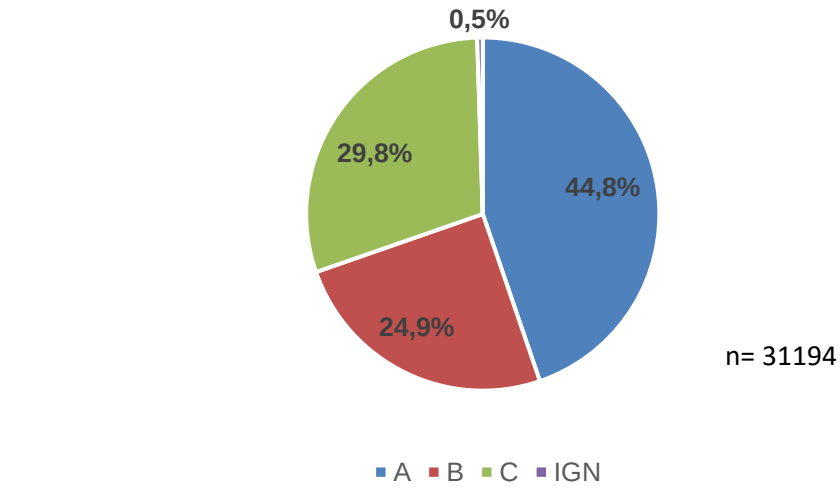
Gráfico 3- Distribuição de casos de diarreia por semana epidemiológica, Roraima, 2025



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 20/07/2026

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, tem como objetivo de tratá-la por via oral em unidade básica de saúde, sem necessidade de internação. Já 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 44,8% (n=13962) dos casos receberam tratamento A, 29,8% (n=9302) plano de tratamento C e 24,9% (n=7771) 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, 29,8% desenvolveram desidratação grave necessitando de hidratação venosa. (Gráfico 4)

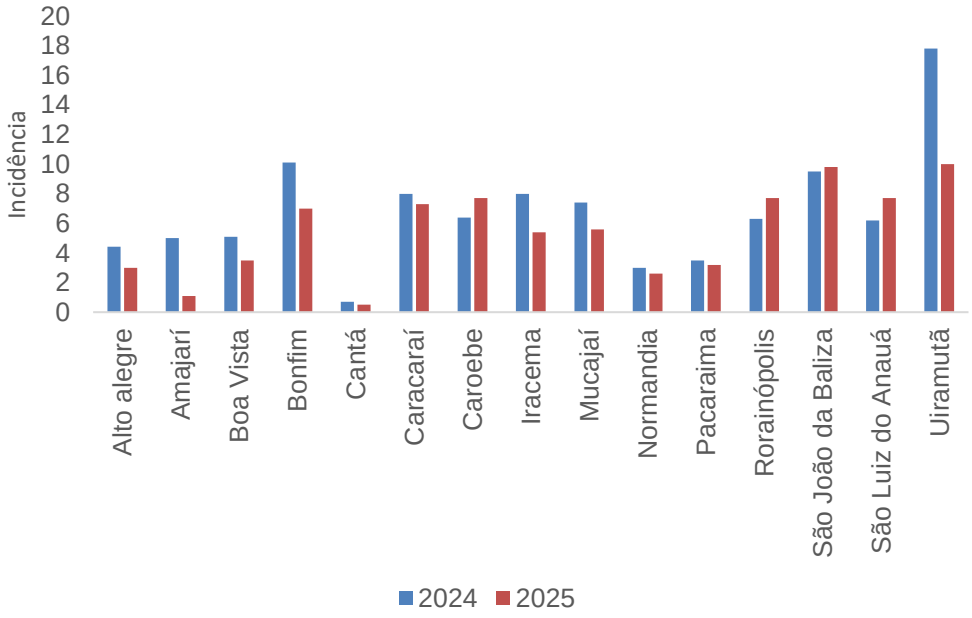
Gráfico 4- Proporção de plano de tratamento das diarreias, Roraima, 2025



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR – 20/07/2026

A taxa de incidência de síndrome diarreica aguda por município, permanece sendo maior no município de Uiramutã desde o ano de 2024, seguido pelos municípios de São João da Baliza e Bonfim. Embora Uiramutã apresente a maior taxa de incidência, teve uma redução significativa no ano de 2025 se comparado a 2024. O município que apresentou a menor taxa de incidência por 100 mil habitantes foi Cantá, no entanto, é o mais silencioso, o que pode justificar a baixa taxa de incidência. (Gráfico 5) (Tabela 2)

Gráfico 5- Taxa de incidência de DDA por município, Roraima – 2024 e 2025



Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR - 20/07/2026

Tabela 2- Taxa de Incidência de diarreias por 100 mil/hab por município, Roraima, 2024 e 2025

Município	2024		2025	
	Casos de DDA	Taxa de incidência 100 mil/hab	Casos de DDA	Taxa de incidência 100 mil/hab
Alto alegre	934	4,4	708	3
Amajarí	702	5	188	1,1
Boa Vista	21333	5,1	17420	3,5
Bonfim	1407	10,1	1081	7
Cantá	134	0,7	119	0,5
Caracaraí	1681	8	1679	7,3
Caroebe	681	6,4	929	7,7
Iracema	803	8	599	5,4
Mucajaí	1346	7,4	1135	5,6
Normandia	423	3	439	2,6
Pacaraima	678	3,5	756	3,2
Rorainópolis	2059	6,3	2920	7,7
São João da Baliza	848	9,5	979	9,8
São Luiz do Anauá	460	6,2	605	7,7
Uiramutã	2450	17,8	1637	10
Total	35939	5,6	31194	4,2

Fonte: SIVEP/MDDA/CGVS/SESAU/RR - 20/07/2026 IBGE. CDT – 21/07/2026

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 agudas, entre outras.

A tabela 3, apresenta a série histórica de 2021 a 2025 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, 2021 a 2025

Agravo	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
	NOTIFICADOS					**CONFIRMADOS**				
DDA	16013	17073	25267	35939	31194					
Rotavírus	0	1	3	36	40	0	0	3	18	3
Toxoplasmose gestacional	140	157	90	80	84	114	143	90	80	59
Toxoplasmose congênita	16	11	34	56	58	15	11	34	54	35
Febre tifoide	0	0	1	1	3	0	0	0	0	1

Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Tabela 4- Óbitos segundo causa básica, Roraima, 2021 a 2025

Causa básica do óbito	2021	2022	2023	2024	2025
Outras infecções intestinais bacterianas	3	6	3	2	5
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	25	34	45	28	41
Toxoplasmose congênita	0	1	0	0	0
Doença causada por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério.	0	1	0	0	0

Fonte: SIM/CGVS/SESAU – 16/07/2026

Os óbitos ocorridos por doenças de transmissão hídrica e alimentar no estado de Roraima de 2021 a 2025, foram classificados com os seguintes CID, A04 -Outras infecções intestinais bacterianas; A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível; P37.1- Toxoplasmose congênita; O98.6- Doença causada por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério.

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) com um expressivo aumento comparado a ano anterior (Tabela 4)

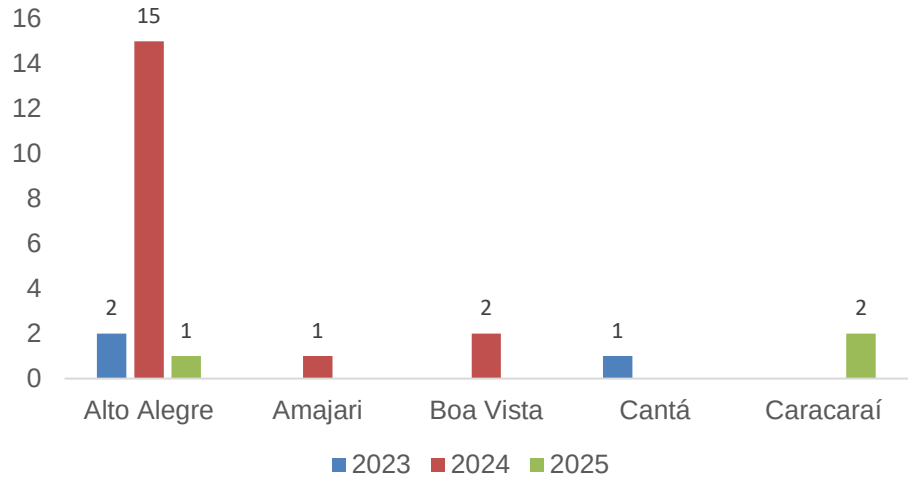
VIGILÂNCIA DO ROTAVÍRUS

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 houve casos confirmados de rotavírus. No ano de 2023 foram confirmados três casos assim distribuídos, no município de Alto Alegre (n=2) e Cantá (n=1). (Gráfico 6)

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. 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. Ainda ano de 2024 foram confirmados dois casos em Boa Vista e um caso em Amajarí. (Gráfico 6)

Gráfico 6- Casos de rotavírus confirmados por critério laboratorial, Roraima. 2023 a 2025.

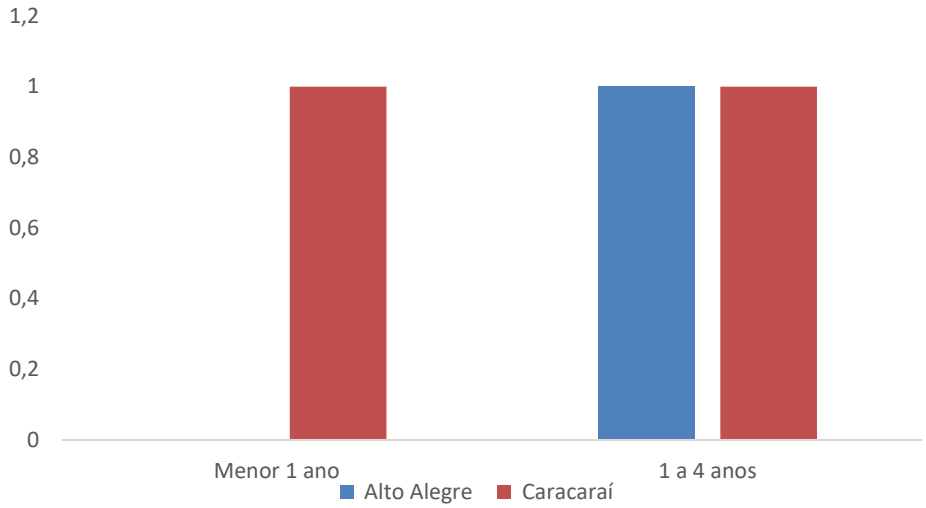


Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Em 2025 foram notificados 40 casos suspeitos de rotavírus, destes apenas 3 foram confirmados, todos por critério laboratorial, distribuídos nos municípios de

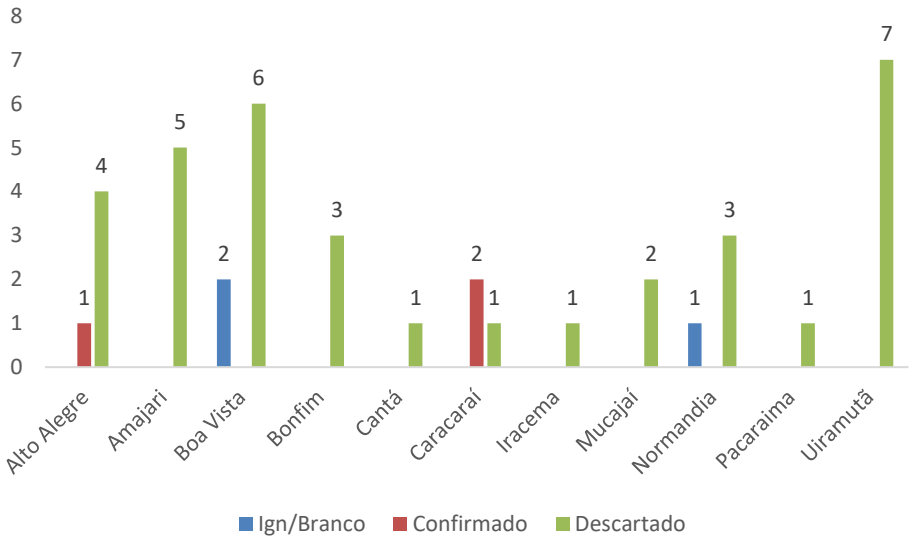
Caracaraí (n=2), na faixa de 1 a 4 anos e Alto Alegre (n=1) em menor 1 ano. (Gráficos 7 e 8)

Gráfico 7- Distribuição de casos confirmados de rotavírus por faixa etária, Roraima, 2025



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Gráfico 8- Casos de rotavírus segundo classificação final, Roraima, 2025



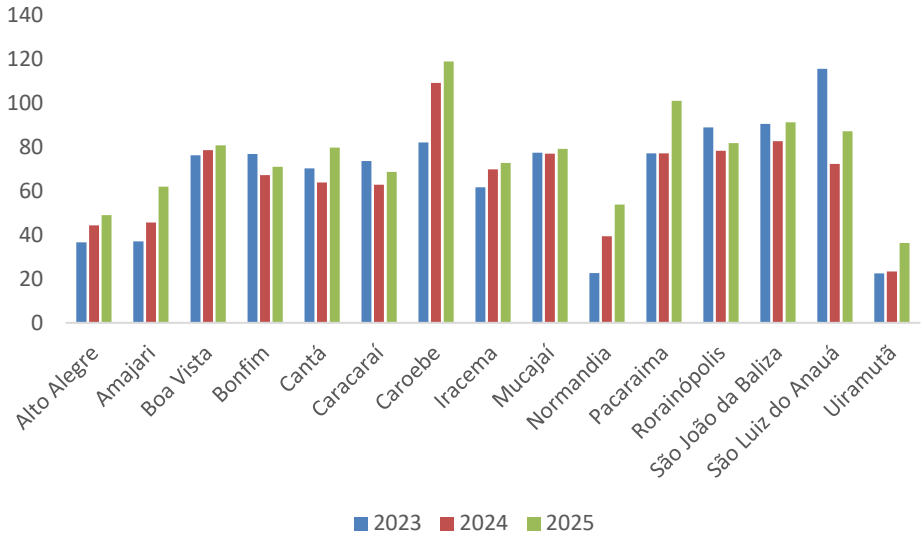
Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 17/07/2025

O rotavírus é uma doença imunoprevenível, cujo imunobiológico é indicado 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 2025,

os municípios que atingiram a meta foram apenas Caroebe (118,97%), Pacaraima (101,06%) e São João da Baliza (91,30%).

Os municípios que apresentaram as menores coberturas vacinais para rotavírus foram Normandia (53,81%), Alto Alegre (48,96%) e Uiramutã (36,33%), este último vem mantendo as menores coberturas vacinais por anos consecutivos (Tabela 5), permanecendo em elevado risco para surtos de rotavirose. (Gráfico 9)

Gráfico 9 - Cobertura vacinal Rotavírus por município, Roraima- 2023 a 2025



Fonte: SEIDIGI_DEMAS- 23/07/2026

Tabela 5. Cobertura vacinal Rotavírus

Município	2023	2024	2025
Alto Alegre	36,68	44,31	48,96
Amajarí	37,09	45,59	61,94
Boa Vista	76,27	78,57	80,76
Bonfim	76,85	67,18	70,96
Cantá	70,31	63,81	79,68
Caracaraí	73,67	62,87	68,60
Caroebe	82,08	109,2	118,97
Iracema	61,73	69,78	72,73
Mucajaí	77,4	76,92	79,20
Normandia	22,7	39,34	53,81
Pacaraima	77,11	77,09	101,06
Rorainópolis	88,91	78,24	81,79
São João da Baliza	90,55	82,61	91,30
São Luiz do Anauá	115,56	72,34	87,23
Uiramutã	22,56	23,38	36,33

Fonte: SEIDIGI_DEMAS- 23/07/2026

VIGILÂNCIA DA TOXOPLASMOSE

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (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 2021 a 2025 houve um total de 40.732 notificações de novos casos no Brasil, em 2022 foram 12.120 (29,75%).

Em Roraima de 2021 a 2025 foram notificados 551 casos de toxoplasmose adquirida na gestação, sendo 486 casos confirmados. Destes, 475 foram por critério laboratorial e 12 clínico-epidemiológico. (Tabela 6) (Gráfico 10 e 11) No mesmo período, foram notificados 176 casos de toxoplasmose congênita, sendo 149 confirmados, 124 por critério laboratorial, 23 clínico-epidemiológico e 2 ignorados. (Gráfico 14 e 15)

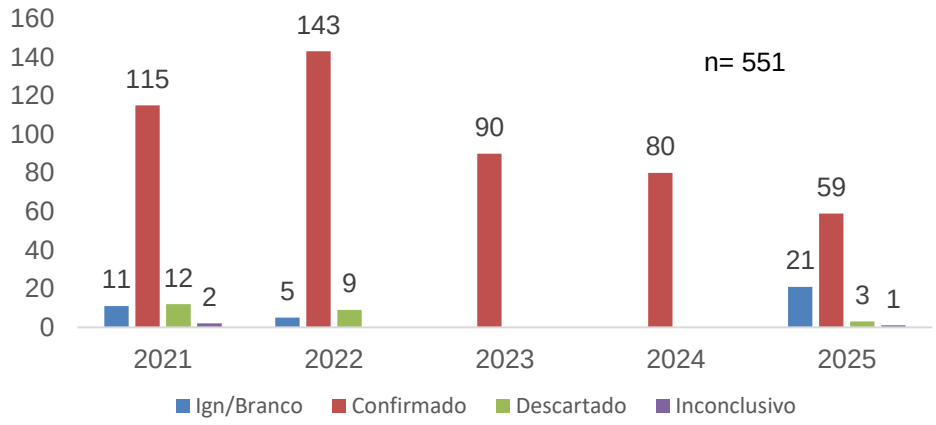
Tabela 6 – Casos confirmados de Toxoplasmose gestacional, Roraima, 2021 a 2025

Município	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Alto Alegre	0	1	4	0	3	8
Amajari	0	0	1	3	3	7
Boa Vista	107	107	72	53	42	381
Bonfim	2	4	3	5	0	14
Cantá	2	4	1	0	1	8
Caracaraí	0	2	0	4	3	9
Caroebe	0	2	3	1	2	8
Iracema	0	2	0	0	2	4
Mucajaí	1	7	1	2	0	11
Normandia	1	0	0	1	0	2
Pacaraima	0	0	1	0	2	3
Rorainópolis	1	14	3	4	1	23
São João da Baliza	0	0	0	2	0	2
São Luiz	0	0	1	1	0	2
Uiramutã	0	0	0	4	0	4
Total	114	143	90	80	59	486

Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

O município de Boa Vista apresenta maior incidência de toxoplasmose gestacional, no entanto vem apresentando redução no número de casos nos últimos cinco anos, conforme tabela 6.

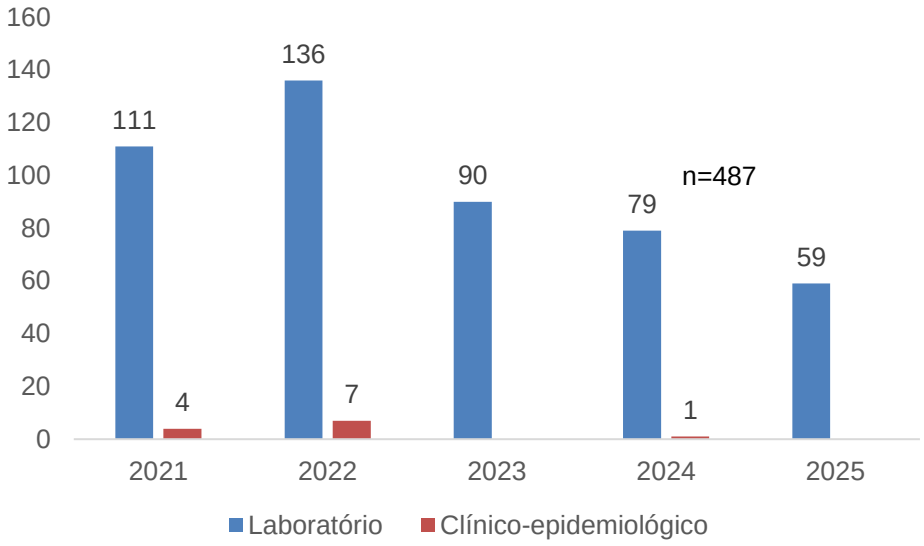
Gráfico 10 - Casos notificados de toxoplasmose gestacional, Roraima, 2021 a 2025



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 29/07/2026

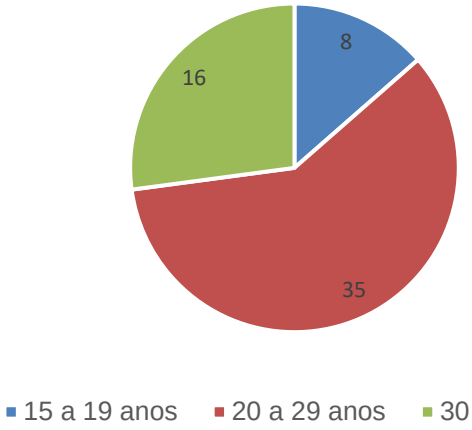
No ano de 2025, a faixa etária mais acometida foi de mulheres entre 20 e 29 anos de idade (n=35), representando 59,32% dos casos. A raça mais acometida foi a parda (n=44) ou seja, 74,57% dos casos. (Gráficos 12 e 13)

Gráfico 11 – Casos de toxoplasmose gestacional por critério de confirmação, Roraima, 2021 a 2025



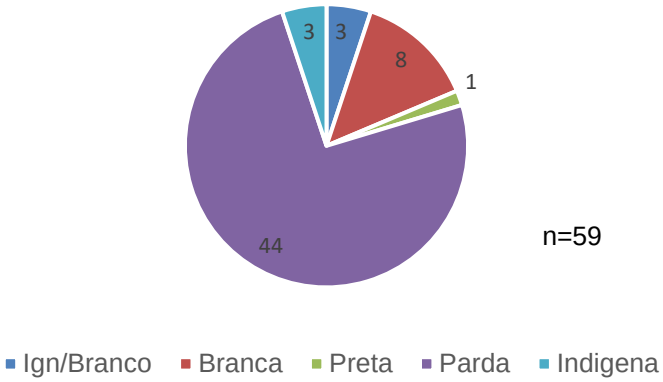
Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 29/07/2026

Gráfico 12- Distribuição de casos confirmados de toxoplasmose gestacional segundo faixa etária, Roraima, 2025



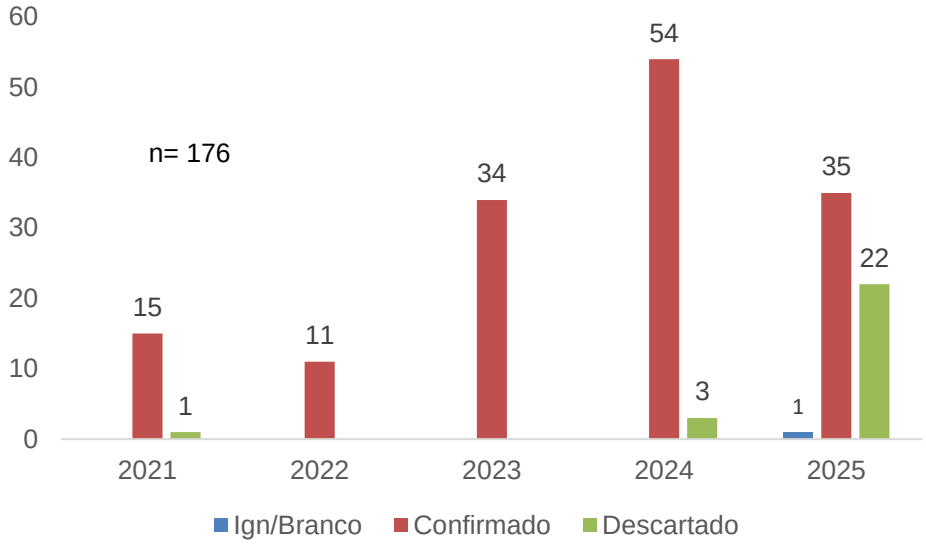
Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Gráfico 13 – Distribuição de casos confirmados de toxoplasmose gestacional segundo raça, Roraima, 2025.



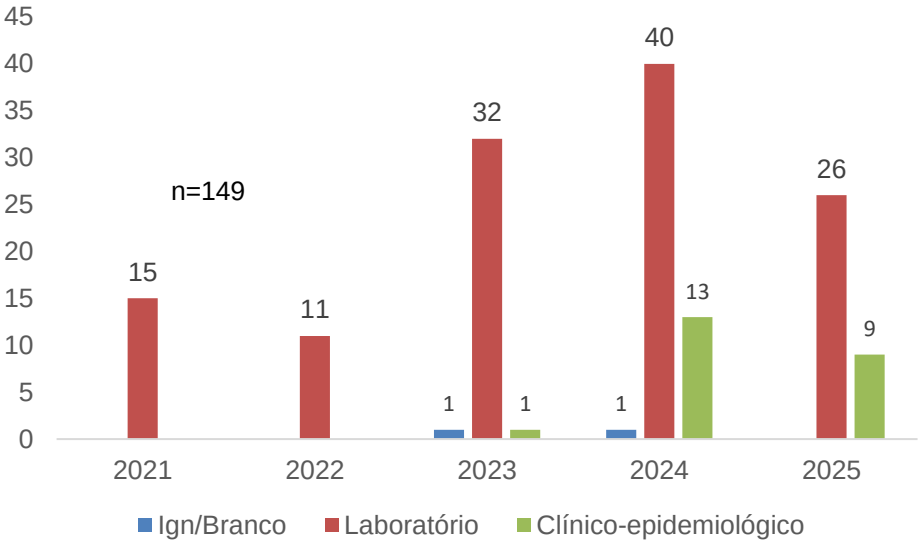
Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Gráfico 14 – Casos de toxoplasmose congênita, Roraima, 2021 a 2025



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 29/07/2026

Gráfico 15 – Casos de toxoplasmose congênita por critério de confirmação, Roraima, 2021 a 2025

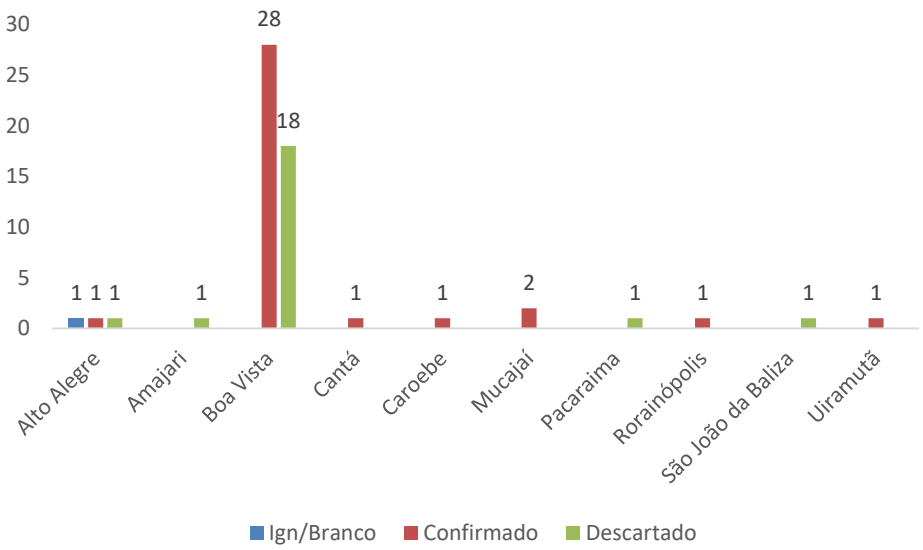


Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 29/07/2026

Foram notificados 58 casos de toxoplasmose congênita no estado de Roraima no ano de 2025, sendo confirmados 35 casos (60,34%), destes, 28 são residentes em Boa Vista. (Gráfico 16 e 18)

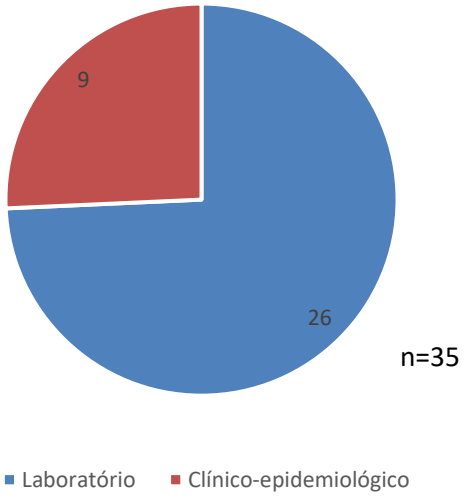
Quanto ao critério de confirmação, 80% foram por critério laboratorial (n= 28) e 25,71% (n=9) por critério clínico-epidemiológico. (Gráfico 17)

Gráfico 16 – Casos notificados de toxoplasmose congênita por município de residência, Roraima, 2025



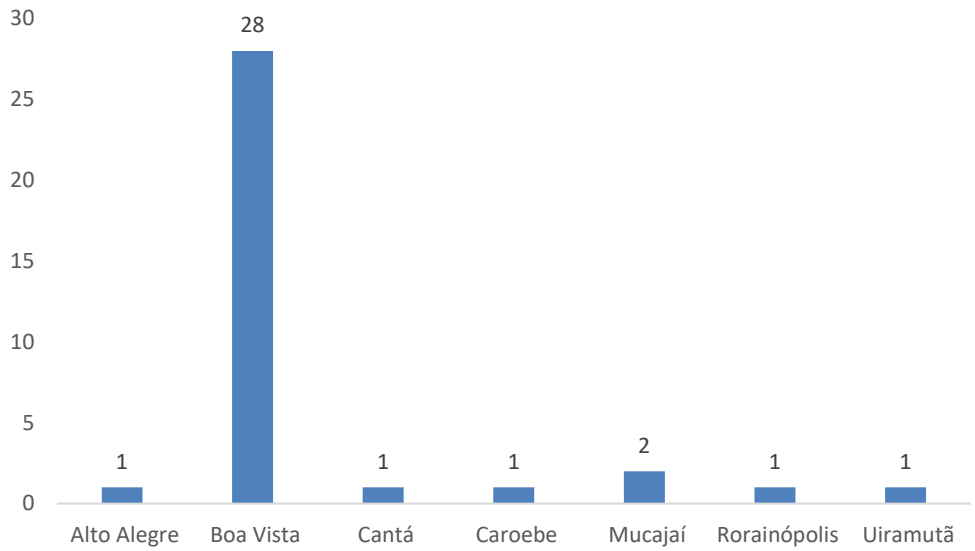
Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Gráfico 17- Casos de toxoplasmose congênita segundo critério de confirmação, Roraima, 2025



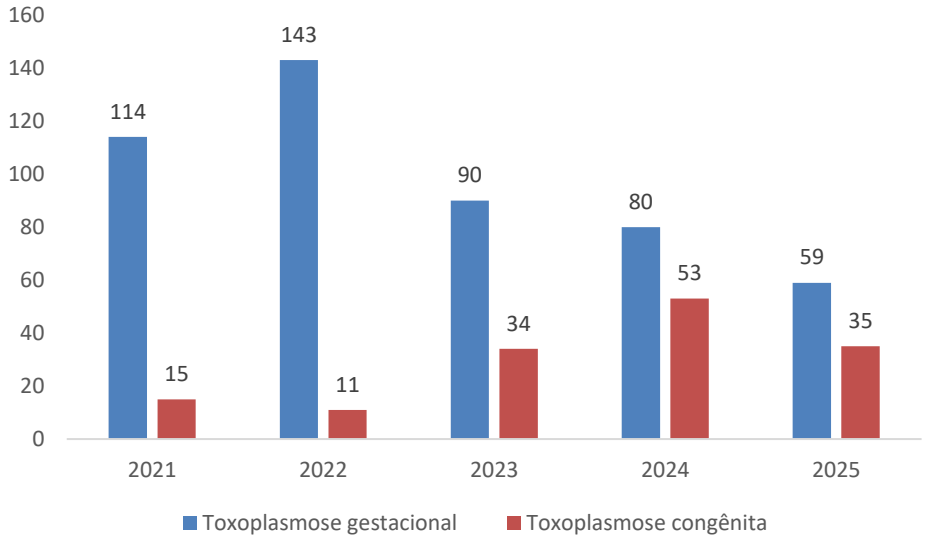
Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Gráfico 18 – Casos confirmados de toxoplasmose congênita, Roraima, 2020 a 2024



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Gráfico 19- Proporção de casos de toxoplasmose congênita para toxoplasmose adquirida na gestação, Roraima, 2021 a 2025



Fonte: SINAN-NET/CGVS/SESAU – 20/07/2026

Em 2025 houve uma redução de casos confirmados de toxoplasmose gestacional e congênita em comparação aos anos anteriores, como também redução na proporção de toxoplasmose congênita comparada à gestacional. Dos 59 casos confirmados de toxoplasmose gestacional, 59,32% confirmaram toxoplasmose congênita (n=35). (Gráfico19)

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. Em 2025 foram notificados três casos, apenas um confirmado com evolução para óbito. No entanto, não houve confirmação por critério laboratorial.

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.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1 de janeiro a 31 de agosto de 2025, foram relatados um total acumulado de 462.890 casos de cólera e 5.869 mortes em 32 países nas cinco regiões da OMS, com a Região do Mediterrâneo Oriental registrando os maiores números, seguida pela Região Africana, Região do Sudeste Asiático, Região das Américas e Região do Pacífico Ocidental. Nenhum caso foi relatado na Região Europeia.

Em agosto de 2025 (semanas epidemiológicas 32 a 35), foram notificados 57.215 novos casos de cólera e diarreia aquosa aguda em 23 países, territórios e áreas em três regiões da OMS, representando uma diminuição de 16% em relação a julho. O período também registrou 758 óbitos relacionados à cólera em todo o mundo, uma redução de 22% em relação ao mês anterior.

Na região das américas, o Haiti teve um caso confirmado de cólera durante a 37ª semana epidemiológica no município de Pétion-Ville, após 12 semanas consecutivas sem confirmação.

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 Amajarí 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. Em 2025 nenhum caso suspeito foi notificado.

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, foram confirmados 26 casos de botulismo, nos seguintes estados: Tocantins (1), Maranhão (1), Ceará (1), Pernambuco (1), Bahia (2), Minas Gerais (12), São Paulo (3), Paraná (1), Santa Catarina (1), Rio Grande do Sul (1), Goiás (1), Distrito Federal (1). 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

A análise da situação epidemiológica das Doenças de transmissão Hídrica e alimentar (DTHA) no estado de Roraima evidencia que esses agravos permanecem como importante problema de saúde pública, embora tenha sido observada redução na incidência de doença diarreica aguda em 2025 em comparação ao ano anterior.

Ressalta-se a importância do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica das DTHA, bem como a qualificação das equipes municipais para detecção precoce, investigação, notificação e resposta oportuna aos surtos, melhora na qualidade da vigilância sentinela e diagnóstico laboratorial. A confirmação de um caso de febre tifoide em 2025, com evolução para óbito, reforça a necessidade de manter a sensibilidade da vigilância epidemiológica e laboratorial.

Por fim, este relatório constitui importante instrumento para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão pelos gestores estaduais e municipais, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de prevenção, controle e redução das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar no estado de Roraima.

As doenças abordadas neste relatório fazem parte da vigilância das doenças diarreicas agudas monitoradas pelo Núcleo de Controle das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar - NCDTHA e representam importante impacto na saúde pública, uma vez que, 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, consequentemente 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/composicao/svsa/cnie/painel-doencas-diarreicas-agudas. Acessado em 20/07/2026.

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: 20/07/2026.

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 20/07/2026.

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: 20/07/2026.

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: 20/07/2026.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/botubr.def. Acessado em: 16/07/2026.

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: 16/07/2026.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. IBGE, 2023.

SIVEP. Disponível em: http://sivepdda.saude.gov.br. Acessado em 20/07/2026.

World Health Organization. Cholera**.** 2026. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--30--26-september-2025. Acessado em 16/07/2026

World Health Organization. Enfermidades diarreicas. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>. Acessado em: em 16/07/2026.

3.11 ARBOVIROSES: FEBRE AMARELA, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, MAYARO E OROPOUCHE

Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo

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 constituem importante problema de saúde pública em razão de sua capacidade de produzir surtos e epidemias, da diversidade de agentes etiológicos e vetores envolvidos e da possibilidade de ocorrência de formas clínicas graves, óbitos e outros impactos sobre a população e os serviços de saúde. Na Região Amazônica, suas características ambientais, climáticas, territoriais e sociais favorecem a manutenção de ciclos de transmissão urbanos e silvestres, tornando necessária uma vigilância contínua e integrada capaz de identificar oportunamente alterações no padrão epidemiológico e orientar medidas de prevenção e controle.

No estado de Roraima, a vigilância das arboviroses apresenta particularidades

relacionadas à extensa área territorial, à diversidade ambiental, à presença de áreas urbanas, rurais e indígenas e à condição de fronteira internacional com a Venezuela e a Guiana. Nesse contexto, o monitoramento desses agravos deve considerar não somente a ocorrência de casos humanos, mas também a circulação dos agentes etiológicos, os eventos envolvendo animais sentinelas, os indicadores entomológicos, a presença e densidade dos vetores e as condições ambientais favoráveis à transmissão.

O cenário epidemiológico estadual demonstra a necessidade de uma abordagem ampliada da vigilância. Além das arboviroses urbanas tradicionalmente monitoradas, como dengue, chikungunya e Zika, a circulação de arbovírus associados aos ciclos silvestres assume especial relevância no território. Em 2025, foram identificados laboratorialmente casos de febre do Mayaro em diferentes municípios e caso de febre do Oropouche em residente de Boa Vista. A vigilância da febre amarela também permanece estratégica, especialmente diante da ocorrência de epizootias em primatas não humanos e da confirmação da circulação do vírus da febre amarela em PNH encontrado em comunidade indígena no município de Alto Alegre, evento sentinela que sinaliza risco de transmissão no território.

Paralelamente à vigilância epidemiológica e laboratorial, a vigilância entomológica constitui componente essencial para avaliação do risco de transmissão das arboviroses. Em Roraima, os Levantamentos Rápidos de Índices para Aedes aegypti (LIRAa/LIA) permanecem como importante instrumento para o monitoramento da infestação vetorial e para o planejamento das intervenções municipais. Em 2025, foram realizados quatro levantamentos pelos municípios, possibilitando acompanhar espacial e temporalmente os indicadores entomológicos e identificar áreas prioritárias para intervenção. A persistência de elevados índices de infestação e de criadouros passíveis de manejo ou remoção reforça, entretanto, a necessidade de ampliar as estratégias de controle, fortalecer a atuação intersetorial e incorporar progressivamente novas tecnologias de vigilância e controle vetorial.

Diante desse contexto, o presente Relatório Epidemiológico das Arboviroses tem como objetivo apresentar e analisar o comportamento epidemiológico das principais arboviroses de importância para a saúde pública em Roraima, considerando a série histórica de 2021 a 2025, com ênfase no ano de 2025. A análise integra informações epidemiológicas, laboratoriais e entomológicas, abrangendo dengue, chikungunya,

Zika, febre amarela, febre do Oropouche e febre do Mayaro, bem como aspectos relacionados à vigilância e ao controle vetorial. Pretende-se, dessa forma, produzir informações que subsidiem o planejamento, a tomada de decisão e o direcionamento das ações de vigilância, prevenção e controle das arboviroses no estado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise descritiva das arboviroses prevalentes no estado de Roraima no período de 2021 a 2025, com destaque nas informações do ano de 2025. 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.

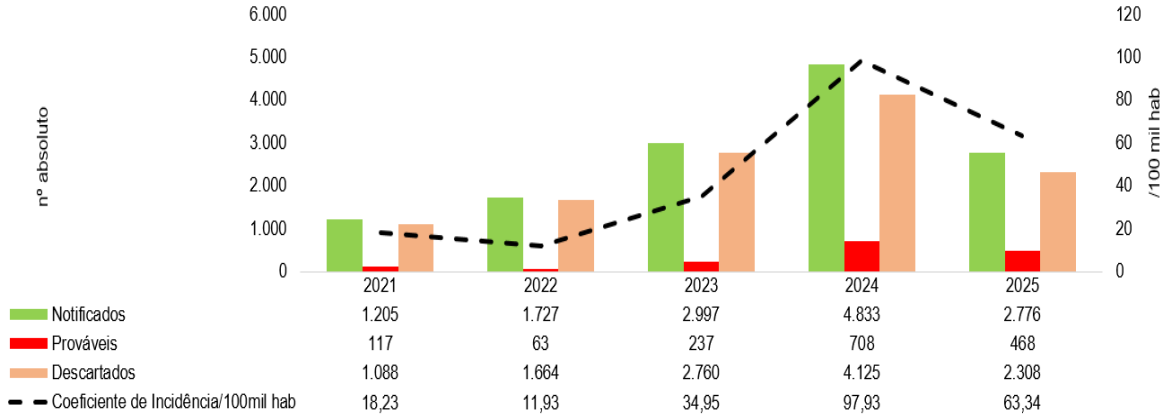
Os gráficos e tabelas foram construídos utilizando o Excel e os mapas foram construídos pelo QGIS (versão 3.2.8).

ARBOVIROSES URBANAS

DENGUE

No período de 2021 a 2025, foram notificados 13.538 casos suspeitos de dengue entre residentes dos municípios do estado de Roraima. Após investigação epidemiológica, 1.550 (11,45%) foram classificados como casos prováveis, enquanto 11.945 (88,23%) foram descartados, evidenciando um elevado percentual de descarte entre os casos notificados (Figura 1). Em 2025, foram registrados 2.776 casos suspeitos de dengue, dos quais 466 (16,8%) foram classificados como casos prováveis.

Figura 1: Casos de dengue notificados e Coeficiente de Incidência/100 mil hab. em residentes de Roraima, segundo classificação final, do período de 2021 a 2025, Roraima-2026



	2021	2022	2023	2024	2025
Notificados	1.205	1.727	2.997	4.833	2.776
Prováveis	117	63	237	708	468
Descartados	1.088	1.664	2.760	4.125	2.308
Coeficiente de Incidência/100mil hab	18,23	11,93	34,95	97,93	63,34

Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 13/07/2025)

Conforme apresentado na Figura 1, o coeficiente de incidência de dengue no estado de Roraima foi de 65 casos por 100 mil habitantes em 2025. Em comparação com o ano de 2024, quando foi registrada incidência de 97,92 casos por 100 mil habitantes, observou-se uma redução de 35%.

A tabela 1, apresenta a comparação dos principais indicadores epidemiológicos da dengue entre o Brasil, Roraima e os estados da Região Norte em 2025. Roraima apresentou um coeficiente de incidência de 65 casos por 100 mil habitantes, valor inferior ao observado para a Região Norte (119 casos/100 mil habitantes) e o menor entre os estados da região, juntamente com o Amazonas. Apesar da baixa incidência em relação aos demais estados, Roraima registrou dois óbitos confirmados por dengue, resultando em uma taxa de letalidade entre casos prováveis de 0,42%, a mais elevada da Região Norte e aproximadamente quatro vezes superior à média regional (0,11%). Apesar da baixa incidência em relação aos demais estados, Roraima registrou dois óbitos confirmados por dengue, resultando em uma taxa de letalidade entre casos prováveis de 0,42%, a mais elevada da Região Norte e aproximadamente quatro vezes superior à média regional (0,11%). Esse resultado evidencia que, embora a transmissão da doença tenha ocorrido em menor intensidade, os casos evoluíram com maior gravidade, reforçando a necessidade de fortalecer a identificação precoce dos sinais de alarme e o manejo clínico adequado dos casos.

Tabela 1: Coeficiente de incidência de casos prováveis e taxa de letalidade de dengue do Brasil, Região Norte e estados da região norte do ano de 2025, Brasil-2026

Região/UF	Nº de Casos Prováveis	Coeficiente de Incidência/100 mil hab	Nº de óbitos confirmados por dengue	Taxa de letalidade em casos prováveis (%)	Taxa de letalidade em casos de dengue grave (%)
Brasil	**1.654.774**	**775**	**1.791**	**0,11**	**4,98**
Norte*	39.218	119	45	0,11	6,42
Acre*	8.711	985	5	0,06	6,33
Amapá*	2.445	303	3	0,12	6,00
Amazonas*	5.142	119	2	0,04	11,11
Pará*	17.178	197	31	0,18	6,34
Rondônia*	2.427	138	2	0,08	12,50
Roraima**	468	63	2	0,42	0,00
Tocantins*	3.308	208	2	0,06	4,08

Fonte: *https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses. Acesso em 13/07/26. ** Sinannet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2025

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos casos notificados, casos prováveis e casos descartados de dengue por município de residência no estado de Roraima, no período de 2021 a 2025. Observa-se um aumento progressivo das notificações entre 2021 (1.205 casos) e 2024 (4.833 casos), seguido de redução em 2025, quando foram registrados 2.776 casos suspeitos, representando uma diminuição de 42,6% em relação ao ano anterior. Da mesma forma, o número de casos prováveis reduziu de 708 em 2024 para 468 em 2025, correspondendo a uma redução de 33,9%, indicando menor intensidade de transmissão da doença no estado. De maneira geral, os resultados demonstram que, apesar da redução do número de casos em 2025 em comparação com 2024, a dengue permaneceu amplamente distribuída entre os municípios de Roraima. O elevado percentual de casos descartados observado em diversas localidades, e ao longo dos anos, evidencia a importância do fortalecimento da vigilância epidemiológica, da qualificação da investigação dos casos, da ampliação do diagnóstico laboratorial e da avaliação sistemática dos critérios de confirmação e descarte, contribuindo para o aprimoramento da qualidade das informações e para o direcionamento mais eficiente das ações de prevenção e controle da doença.

Tabela 2: Distribuição dos casos notificados, casos prováveis e casos descartados de dengue, segundo município de residência e ano de início dos sintomas, Roraima, 2021–2025

Mun Resid RR	ano do início dos sintomas														
	2021			2022			2023			2024			2025		
	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc
Alto Alegre	32	8	24	257	5	252	23	1	22	100	40	60	26	10	16
Amajari	1	0	1	29	1	28	8	1	7	42	3	39	33	7	26
Boa Vista	401	46	355	900	42	858	776	74	702	2.429	272	2.157	1.379	222	1.157
Bonfim	93	5	88	72	1	71	375	93	282	182	6	176	183	32	151
Cantá	8	0	8	26	1	25	287	17	270	273	32	241	166	9	157
Caracaraí	71	7	64	35	1	34	289	8	281	243	6	237	149	42	107
Caroebe	50	12	38	39	1	38	148	2	146	26	4	22	69	13	56
Iracema	19	3	16	44	0	44	236	5	231	49	22	27	23	7	16
Mucajaí	63	7	56	52	7	45	319	6	313	109	7	102	96	8	88
Normandia	3	0	3	4	0	4	17	3	14	121	58	63	31	4	27
Pacaraima	6	0	6	33	0	33	65	6	59	121	77	44	129	50	79
Rorainópolis	257	18	239	62	3	59	327	19	308	939	153	786	269	32	237
São João da Baliza	188	10	178	172	1	171	119	1	118	164	2	162	201	19	182
São Luiz	11	1	10	2	0	2	6	0	6	28	25	3	13	8	5
Uiramutã	2	0	2	0	0	0	2	1	1	7	1	6	9	5	4
Total	1.205	117	1.088	1.727	63	1.664	2.997	237	2.760	4.833	708	4.125	2.776	468	2.308

Fonte:Sinannet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2025

Nota explicativa: Notif.: Casos notificados (são todos os casos que foram notificados como suspeito de dengue) Prov.:Casos prováveis (são todos os casos notificados como suspeito de dengue e que não foram descartados). Desc.:Casos descartados (são todos os casos que foram descartados)

A Tabela 3 apresenta o coeficiente de incidência por 100 mil habitantes nos municípios de Roraima em 2025. Ao analisar a incidência, observa-se que os maiores coeficientes foram registrados em municípios de menor porte populacional, destacando-se Pacaraima (216,34 casos/100 mil habitantes), Bonfim (205,52 casos/100 mil habitantes), São João da Baliza (190,59 casos/100 mil habitantes) e Caracaraí (184,62 casos/100 mil habitantes). Esses municípios apresentaram risco de adoecimento aproximadamente três vezes maior ao alcançado pelo estado (63/100 mil hab.), indicando maior intensidade de transmissão local durante o período analisado. Também apresentaram coeficientes acima da média estadual os municípios de Caroebe (108,30/100 mil habitantes), São Luiz (101,94/100 mil habitantes), Rorainópolis (84,69/100 mil habitantes) e Iracema (64,00/100 mil habitantes). Em contrapartida, os menores coeficientes de incidência foram observados em Normandia (24,51/100 mil habitantes), Uiramutã (30,89/100 mil habitantes), Mucajaí (39,99/100 mil habitantes), Alto Alegre (42,39/100 mil habitantes), Cantá (42,65/100 mil habitantes) e Amajari (43,45/100 mil habitantes).

Pacaraima e Bonfim são municípios situados na região de fronteira internacional com a Venezuela e a Guiana, condição que favorece intensa mobilidade populacional por turismo e comércio, o que pode colaborar com a dinâmica da circulação dos sorotipos do vírus da dengue.

Tabela 3 – Casos prováveis, população residente e coeficiente de incidência de dengue/100 mil habitantes, segundo município de residência. Roraima, 2025

Mun Resid RR	2025		
	Casos prováveis	População residente	Coeficiente de incidência/100 mil hab.
Alto Alegre	10	23.589	42,39
Amajari	7	16.112	43,45
Boa Vista	222	485.477	45,73
Bonfim	32	15.570	205,52
Cantá	9	21.102	42,65
Caracaraí	42	22.750	184,62
Caroebe	13	12.004	108,30
Iracema	7	10.937	64,00
Mucajaí	8	20.006	39,99
Normandia	4	16.323	24,51
Pacaraima	50	23.112	216,34
Rorainópolis	32	37.787	84,69
São João da Baliza	19	9.969	190,59
São Luiz	8	7.848	101,94
Uiramutã	5	16.186	30,89
Total	**468**	**738.772**	**63,35**

Fonte:Sinannet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2025

O gráfico 2 apresenta a distribuição dos casos prováveis de dengue por sexo e faixa etária no período de 2021 a 2025 e no ano de 2025. Observa-se que o perfil epidemiológico registrado em 2025 manteve o mesmo padrão observado ao longo da série histórica, evidenciando estabilidade na distribuição dos casos segundo sexo e idade.

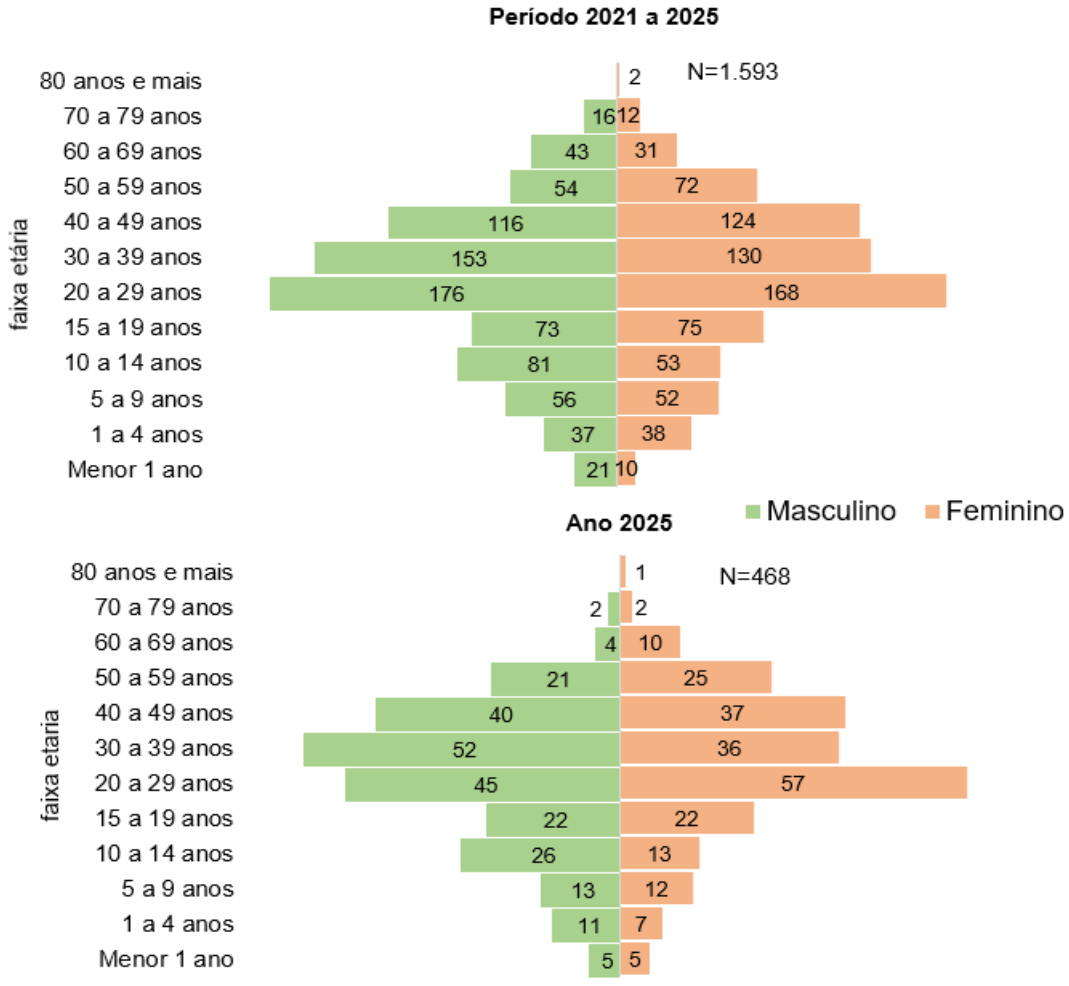
Em todo o período analisado (2021–2025), foram registrados 1.593 casos prováveis, com maior concentração de casos nas faixas etárias de 20 a 29 anos (344 casos; 21,6%), 30 a 39 anos (283 casos; 17,8%) e 40 a 49 anos (240 casos; 15,1%). Em 2025, esse comportamento foi mantido, com predominância dos casos entre indivíduos de 20 a 29 anos (102 casos; 21,8%), 30 a 39 anos (88 casos; 18,8%) e 40 a 49 anos (77 casos; 16,5%), que, em conjunto, concentraram mais da metade dos casos registrados no estado.

Quanto ao sexo, verifica-se discreto predomínio do sexo feminino, tanto na série

histórica quanto em 2025, especialmente entre adultos jovens, padrão frequentemente observado em estudos epidemiológicos da dengue e que pode estar relacionado à maior permanência no ambiente domiciliar, maior procura pelos serviços de saúde e maior oportunidade de notificação.

A ocorrência de casos em todas as faixas etárias, incluindo crianças menores de 15 anos e idosos, associada à expressiva participação de mulheres entre os casos prováveis, sugere que a transmissão da dengue esteja ocorrendo predominantemente no ambiente intra e peridomiciliar, local onde o Aedes aegypti encontra seus principais criadouros.

Gráfico 2 – Distribuição dos casos prováveis de dengue segundo sexo e faixa etária. Roraima, período de 2021 a 2025 e ano de 2025



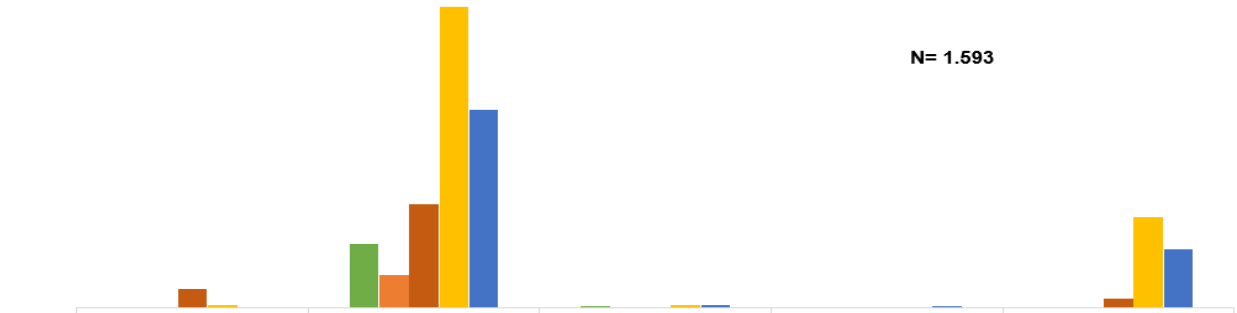
Fonte: Sinanet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2026.

Na avaliação da classificação final dos 1.593 casos prováveis de dengue

registrados no período de 2021 a 2025 (Gráfico 3), observa-se que 78,2%(1.244) foram classificados como Dengue, 1,1%(18) como Dengue com Sinais de Alarme e 0,3%(5) como Dengue Grave, demonstrando que a maior parte dos casos evoluiu para formas clínicas sem critérios de gravidade, conforme o perfil epidemiológico esperado da doença.

No ano de 2025, dos 468 casos prováveis registrados, 352 (75,2%) receberam classificação final como Dengue, 6(1,3%) como Dengue com Sinais de Alarme e 3 (0,6%) como Dengue Grave. Apesar da redução do número absoluto de casos em relação a 2024, observa-se discreto aumento proporcional das formas graves e com sinais de alarme, reforçando a importância da identificação precoce dos casos, da adequada estratificação de risco e do manejo clínico oportuno.

Gráfico 3 – Classificação final dos casos prováveis de dengue segundo ano do início dos sintomas. Roraima, período de 2021 a 2025



	Ign/Branco	Dengue	Dengue com Sinais de Alarme	Dengue grave	Inconclusivo
2021	0	113	3	0	1
2022	2	59	1	1	0
2023	34	185	2	0	16
2024	5	535	6	1	161
2025	2	352	6	3	105

Fonte: Sinanet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2026.

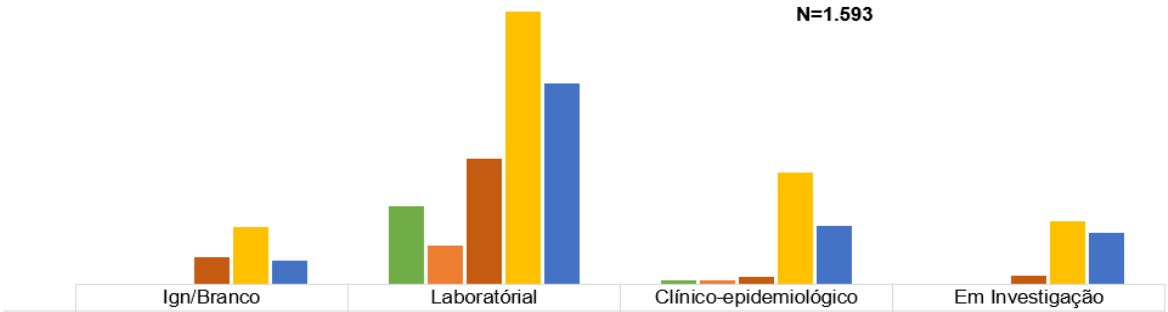
Merece destaque, entretanto, o elevado número de casos classificados como Inconclusivos em 2025, totalizando 105 notificações (22,4%), percentual superior ao observado para o conjunto da série histórica (17,8%). Embora inferior ao registrado em 2024 (161 casos), esse quantitativo permanece elevado e evidencia fragilidades no processo de investigação e encerramento dos casos. Observa-se que o aumento dos registros inconclusivos ocorreu justamente nos anos de maior transmissão (2024 e 2025), sugerindo falta de acompanhamento dos técnicos da vigilância e dificuldades na aplicação dos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde para confirmação ou

descarte dos casos, o que comprometeu a oportunidade e a qualidade do encerramento das notificações.

Na avaliação do critério de confirmação dos 1.593 casos prováveis de dengue registrados no período de 2021 a 2025, observa-se predomínio da confirmação por critério laboratorial, responsável por 63,2%(1.006) dos casos, seguido pelo critério clínico-epidemiológico, com 16,3% (260). Os registros classificados como Ignorado/Branco corresponderam a 9,6% (153), enquanto 10,9% (174) permaneceram em investigação (Gráfico 4).

No ano de 2025, dos 468 casos prováveis, dos quais 281(60,0%) foram confirmados por critério laboratorial, 82(17,5%) por critério clínico-epidemiológico, 72(15,4%) permanecem em investigação e 33 (7,1%) apresentam o campo de critério de confirmação ignorado ou em branco. Embora a confirmação laboratorial tenha permanecido como o principal critério utilizado, observa-se redução de sua participação proporcional em relação a 2024 (54,1% versus 60,0% em 2025) e manutenção de um número expressivo de casos ainda não encerrados. A elevada proporção de casos em investigação e de registros com o campo Ignorado/Branco em 2025 representa um importante indicador de oportunidade e qualidade da vigilância epidemiológica, podendo comprometer a consistência das análises epidemiológicas e a correta classificação dos casos.

Gráfico 4 – Critério de confirmação dos casos prováveis de dengue segundo ano do início dos sintomas. Roraima, período de 2021 a 2025



	Ign/Branco	Laboratórial	Clínico-epidemiológico	Em Investigação
2021	1	110	6	0
2022	1	55	6	1
2023	38	177	10	12
2024	80	383	156	89
2025	33	281	82	72

Fonte: Sinanet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2026.

Dos 2.776 casos notificados como suspeitos de dengue, com início dos sintomas em 2025, 88,6% (2.459) atendiam à definição de caso suspeito de dengue estabelecida pelo Ministério da Saúde[1]. Entretanto, apenas 16,9% (468) foram classificados como casos prováveis, resultando em uma elevada proporção de notificações descartadas.

Esse resultado reforça a necessidade de uma avaliação mais criteriosa da qualidade da investigação epidemiológica e do encerramento dos casos pelos municípios, considerando que a maioria das notificações preenchia os critérios clínicos e epidemiológicos para definição de caso suspeito. Embora parte dos casos descartados possa ser atribuída à confirmação laboratorial de outros diagnósticos, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) não dispõe de um campo específico que permita registrar, de forma padronizada, se o descarte ocorreu em decorrência da identificação laboratorial de outro agente etiológico. Essa limitação dificulta a avaliação da adequação dos critérios utilizados para o encerramento dos casos e compromete análises mais precisas sobre a qualidade da vigilância epidemiológica.

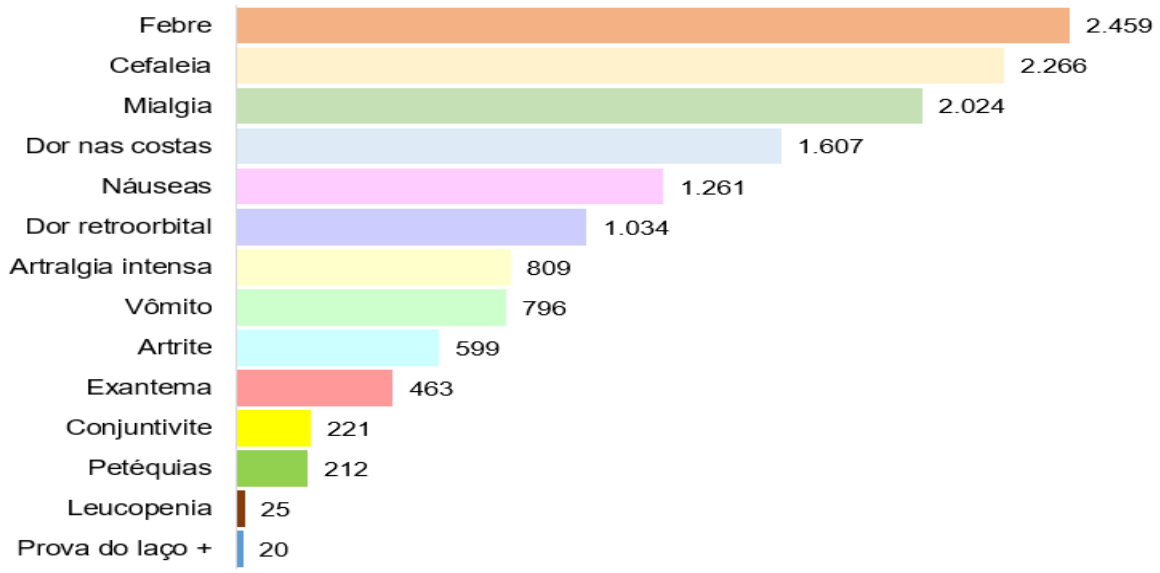
No gráfico 5 são apresentados os sinais e sintomas descritos nas notificações dos casos notificados como suspeitos de dengue com início dos sintomas o ano de 2025.

A análise da evolução dos 1.593 casos prováveis de dengue registrados entre 2021 e 2025 demonstra que a cura foi o principal desfecho clínico em todos os anos da série, correspondendo a 76,9% (1.225) dos casos (tabela 4). No mesmo período, foram registrados quatro óbitos por dengue e dois óbitos por outras causas, evidenciando a baixa letalidade da doença quando comparada ao total de casos prováveis.

Nota de Rodapé

[1] Definição de caso suspeito de dengue: Pessoa que reside ou tenha viajado, nos últimos 14 dias, para área com transmissão de dengue ou com presença de *Aedes aegypti*, que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias de duração, acompanhada de duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro orbitária, petéquias, prova do laço positiva ou leucopenia. Em crianças, a doença pode manifestar-se apenas com febre associada a sintomas inespecíficos. (Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed., 2025.)

Gráfico 5 – Sinais e sintomas descritos nas fichas de notificação dos casos suspeitos de dengue segundo ano do início dos sintomas. Roraima, ano de 2025



Fonte: Sinanet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2026.

Observa-se, entretanto, um aumento progressivo dos registros com evolução do caso preenchida como Ignorado/Branco a partir de 2023, alcançando 188 casos em 2024 e permanecendo em patamar elevado em 2025, com 115 registros. Embora tenha ocorrido redução em relação ao ano anterior, esse quantitativo ainda corresponde a 24,6% dos casos prováveis de 2025, percentual que compromete a avaliação da evolução clínica dos pacientes e a qualidade das informações produzidas pelo sistema de vigilância.

Tabela 4 – Casos prováveis de dengue segundo a evolução e ano do início dos sintomas. Roraima, período de 2021 a 2025

Ano do início dos sintomas	Evolução do caso				Total
	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outras causas	
2021	4	111	1	1	117
2022	1	61	1	0	63
2023	54	182	0	1	237
2024	188	520	0	0	708
2025	115	351	2	0	468
Total	**362**	**1.225**	**4**	**2**	**1.593**

Fonte: Sinanet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2026.

Dos 468 casos prováveis do ano de 2025, 351 (75,0%) evoluíram para cura e dois (0,4%) evoluíram para óbito por dengue. O registro de dois óbitos representa o maior número de óbitos por dengue observado na série analisada, reforçando a necessidade de manutenção da vigilância dos casos graves, do diagnóstico oportuno e da adequada classificação de risco e manejo clínico dos pacientes.

O elevado percentual de notificações com evolução do caso não informada em 2025 evidencia a necessidade de fortalecer o monitoramento da qualidade do preenchimento desse campo no SINAN, uma vez que a informação sobre a evolução clínica é essencial para a avaliação da morbimortalidade, da letalidade da doença e do desempenho da assistência à saúde. Recomenda-se que os municípios intensifiquem o encerramento oportuno das notificações e a qualificação das equipes responsáveis pela investigação epidemiológica, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A análise da identificação dos sorotipos do vírus da dengue no período de 2021 a 2025 (tabela 5) demonstra que, dos 13.538 casos suspeitos notificados no estado de Roraima, apenas 410 (3,03%) tiveram o sorotipo viral identificado por métodos laboratoriais, permanecendo 13.128 (96,97%) registros classificados como Ignorado/Branco, correspondentes aos casos em que não houve realização de exame para identificação do sorotipo.

Tabela 5 – Distribuição dos sorotipos do vírus da dengue e percentual de casos com identificação viral, segundo município de residência. Roraima, 2021 a 2025

Município de Residência	Sorotipos						% de casos com identificação do sorotipo
	Ign/Branco	DENV 1	DENV 2	DENV 3	DENV 4	Total	
Alto Alegre	437	0	0	1	0	438	0,23
Amajari	112	0	1	0	0	113	0,88
Boa Vista	5.795	38	15	35	2	5.885	1,53
Bonfim	844	0	1	60	0	905	6,74
Cantá	733	6	2	19	0	760	3,55
Caracaraí	762	23	1	1	0	787	3,18
Caroebe	331	0	1	0	0	332	0,30
Iracema	368	3	0	0	0	371	0,81
Mucajaí	635	1	1	1	1	639	0,63
Normandia	132	0	0	44	0	176	25,00
Pacaraima	352	0	2	0	0	354	0,56
Rorainópolis	1.723	122	6	2	1	1.854	7,07
São João da Baliza	825	1	1	16	1	844	2,25
São Luiz	59	1	0	0	0	60	1,67
Uiramutã	20	0	0	0	0	20	0,00
Total	**13.128**	**195**	**31**	**179**	**5**	**13.538**	**3,03**

Fonte: Sinanet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2026.

Observa-se importante heterogeneidade entre os municípios quanto à vigilância virológica. Destacam-se Normandia (25,0%), Rorainópolis (7,07%) e Bonfim (6,74%), que apresentaram os maiores percentuais de identificação de sorotipos, evidenciando um maior esforço da vigilância epidemiológica municipal para monitoramento da circulação viral.

Em contrapartida, Boa Vista, apesar de concentrar o maior número de notificações do estado (5.885 casos; 43,5% do total), apresentou identificação do sorotipo em apenas 90 casos (1,53%), percentual inferior ao observado em diversos municípios do interior. Esse resultado merece especial atenção, uma vez que o município possui ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família, elevada capacidade instalada da rede de serviços de saúde e não enfrenta limitações logísticas para o envio de amostras ao Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (LACEN-RR), localizado na própria capital.

Quando comparado a municípios mais distantes, como Normandia, Rorainópolis, Bonfim, Cantá e Caracaraí, que dependem de transporte terrestre das amostras até Boa Vista e, ainda assim, apresentaram percentuais proporcionalmente superiores de

identificação dos sorotipos, o desempenho da capital evidencia uma fragilidade na vigilância laboratorial e na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para monitoramento da circulação dos sorotipos virais.

Tabela 6 – Amostras cadastradas e processadas para Pesquisa ZDC, resultados detectáveis para dengue e sorotipos identificados, segundo município de cadastro da amostra. Roraima, 2021–2025

Município de cadastro da amostra	Cadastradas	Nº de amostras Processadas/ Liberadas	Resultado detectável	Sorotipos identificados				% de positividade
				DENV1	DENV2	DENV3	DENV4	
Alto Alegre	16	14	0	0	0	0	0	0,00
Amajari	24	24	1	0	1	0	0	4,17
Boa Vista	1.128	1.005	19	8	7	3	1	1,89
Bonfim	48	43	0	0	0	0	0	0,00
Cantá	138	128	1	0	0	1	0	0,78
Caracaraí	113	105	22	22	0	0	0	20,95
Caroebe	6	6	0	0	0	0	0	0,00
Iracema	11	7	0	0	0	0	0	0,00
Mucajaí	72	68	2	1	1	0	0	2,94
Normandia	26	18	0	0	0	0	0	0,00
Pacaraima	61	40	2	0	2	0	0	5,00
Rorainópolis	242	218	5	5	0	0	0	2,29
São João da Baliza	208	198	18	1	0	16	1	9,09
São Luiz	3	0	0	0	0	0	0	0,00
Uiramutã	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	**2.096**	**1.874**	**70**	**37**	**11**	**20**	**2**	**3,74**

Fonte: GAL/LACEN/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 20/07/2026

Essa situação limita a capacidade de detecção precoce da introdução ou substituição de sorotipos circulantes, reduz a sensibilidade da vigilância virológica e compromete a avaliação do risco epidemiológico para ocorrência de epidemias e de formas graves da doença. Nesse contexto, recomenda-se fortalecer a coleta oportuna de amostras para vigilância virológica, especialmente em Boa Vista, priorizando os casos indicados para investigação laboratorial conforme os protocolos vigentes, de modo a ampliar a representatividade da circulação viral no estado e subsidiar de forma mais consistente as ações de vigilância e controle das arboviroses.

Na tabela 6, é apresentado o número de amostras que foram cadastradas no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL) de janeiro a dezembro de 2025 no Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (LACEN-RR), para realização do exame específico para o diagnóstico da dengue “Pesquisa ZDC”. Foram cadastradas 2.096 amostras, das quais 1.874 (89,4%) foram processadas e liberadas demonstrando boa capacidade operacional do Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (LACEN-RR) no processamento das amostras. Entre as amostras

analisadas, 70(3,7%) apresentaram resultado detectável para o vírus da dengue, possibilitando a identificação do sorotipo viral circulante nos municípios de Roraima.

Observa-se que Boa Vista concentrou o maior volume de amostras encaminhadas ao LACEN-RR, com 1.128 (53,8%) amostras cadastradas e 1.005 (53,6%) processadas, seguida por Rorainópolis (242), São João da Baliza (208), Cantá (138) e Caracaraí (113).

Tabela 7 – Distribuição das amostras cadastradas, processadas e com resultado detectável para Pesquisa ZDC, segundo unidade solicitante, município de Boa Vista, Roraima, 2021–2025

Unidade do laboratório de cadastro	nº de amostras cadastradas	nº de amostras liberadas	nº de amostras detectável	% de Positividade
Casa de Saúde do Índio	20	12	0	0,00
Divisão de Vigilância Epidemiológica do Estado de Roraima	2	2	0	0,00
Hospital de Criança Santo Antônio	221	212	7	3,30
Hospital Geral de Roraima	99	93	4	4,30
Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth	16	12	0	0,00
Hospital Universitário da Universidade de Roraima	7	4	0	0,00
Hospital Ville Roy	2	2	0	0,00
Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima	7	7	0	0,00
Laboratório de Referência Municipal	87	85	2	2,35
Policlínica Cosme e Silva	665	576	6	1,04
UBS	1	0	0	0,00
Total	**1.127**	**1.005**	**19**	**1,89**

Fonte: GAL/LACEN/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 20/07/2026

A distribuição das amostras cadastradas para realização da Pesquisa ZDC nas unidades de saúde do município de Boa Vista (Tabela 7) evidencia que a maior parte das solicitações foi proveniente de serviços hospitalares e de urgência e emergência, em detrimento da Atenção Primária à Saúde (APS) : Policlínica Cosme e Silva concentrou 665 (59,0%) das 1.127 amostras cadastradas, seguida pelo Hospital de Criança Santo Antônio, com 221 (19,6%), Hospital Geral de Roraima, com 99 (8,8%), e Laboratório de Referência Municipal, com 87 (7,7%). Em contraste, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) registraram apenas uma amostra cadastrada durante todo o período analisado.

Esse achado merece destaque, considerando que a APS constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos suspeitos de

dengue, sendo responsável pela identificação precoce dos pacientes, coleta oportuna de amostras para diagnóstico laboratorial, manejo clínico inicial e acompanhamento dos casos. Nesse contexto, esperava-se maior participação das Unidades Básicas de Saúde no cadastramento das amostras.

A vacina dengue(atenuada) foi incorporada ao Sistema único de Saúde no ano de 2024 direcionada a população de 6 a 16 anos que vivem em ambientes com alta carga de dengue e alta intensidade de transmissão. Porém a vacinação contra dengue no Brasil foi iniciada na faixa etária de 10 a 14 anos baseando-se nas taxas de hospitalização por dengue nos últimos 5 anos. A vacina tetravalente atenuada para Dengue (vacina dengue (atenuada)) é baseada em um vírus DENV-2 vivo atenuado que fornece a estrutura genética para todos os quatro vírus da vacina. QDENGA é indicada para a prevenção de dengue em indivíduos dos 4 aos 60 anos de idade.

Tabela 8 - Cobertura vacinal do esquema de duas doses da vacina Qdenga® na população de 10 a 14 anos, segundo município de residência, do ano de 2025, Roraima, 2026

Município Residência	Dose		População Alvo (10 a 14 anos)	Cobertura %
	1º	2ª		
Alto Alegre	126	76	2.668	2,85
Amajari	179	105	1.519	6,91
Boa Vista	4.974	3.083	32.442	9,50
Bonfim	164	109	1.595	6,83
Cantá	234	106	1.651	6,42
Caracaraí	300	209	2.013	10,38
Caroebe	270	178	728	24,45
Iracema	38	29	764	3,80
Mucajaí	315	263	1.567	16,78
Normandia	127	56	1.828	3,06
Pacaraima	2.626	1.215	1.647	73,77
Rorainópolis	584	469	2.212	21,20
São João da Baliza	48	12	593	2,02
São Luiz	21	14	410	3,41
Uiramutã	30	16	2.134	0,75
Roraima	**10.036**	**5.940**	**53.771**	**11,05**

Fonte: https://infoms.saude.gov.br. Acesso em 31/07/2026. Dados sujeitos as alterações.

A tabela 8 apresenta a cobertura vacinal da vacina dengue atenuada (Qdenga®) na população de 10 a 14 anos nos municípios de Roraima, evidenciando cobertura estadual de apenas 11,05%, percentual muito inferior à meta de 90% para o esquema completo, preconizada pelo Ministério da Saúde. Esse resultado demonstra dificuldade na adesão da população à estratégia de vacinação, que utiliza um

esquema de duas doses, com intervalo de três meses entre elas, exigindo o retorno do adolescente à unidade de saúde para completar o esquema vacinal.

A baixa cobertura também pode ser explicada pelas características operacionais da estratégia de vacinação exigir que a administração do imunobiológico ocorra exclusivamente em ambiente seguro, nas unidades de saúde, reduzindo as oportunidades de acesso da população-alvo e tornando a busca ativa dos faltosos um componente essencial para o alcance de melhores coberturas.

Entre resultados alcançados pelos municípios, destaca-se Pacaraima, que alcançou a maior cobertura vacinal do estado (73,77%), resultado que contrasta com a maioria dos municípios, incluindo a capital Boa Vista que alcançou apenas 9,50%. Os municípios do Uiramutã (0,75%), São João da Baliza (2,02%), Alto Alegre (2,85%), Normandia (3,06%), São Luiz (3,41%) e Iracema (3,80%) apresentaram coberturas extremamente baixas, indicando fragilidades na oferta da vacinação ou no acompanhamento dos adolescentes para conclusão do esquema vacinal.

CHIKUNGUNYA

A febre do chikungunya foi identificada pela primeira vez no estado de Roraima na 34ª Semana Epidemiológica (SE) de 2014, por meio da confirmação de um caso importado em um residente do município de Boa Vista, com histórico de viagem à região litorânea da Venezuela. Ainda naquele ano, foi registrado o primeiro caso autóctone da doença no estado, envolvendo uma dona de casa sem histórico de deslocamento para áreas com transmissão e sem vínculo epidemiológico identificado com casos importados, evidenciando o estabelecimento da transmissão local do vírus. Desde então, o estado apresentou transmissão esporádica, culminando, em 2017, no único evento epidêmico de grande magnitude registrado até o momento. Nesse ano, foram notificados 6.760 casos suspeitos, dos quais 4.013 foram classificados como casos prováveis e 1.426 tiveram confirmação laboratorial com identificação do vírus chikungunya, resultando em uma incidência de 763 casos por 100 mil habitantes, a maior já registrada na série histórica estadual.

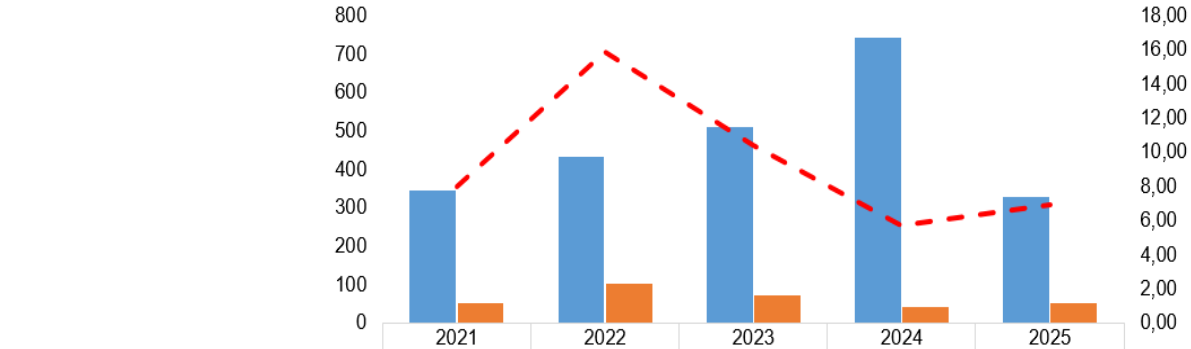
Entre 2021 e 2025, o estado de Roraima registrou 2.355 casos notificados de febre do chikungunya, dos quais 316 (13,4%) foram classificados como casos prováveis. A análise da série histórica evidencia comportamento oscilante tanto no

número de casos quanto na taxa de incidência conforme é apresentado no gráfico 6.

O coeficiente de incidência apresentou tendência de aumento entre 2021 (7,97 casos/100 mil habitantes) e 2022 (15,86 casos/100 mil habitantes), alcançando o maior valor do período em 2022. A partir de 2023, observou-se redução progressiva da incidência, com 10,38 casos/100 mil habitantes em 2023 e 5,72 casos/100 mil habitantes em 2024, indicando queda de 63,9% em relação ao pico observado em 2022. Em 2025, a incidência foi de 6,90 casos/100 mil habitantes, representando discreto aumento em comparação a 2024, porém permanecendo 56,5% abaixo do maior valor registrado na série.

De forma geral, os resultados demonstram que, no período analisado, a febre do chikungunya manteve-se em níveis de transmissão esporádica no estado, sem evidências de recrudescimento da transmissão sustentada. Entretanto, a persistência de notificações ao longo de toda a série histórica reforça a necessidade de manutenção da vigilância epidemiológica, da capacidade diagnóstica e das ações de controle vetorial, considerando a ampla distribuição do *Aedes aegypti* e o risco permanente de reintrodução e disseminação do vírus.

Gráfico 6: Casos notificados e prováveis de febre do chikungunya e Coeficiente de Incidência/100 mil habitantes, segundo ano de início dos sintomas, estado de Roraima, 2021–2025



	2021	2022	2023	2024	2025
Caso Notificado	343	431	511	742	328
Caso Provável	52	101	71	41	51
Coeficiente de Incidência /100mil hab	7,97	15,86	10,38	5,72	6,90

Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 31/07/2026)

Na tabela 9, observa-se importante heterogeneidade na distribuição espacial dos casos de chikungunya no período de 2021 a 2025. Em 2021, o maior número de notificações concentrou-se em São João da Baliza, responsável por 189 (55,1%) das

notificações estaduais, com 27 casos prováveis, sugerindo transmissão localizada no município. Em 2022, ocorreu mudança no padrão epidemiológico, com destaque para Alto Alegre, que concentrou 181 notificações e 69 casos prováveis, correspondendo a 68,3% de todos os casos prováveis do estado naquele ano, caracterizando o principal foco de transmissão do período. No ano de 2025, Boa Vista concentrou 38% (124) dos casos notificados e 59% (30) dos casos prováveis de chikungunya.

No gráfico 7, é apresentado o diagrama de controle do ano de 2025, com base na série histórica de 2016 a 2024, onde é possível observar que ao longo da semanas epidemiológicas (SE), a taxa de incidência se manteve dentro do canal endêmico na maior parte do ano, indicando comportamento compatível com a série histórica. Houve aumento da incidência, chegando a ultrapassar o limite superior, nas SE 6-7, 23 – 25 e 49, porém sem sustentação.

Tabela 9: Distribuição dos casos notificados, casos prováveis e casos descartados de chikungunya, segundo município de residência e ano de início dos sintomas, Roraima, 2021 –2025

Mun Resid RR	ano do início dos sintomas														
	2021			2022			2023			2024			2025		
	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc	Notif	Prov	Desc
Alto Alegre	11	3	8	181	69	112	6	0	6	7	3	4	6	2	4
Amajari	1	0	1	12	2	10	1	0	1	7	2	5	2	2	0
Boa Vista	88	12	76	140	21	119	169	29	140	156	9	147	124	30	94
Bonfim	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3	1	2	3	3	0
Cantá	5	1	4	3	0	3	140	18	122	166	3	163	120	7	113
Caracaraí	2	0	2	6	1	5	28	14	14	99	7	92	17	2	15
Caroebe	9	3	6	10	1	9	12	1	11	1	0	1	2	0	2
Iracema	2	0	2	1	0	1	11	0	11	8	8	0	0	0	0
Mucajaí	14	3	11	11	2	9	75	0	75	14	4	10	12	2	10
Normandia	1	0	1	2	0	2	2	1	1	11	2	9	2	0	2
Pacaraima	0	0	0	16	2	14	5	1	4	2	2	0	8	1	7
Rorainópolis	18	3	15	12	2	10	41	4	37	257	0	257	22	2	20
São João da Baliza	189	27	162	37	1	36	19	3	16	9	0	9	10	0	10
São Luiz	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Uiramutã	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	343	52	291	431	101	330	511	71	440	742	41	701	328	51	277

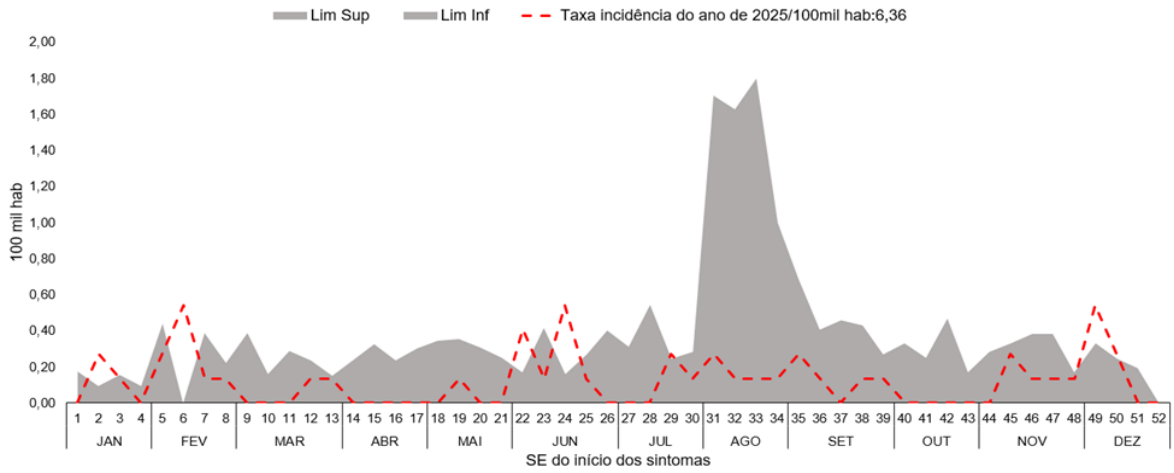
Fonte:SinanNet/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR. Acesso em 13/07/2025

Nota explicativa: Notif.: Casos notificados (são todos os casos que foram notificados como suspeito de chikungunya) Prov.:Casos prováveis (são todos os casos notificados como suspeito de chikungunya e que não foram descartados). Desc.:Casos descartados (são todos os casos que foram descartados)

Quanto a distribuição dos casos prováveis de chikungunya segundo faixa etária e sexo no período de 2021 a 2025, observa-se a predominância de casos na faixa

etária de 20 a 49 anos (158/50%). O sexo feminino foi o mais acometido ao longo da série histórica, com 173 casos (54,7%), enquanto o sexo masculino registrou 143 (45,2%). A avaliação específica do ano de 2025 demonstra que 67% dos casos ocorreram na população de 20 a 69 anos, faixa etária que concentra a população economicamente ativa e que apresenta maior impacto socioeconômico em decorrência das possíveis sequelas incapacitantes da doença. Quanto à distribuição por sexo, não foi observado predomínio entre homens e mulheres, evidenciando acometimento semelhante em ambos os grupos (gráfico 8).

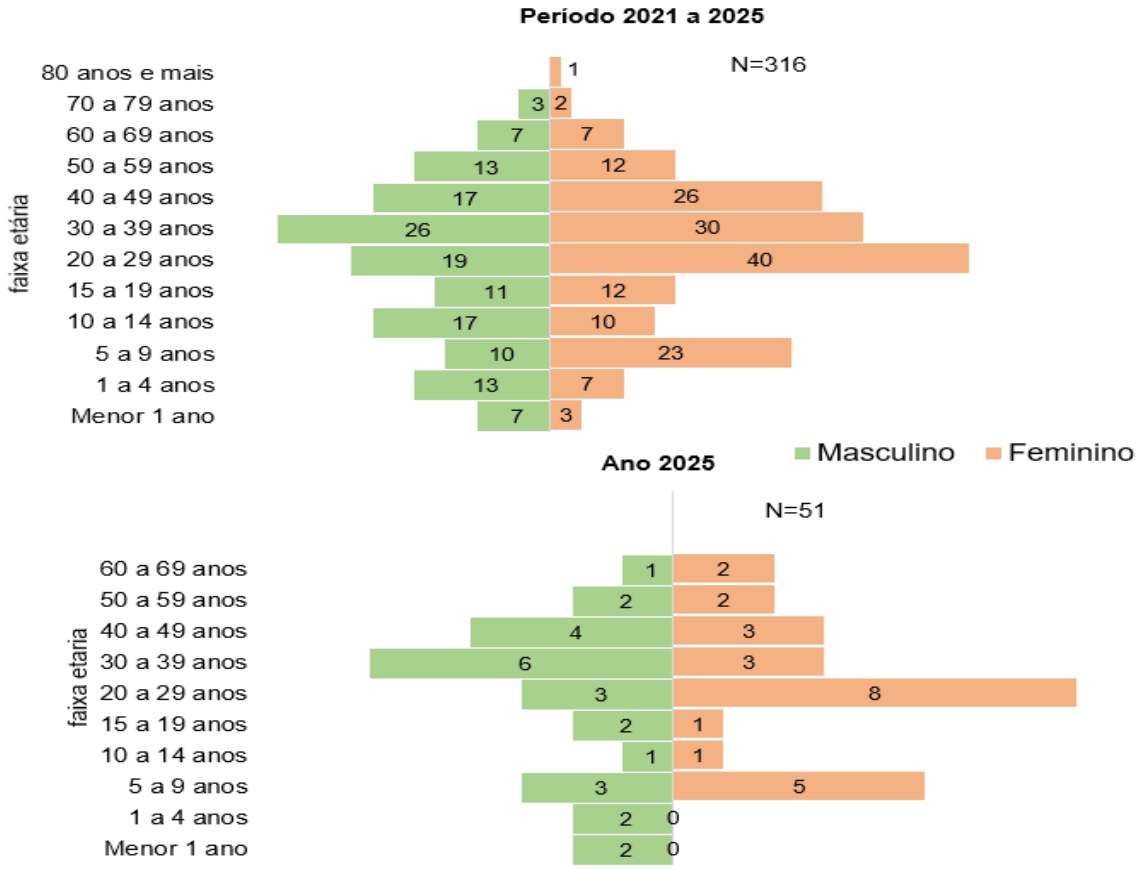
Gráfico 7: Diagrama de Controle da Chikungunya do ano de 2025 (2016-2024), Roraima, 2026



Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 31/07/2026)

A análise da série histórica da vigilância laboratorial no período de 2016 a 2025 evidencia importante variação no volume de exames realizados, com destaque para o ano de 2017, que concentrou o maior número de exames cadastrados (3.972) e realizados (3.885), compatível com período epidêmico e intensa circulação viral, tabela 10.

Gráfico 8 – Distribuição dos casos prováveis de chikungunya segundo sexo e faixa etária. Roraima, período de 2021 a 2025 e ano de 2025



Fonte: Sinan online/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 31/07/2026)

Após 2017, houve uma redução expressiva do número de exames realizados para o diagnóstico da chikungunya e também da taxa de positividade, caracterizando fase pós-epidêmica com circulação viral esporádica entre 2018 e 2021. Nesse período, tanto os exames sorológicos (Enzimaimunoensaio – IgM/IgG) quanto os moleculares (RT-PCR) apresentaram queda significativa no número de resultados reagentes/detectáveis.

A partir de agosto de 2022, foi implantada a Pesquisa ZDC por RT-PCR, ampliando a capacidade diagnóstica para investigação simultânea de dengue, zika e chikungunya. Entre 2023 e 2024 houve aumento expressivo do número de exames realizados (3.109 em 2024), entretanto mantendo-se baixa taxa de detecção para o vírus chikv sugerindo cenário de baixa circulação viral.

No que se refere à evolução dos casos ao longo de todo o período analisado, 2021 a 2025, foi registrado um óbito em residente de Boa Vista, tendo como local de ocorrência outra Unidade da Federação.

Tabela 10- Série histórica da investigação laboratorial da chikungunya em Roraima de 2016–2025, Roraima, 2026

Exames	ano									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nº de exames cadastrados	758	3.972	659	648	367	536	440	458	357	269
Nº de exames realizados	625	3.885	526	584	324	439	355	188	217	227
Nº de exames Enzimaimunoensaio Realizados	472	1.605	382	240	126	326	228	157	70	160
Reagente	26	760	72	38	14	79	61	27	14	41
IgM	18	740	30	24	8	71	50	26	11	37
IgG	8	20	42	14	6	8	11	1	4	4
Nº de exames RT-PCR Realizados	153	2.280	144	344	196	113	39	31		
Detectáveis	3	1.426	0	0	1	1	1	0		
Pesquisa ZDC (Rt-PCR) - implantado a partir de agosto de 2022										
Nº de exames cadastrados							489	2.016	3.776	2.041
Nº de exames realizados							426	1.683	3.109	1.888
Detectável							16	7	5	4

Fonte: GAL/LACEN-RR/CGVS/SESAU-RR (acesso em 31/07/2026)

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 2021 a 2025, foram notificados 1.246 casos suspeitos de Zika, dos quais 10,51% (131) foram classificados como casos prováveis da doença (tabela 11).

Tabela 11: Casos de Zika notificados, segundo a classificação final do caso, nos anos de 2021 a 2025, residentes no estado de Roraima, 2026

Ano da notificação	Classificação Final				Total
	Ign/Branco	Confirmado	Descartado	Inconclusivo	
2021	0	29	165	0	194
2022	0	4	111	2	117
2023	0	57	249	0	306
2024	1	24	498	0	523
2025	0	8	92	6	106
Total	1	122	1.115	8	1.246

* Casos prováveis: é a soma dos casos classificados como ignorado/branco,casos confirmados e casos inconclusivos

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2026)

Entre os casos classificados como prováveis, 88,5% (116) realizaram exames laboratoriais para confirmação; entretanto, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) não permite identificar o tipo de exame realizado (tabela 12).

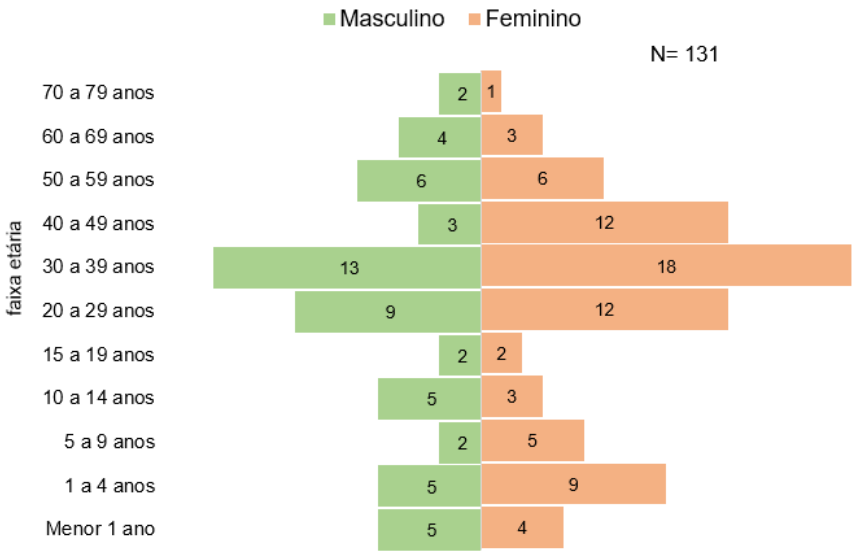
Tabela 12: Casos de Zika classificados como prováveis, segundo o critério de confirmação, dos anos de 2021 a 2025, residentes no estado de Roraima, 2026

Ano da notificação	Critério de confirmação			Total
	Ign/Branco	Laboratório	Clínico-epidemiológico	
2021	0	27	2	29
2022	2	4	0	6
2023	0	55	2	57
2024	1	23	1	25
2025	6	7	1	14
Total	9	116	6	131

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2026)

Conforme o gráfico 9, observamos que a doença ocorreu em praticamente todas as faixas etárias, porém com maior concentração entre adultos jovens, especialmente na população de 20 a 39 anos, que reuniu 52 casos (39,7%) do total. O maior número de registros ocorreu na faixa de 30 a 39 anos (31 casos; 23,7%), seguida de 20 a 29 anos (21 casos; 16,0%), refletindo o padrão epidemiológico já descrito para a infecção pelo vírus Zika, que acomete predominantemente indivíduos em idade economicamente ativa e reprodutiva. Merece destaque a ocorrência de casos em crianças menores de 10 anos, incluindo menores de um ano, demonstrando circulação do vírus em ambiente domiciliar e peridomiciliar, onde ocorre a maior exposição ao vetor *Aedes aegypti*. Da mesma forma, embora em menor frequência, foram registrados casos em idosos, evidenciando que a infecção atingiu todas as fases da vida durante o período analisado.

Gráfico 9 – Distribuição dos casos prováveis de zika segundo sexo e faixa etária, Roraima, período de 2021 a 2025



Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 02/07/2026)

Quanto ao sexo, observa-se predomínio do sexo feminino (75 casos; 57,3%) em relação ao masculino (56 casos; 42,7%). Essa diferença é mais evidente nas faixas etárias de 30 a 39 anos (18 mulheres e 13 homens) e 40 a 49 anos (12 mulheres e 3 homens).

Na análise do banco do GAL, de 2015 a 2025, foram registrados a realização de 9.791 exames para o diagnóstico de Zika, sendo que 8.638 foram de Rt-PCR com uma taxa de positividade de 0,58% e 1.130 de exames enzimaimunoensaio com resultado de IgM Reagente em 10% (118) dos exames realizados e de 4,69% (53) de IgG Reagente (tabela 4). Há 4 anos não temos a identificação do vírus Zika nos exames de Rt-PCR no estado de Roraima

Tabela 12- Série histórica da investigação laboratorial da zika em Roraima de 2015 a 2025, Roraima, 2026

Exames	ano											Total
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Nº de exames cadastrados	97	178	414	272	575	294	409	332	446	340	225	3.582
Nº de exames realizados	47	142	326	207	463	246	273	217	273	300	191	2.685
Nº de exames Enzimaimunoensaio Realizados	0	28	8	54	116	50	174	181	237	153	129	1.130
Reagente	0	3	0	3	7	8	44	11	56	22	17	171
IgM	0	3	0	0	4	2	38	4	47	15	5	118
IgG	0	0	0	3	3	6	6	7	9	7	12	53
Nº de exames RT-PCR Realizados	47	114	318	124	346	197	99	36	38	147	66	1.532
Detectável	12	13	7	0	2	3	4	0	0	0	0	41
Pesquisa ZDC (Rt-PCR) - implantado a partir de agosto de 2022												
Nº de exames cadastrados								489	2.016	3.776	2.041	8.322
Nº de exames realizados								426	1.683	3.109	1.888	7.106
Detectável								0	0	3	0	3

Fonte: GAL/LACEN-RR/CGVS/SESAU-RR (acesso em 20/07/2026)

No período de 2021 a 2025 não houveram casos de infecção por zika vírus em gestantes, nem a identificação de casos de Síndrome congênita do vírus Zika (SCZ) no estado de Roraima.

ARBOVIROSES SILVESTRES

FEBRE AMARELA

No período de 2021 a 2025 foram notificados em Roraima, 17 casos suspeitos de Febre Amarela, com 12 casos em residentes no Brasil (Roraima), 1 caso residente na Venezuela e 4 casos residentes na Guiana, sendo que 17%(3) dos casos foram confirmados (Tabela14). No ano de 2025, foram notificados 6 casos suspeitos, sendo que 3 eram brasileiros, 1 venezuelano e 2 guianense.

Quanto a evolução dos casos confirmados (tabela 15), temos um óbito que ocorreu em 2023 em residente de Boa Vista com histórico de vacinação contra a Febre Amarela; e os outros dois casos evoluíram para cura e 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.

Tabela 14: Casos notificados em Roraima como suspeitos de Febre Amarela Febre, segundo país de residência, de 2021 a 2025, Roraima, 2026

País de Residência	ano da notificação										Total	
	2021		2022		2023		2024		2025			
	notificado	confirmado	notificado	confirmado	notificado	confirmado	notificado	confirmado	notificado	confirmado	notificado	confirmado
Brasil	1	0	0	0	1	1	7	0	3	0	12	1
Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Guiana	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	4	2
Total	1	0	0	0	1	1	9	2	6	0	17	3

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 28/07/2026)

Apesar de em todo o período, 2021 a 2024, terem sido notificados em Roraima apenas 17 casos suspeitos de Febre Amarela, foram testadas 96 amostras para o diagnóstico da febre amarela pelo Laboratório de Saúde Pública do Estado de Roraima – LACEN-RR, demonstrando uma vigilância ativa laboratorial (Tabela). A taxa de positividade variou de zero no ano de 2021, 4% no ano de 2024 e 6,6% no ano de 2023.

Tabela 15: Casos confirmados de Febre Amarela notificados em Roraima, segundo país de residência e evolução do caso, de 2021 a 2025, Roraima, 2026

País de Residência	ano da notificação/evolução	
	2023	2024
	Óbito	cura
Brasil	1	0
Guiana	0	2
Total	1	2

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR (acesso em 28/07/2026)

Tabela 16: Nº de amostras processadas para investigação de Febre Amarela pelo LACEN-RR no período de 2021 a 2025, segundo exame cadastrado no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL), Roraima, 2026

Exames	ano					Total
	2021	2022	2023	2024	2025	
Nº de exames Enzimaimunoensaio Realizados/IgM	1	3	6	2	4	**16**
Reagente	0	0	0	0	0	**0**
Nº de exames RT-PCR Realizados	1	2	15	49	13	**80**
Detectáveis	0	0	1	2	0	**3**

Fonte: GAL/CGVS/SESAU-RR acesso em 21/07/2025

A vacinação constitui a principal e mais eficaz medida de prevenção da febre amarela, sendo fundamental para reduzir o risco de adoecimento e óbito pela doença. Considerando que não existe tratamento antiviral específico e que Roraima apresenta áreas com condições ecológicas favoráveis à circulação do vírus no ciclo silvestre, a manutenção de coberturas vacinais elevadas e homogêneas é essencial para proteger a população suscetível.

A análise da cobertura vacinal contra a febre amarela nos municípios de Roraima, no período de 2021 a 2025 (Tabela 17), demonstra importante heterogeneidade entre os territórios. No conjunto do estado, observa-se aumento da cobertura entre 2021 e 2024, passando de 67,70% em 2021 para 78,32% em 2022, 89,43% em 2023 e 89,67% em 2024. Entretanto, em 2025 houve redução para 78,09%, interrompendo a tendência de crescimento observada nos anos anteriores. Esse resultado merece atenção, especialmente por Roraima apresentar condições ambientais favoráveis à manutenção do ciclo silvestre do vírus da febre amarela e possuir extensa população residente ou circulante em áreas de recomendação de vacinação.

A avaliação por município evidencia desigualdades importantes. Em 2025, Caroebe (121,00%) apresentou cobertura superior a 100%, enquanto Mucajaí (91,38%), Rorainópolis (88,12%), São João da Baliza (88,41%), São Luiz (85,11%), Iracema (82,73%), Caracaraí (82,70%) e Bonfim (80,26%) apresentaram coberturas superiores à média estadual. Em contrapartida, permanecem coberturas particularmente baixas em Uiramutã (46,61%), Boa Vista (62,68%), Normandia (64,44%) e Amajari (70,15%). Destaca-se ainda Boa Vista, que apresentou redução expressiva de 81,96% em 2024 para 62,68% em 2025, situação relevante

considerando que o município concentra a maior parcela da população do estado e, consequentemente, exerce forte influência sobre a cobertura estadual.

Tabela 17 – Cobertura vacinal contra a febre amarela, segundo município de residência e ano, Roraima, 2021 a 2025, 2026

Município de Residência	% de cobertura / ano				
	2021	2022	2023	2024	2025
Alto Alegre	37,58	36,64	45,60	75,94	75,00
Amajari	25,87	30,10	43,53	74,38	70,15
Boa Vista	69,43	79,94	83,39	81,96	62,68
Bonfim	73,85	83,08	81,03	83,59	80,26
Cantá	62,63	63,17	65,32	71,24	73,39
Caracaraí	78,30	70,97	92,38	82,70	82,70
Caroebe	92,53	106,90	112,00	110,00	121,00
Iracema	71,22	63,31	79,14	89,21	82,73
Mucajaí	91,69	100,00	95,69	90,15	91,38
Normandia	18,89	29,33	32,89	38,00	64,44
Pacaraima	156,00	285,00	427,00	368,00	326,00
Rorainópolis	78,06	87,57	80,07	84,83	88,12
São João da Baliza	100,00	97,83	115,00	89,86	88,41
São Luiz	91,49	77,66	93,62	126,00	85,11
Uiramutã	26,61	26,44	27,63	36,10	46,61
Roraima	67,70	78,32	89,43	89,67	78,09

Fonte:https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_FEBRE_AMARELA/index.html# (acesso em 08/08/2026)

Pacaraima apresenta comportamento distinto dos demais municípios, com coberturas superiores a 100% em toda a série histórica analisada. Esses percentuais não devem ser interpretados como cobertura efetiva da população residente, mas analisados à luz da dinâmica populacional característica do município, que possui intenso fluxo migratório, acentuado desde de 2017.

No período de 2021 a 2025, foram notificadas 23 epizootias no estado de Roraima, distribuídas entre cinco municípios (tabela 18). Observa-se aumento das notificações nos anos mais recentes do período avaliado (9 notificações em 2024 e 9 em 2025), que, conjuntamente, concentraram 78,3% (18/23) dos registros. Isso pode ser relacionado a uma capacitação sobre a vigilância e controle da febre amarela em primatas não humanos realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2024.

Tabela 18: Número de epizootias notificadas, segundo município de ocorrência e ano de notificação, Roraima, 2021 a 2025, 2026

Mun US Noti RR	ano da notificação					Total
	2021	2022	2023	2024	2025	
Alto Alegre	0	0	0	4	0	4
Boa Vista	1	3	1	1	6	12
Bonfim	0	0	0	0	1	1
Cantá	0	0	0	2	2	4
Rorainópolis	0	0	0	2	0	2
Total	1	3	1	9	9	23

Fonte: Sinan/NCFAD/DVE/CGVS/SESAU-RR acesso em 08/08/2026

Entre as 23 epizootias notificadas, oito envolveram primatas não humanos (PNH), importantes sentinelas para a vigilância da febre amarela silvestre. Esses registros concentraram-se exclusivamente nos anos de 2024, com cinco epizootias em PNH, e 2025, com três, evidenciando intensificação recente da circulação de eventos de interesse para a vigilância da febre amarela. Entre as epizootias em PNH investigadas, uma apresentou resultado positivo para o vírus da febre amarela, referente a um primata encontrado em comunidade indígena no município de Alto Alegre. A confirmação da circulação do vírus em PNH constitui um importante evento sentinela e sinal de alerta para o risco de transmissão da febre amarela silvestre, reforçando a necessidade de manutenção da vigilância ativa de epizootias, investigação oportuna dos eventos, coleta adequada de amostras e intensificação das ações de vacinação contra a febre amarela nas populações suscetíveis, especialmente nas áreas próximas ao local de ocorrência e nos municípios com risco de transmissão.

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.

No ano de 2025 foram processadas 1976 amostras para o diagnóstico da FO, entretanto apenas um caso com resultado detectável. Trata-se de uma mulher, 30 anos, residente em Boa Vista sem histórico de deslocamento para área rural.

Não houve implementação de diretrizes nacionais para o controle vetorial da FO no Brasil, mas pesquisas estão sendo realizadas.

FEBRE DO MAYARO

A Febre do Mayaro é uma doença infecciosa febril aguda, cujo quadro clínico geralmente é de curso benigno, semelhante à Dengue e à Chikungunya. A doença é causada pelo vírus Mayaro (MAYV), um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) da família Togaviridae, gênero Alphavirus, assim como o vírus Chikungunya (CHIKV), ao qual é relacionado genética e antigenicamente.

O vírus Mayaro foi isolado pela primeira vez em Trinidad, em 1954, e o primeiro surto no Brasil foi descrito em 1955, às margens do rio Guamá, próximo de Belém/PA. Desde então, casos esporádicos e surtos localizados têm sido registrados nas Américas, incluindo a região Amazônica do Brasil, principalmente nos estados das regiões Norte e Centro-Oeste. O Mayaro compõe a lista nacional de doenças de notificação compulsória imediata, conforme Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.

No ano de 2025 foram realizados 1.962 exames para o diagnóstico da infecção aguda pelo vírus Mayaro, com 47 casos com resultado detectável: Cantá (31), Boa Vista (7), Caracaraí (4), Mucajaí (3), Amajari e Rorainópolis (1 caso cada).

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 2025.

No estado de Roraima, no ano de 2025, foram realizados 4 Levantamentos Rápido de Índices para o Aedes aegypti (LIRAa/LIA) pelos municípios do estado: os quatro de interesse nacional. Os municípios de Normandia e Uiramutã realizam o LIA.

Tabela 19 – Resultados do Levantamento rápido de índices para Aedes Aegypti – LIRAa/LIA dos municípios do estado de Roraima, realizados no ano de 2025, Roraima,2026

Município	1ºLIRAa/LIA 5 a 9/05/2025	2º LIRAa/LIA 27/07 a 01/08/2025	3º LIRAa/LIA 29/09 a 03/10/2025	4º LIRAa/LIA 01/12 a 06/12/2025
Alto Alegre	13,4%	23,2%	9,1%	5,4%
Amajari	11,3%	3,4%	1,0%	8,9%
Boa Vista	9,5%	9,3%	2,6%	3,3%
Bonfim	7,1%	3,3%	1,5%	1,0%
Cantá	9,0%	4,9%	0,8%	3,7%
Caracaraí	10,2%	4,1%	4,9%	0,4%
Caroebe	1,7%	2,1%	2,1%	2,4%
Iracema	5,0%	7,7%	4,1%	10,2%
Mucajaí	13,1%	8,9%	2,2%	2,7%
Normandia	3,1%	1,7%	0,3%	0,0%
Pacaraima	11,9%	4,2%	1,7%	4,2%
Rorainópolis	6,2%	3,1%	3,1%	0,6%
S J Baliza	11,4%	6,2%	7,1%	4,3%
São Luiz	17,5%	2,5%	4,7%	4,7%
Uiramutã	1,3%	1,3%	0,0%	0,0%
Roraima	**8,8%**	**5,7%**	**3,0%**	**3,5%**
< 1%	Baixo Risco			
≥ 1 ≤ 3,9%	Médio Risco			
≥ 4%	Alto Risco			

Fonte: LIRAa/LIA módulo do estado. Acesso em 12/12/2025

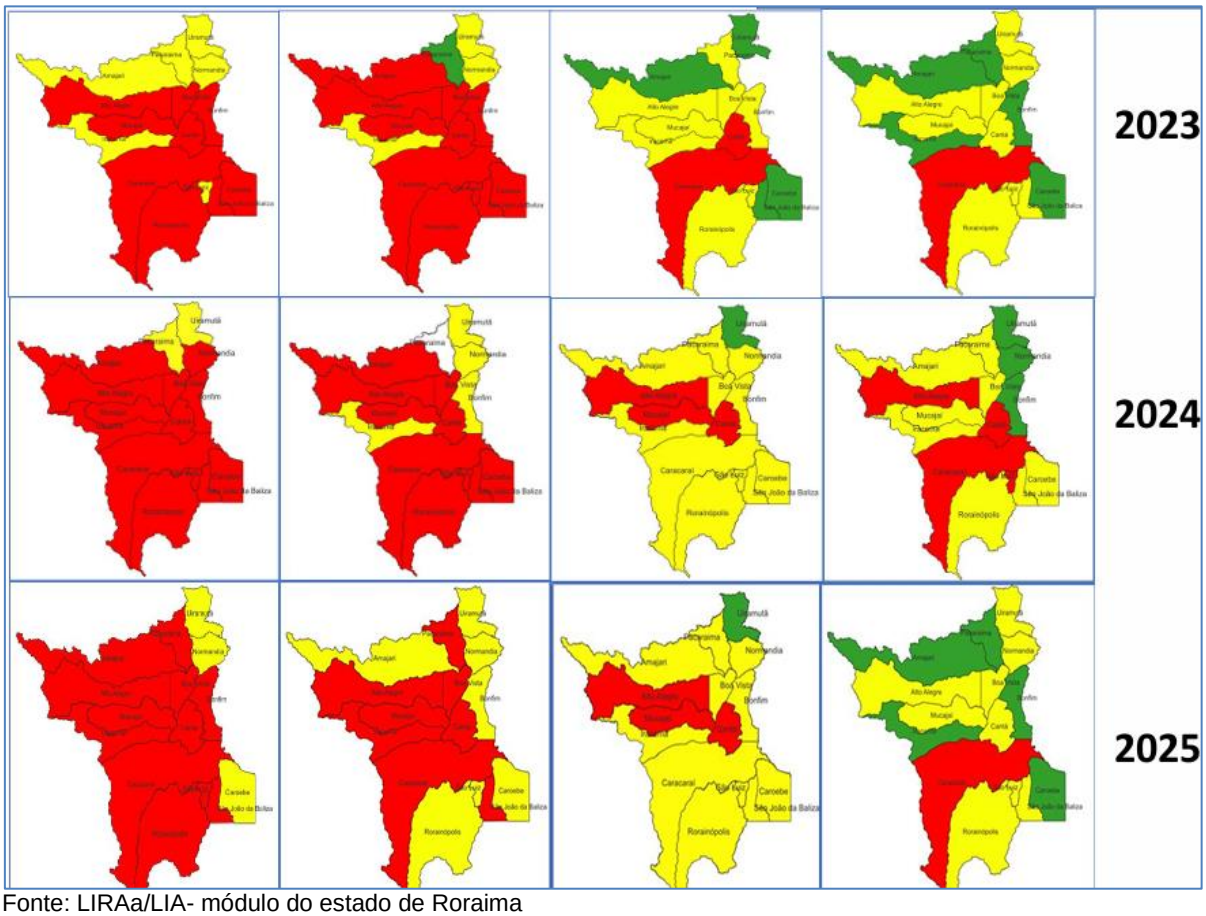
Os levantamentos foram pactuados em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e tinham como propósito ajudar os gestores municipais a avaliar as atividades de controle vetorial e planejar as medidas de intervenção de forma prioritária aos locais que apresentaram maior risco, e também elaborar comunicação para população e articulação intersetorial de acordo com os principais criadouros do *Aedes aegypti*

Todos os municípios de Roraima são comprovadamente infestados pelo *Aedes*

aegypti e *Aedes albopictus*. Na tabela 19, temos o resultado dos LIRAa/LIA realizados ao longo de 2025.

A análise dos Levantamentos de Índice Rápido para Aedes aegypti (LIRAa/LIA), figura 1, realizados nos municípios de Roraima entre 2023 e 2025, evidencia a persistência da infestação vetorial ao longo de toda a série analisada, com alternância dos municípios entre as classificações de baixo, médio e alto risco, porém com manutenção de áreas classificadas como de alto risco (IIP ≥4%) nos diferentes levantamentos. Em 2025, observa-se comportamento semelhante ao registrado nos anos anteriores, demonstrando que, apesar das variações sazonais dos índices, a infestação pelo Aedes permanece estabelecida no território estadual. A recorrência de municípios classificados em situação de alerta ou alto risco reforça que as ações rotineiras de controle ainda não têm sido suficientes para manter, de forma sustentada, os índices de infestação em níveis satisfatórios.

Figura 1- Distribuição espacial e temporal da classificação de risco para infestação por Aedes aegypti, segundo LIRAa/LIA, Roraima, 2023 a 2025.



Fonte: LIRAa/LIA- módulo do estado de Roraima

As variações observadas entre os levantamentos devem ser analisadas considerando a sazonalidade climática particular de Roraima e as diferenças no regime de chuvas dentro do próprio estado. Os dois primeiros levantamentos anuais coincidem predominantemente com períodos de maior ocorrência de chuvas em grande parte dos municípios, condição que favorece o acúmulo de água e a formação de criadouros. Entretanto, nos municípios localizados ao sul da linha do Equador, o comportamento sazonal das precipitações apresenta diferenças em relação às áreas mais ao norte do estado, podendo ocorrer redução mais precoce da intensidade das chuvas. No terceiro e quarto levantamentos, realizados em período de redução ou interrupção das precipitações em grande parte do território, verifica-se diminuição da infestação em alguns municípios, embora permaneçam áreas classificadas como de médio e alto risco. Esse comportamento demonstra que a sazonalidade influencia a densidade vetorial, mas não é suficiente para explicar isoladamente a manutenção da infestação, uma vez que condições ambientais e domiciliares continuam garantindo a disponibilidade de criadouros mesmo durante o período de menor precipitação.

Outro aspecto relevante é a persistência do perfil dos depósitos utilizados como criadouros do Aedes, com importante participação de recipientes passíveis de remoção ou manejo. Esse padrão indica que parcela expressiva do problema está relacionada não somente às ações específicas dos serviços de saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), mas também às condições ambientais, ao manejo e destinação de resíduos sólidos, armazenamento de água e organização do espaço urbano. Dessa forma, a redução sustentável dos índices de infestação exige uma política governamental intersetorial, articulando saúde, meio ambiente, limpeza urbana, saneamento, abastecimento de água, educação, infraestrutura e demais setores envolvidos, além da participação da população. A repetição do mesmo perfil de criadouros ao longo dos levantamentos reforça a necessidade de superar estratégias centradas predominantemente na visita domiciliar e no tratamento focal, incorporando intervenções estruturantes sobre os determinantes ambientais que favorecem a proliferação do vetor.

Por fim, merece destaque que, apesar da incorporação de novas tecnologias de vigilância e controle vetorial às estratégias nacionais de enfrentamento das arboviroses, ferramentas de relativamente baixo custo e potencial para ampliar a sensibilidade da vigilância entomológica, como as ovitrampas, assim como

tecnologias complementares de controle, a exemplo das Estações Disseminadoras de Larvicidas (EDL), ainda não haviam sido incorporadas de forma sistemática à rotina do estado de Roraima e de seus municípios no período avaliado. A manutenção de elevados índices de infestação e a recorrência dos mesmos tipos de criadouros evidenciam a necessidade de diversificar e modernizar as estratégias de vigilância e controle do Aedes, integrando novas tecnologias às ações convencionais e utilizando as informações entomológicas para direcionar intervenções prioritárias nos territórios de maior risco, sem substituir as medidas ambientais, intersetoriais e de controle de criadouros já estabelecidas.

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/ publicações/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 2 de julho de 2026.

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: 22 de julho de 2026.

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_chikunguny a_zika.pdf . Acesso em: 22 de julho de 2026.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS). Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas. Acesso em: 31 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde. *Painel de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em:* https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_MENU_PRINCIPAL/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_MENU_PRINCIPAL.html. Acesso em: 31 jul. 2026.

3.12 MALÁRIA

Gerson Castro
Jacqueline de Aguiar Barros

Contextualização do Núcleo de Controle da Malária

O Núcleo de Controle da Malária (NCM) vincula-se hierarquicamente ao Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE), instância integrante da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU-RR).

O Plano Nacional de Eliminação da Malária estabelece como meta a eliminação de todos os casos autóctones até 2035, concentrando os últimos cinco anos (2030–2035) no combate exclusivo à transmissão por *Plasmodium vivax*. Nesse contexto, as atribuições da esfera estadual no controle da doença compreendem um conjunto integrado de ações, que vão desde a normatização e a complementação das diretrizes federais para vigilância, diagnóstico e tratamento até a gestão de insumos estratégicos (armazenamento, transporte e distribuição adequados aos municípios), além da aquisição de materiais não estratégicos, conforme pactuações estabelecidas. No âmbito do monitoramento epidemiológico, o estado acompanha a situação municipal, recomenda medidas de prevenção e controle, e monitora indicadores pactuados no SUS para apoiar o alcance de metas. Presta ainda apoio técnico aos municípios, auxiliando na aplicação de diretrizes para o uso do MILD, eficácia da BRI e nebulização espacial, orientando sobre sistemas nacionais de informação e oferecendo suporte remoto e presencial por meio de reuniões estaduais. Na capacitação e educação em saúde, promove cursos para profissionais sobre aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, e apoia ações educativas e de divulgação preventiva em redes públicas e privadas. O controle de qualidade laboratorial é exercido pelo monitoramento dos resultados da gota espessa e do desempenho de testes rápidos por meio de laboratórios municipais de revisão e Laboratório Central (LACEN). Ademais, fomenta pesquisas relacionadas à malária e oferece cooperação técnica e financeira para fortalecer as ações municipais de controle e eliminação, além de desenvolver estratégias para o engajamento da sociedade no enfrentamento da doença, consolidando assim uma atuação abrangente e articulada com as demais

esferas de gestão (Brasil, 2022).

O presente 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 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

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), globalmente em 2024 foram registrados cerca de 282 milhões de casos de malária em 80 países endêmicos para a doença (incluindo território da Guiana Francesa), o que representa um aumento de 3% em relação a 2023, impulsionado principalmente por Etiópia, Madagascar e Iêmen, que juntos responderam por 58% desse crescimento. Desde 2015 os casos globais acumulam alta de 22,6%, com maior concentração na África (88%) e no Mediterrâneo Oriental (12%), sendo que quase metade de todos os casos ocorreu em apenas cinco países (Nigéria, República Democrática do Congo, Uganda, Etiópia e Moçambique) e a incidência chegou a 64 casos por 1.000 habitantes, 2% acima de 2023. Em relação aos óbitos, a OMS estima 610 mil mortes em 2024, um acréscimo de 12 mil em comparação ao ano anterior, sendo que Madagascar, Etiópia e Iêmen foram responsáveis por 85% desse aumento (WHO, 2025).

Entre 2000 e 2015, a Região das Américas registrou queda expressiva de 63,8% nos casos de malária e de 70,4% na incidência, mas essa tendência foi revertida entre 2015 e 2024, com aumento de 15,7% nos casos e estabilidade da incidência em patamares elevados. Em 2024, foram estimados 663 mil casos em 16 países endêmicos, com Venezuela, Brasil e Colômbia respondendo por mais de 75% do total, e quase dois terços dos casos atribuídos ao *P. vivax*. O aumento de 15,9% entre 2023 e 2024 foi puxado principalmente por Haiti, Colômbia, Peru e Bolívia, em contextos de crise sociopolítica, migração, mineração, fatores ambientais (El Niño) e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, enquanto a Venezuela registrou queda de 17,9% graças à expansão da rede comunitária de diagnóstico. A mortalidade, que mais que caiu pela metade entre 2000 e 2015, também reverteu a tendência, subindo 29,2% até 2024, com 504 mortes estimadas, das quais o Haiti respondeu por

expressivo aumento (quase quadruplicou os óbitos entre 2023 e 2024). Com isso, a região não atingiu as metas da Estratégia Técnica Global para 2020 e segue distante das metas de 2025, incidência 3,5 vezes maior e mortalidade 3 vezes maior que o alvo, embora El Salvador, Belize e Suriname tenham sido certificados como livres da doença em 2021, 2023 e 2025, respectivamente, enquanto a maioria dos demais países apresenta aumento de incidência superior a 70% ou redução insuficiente para alcançar os objetivos estabelecidos (WHO, 2025).

A malária no Brasil

O Brasil registrou 118.037 casos de malária em 2025, a região Amazônica concentrou 99,99% das infecções, sendo que Amazonas (com 61.880 casos), Pará (19.797) e Roraima (19.833) corresponderam juntos por aproximadamente 86% de todos os registros nacionais. Em termos etiológicos, a espécie *Plasmodium vivax* é amplamente predominante, correspondendo a 84,1% dos casos (99.254 notificações), seguida pelo *Plasmodium falciparum*, que responde por 14,6% (17.289 casos) e infecções mistas representam 1,2% (1.424 casos). O estado de Roraima chama atenção pela maior proporção relativa de *P. falciparum* (26,7% de seus casos), enquanto Rondônia apresenta o maior predomínio de *P. vivax (*92,5%). Fora da Amazônia Legal, a transmissão é praticamente inexistente, com apenas 19 casos esporádicos registrados em estados como São Paulo (4), Rio de Janeiro (2) e ocorrências isoladas em outras unidades da federação (Brasil, 2026).

O Brasil registrou uma redução de 14,8% nos casos entre 2024 e 2025, passando de 138.617 para 118.037 casos confirmados. Essa queda é consistente com a tendência de declínio observada em diversos estados, como Roraima, Rondônia, Acre, Pará e Mato Grosso (Brasil, 2026).

Em 2025, a distribuição dos casos de malária por área especial mostra forte concentração em territórios vulneráveis: 43,5% em áreas indígenas, 31,0% em zonas rurais e 10,8% em garimpos, que juntos somam mais de 85% das notificações. As áreas urbanas representam 6,4%, assentamentos 4,5%, ribeirinhas 3,2%, e apenas 0,6% ficaram sem classificação, evidenciando a necessidade de ações focadas nesses grupos populacionais (Brasil, 2026).

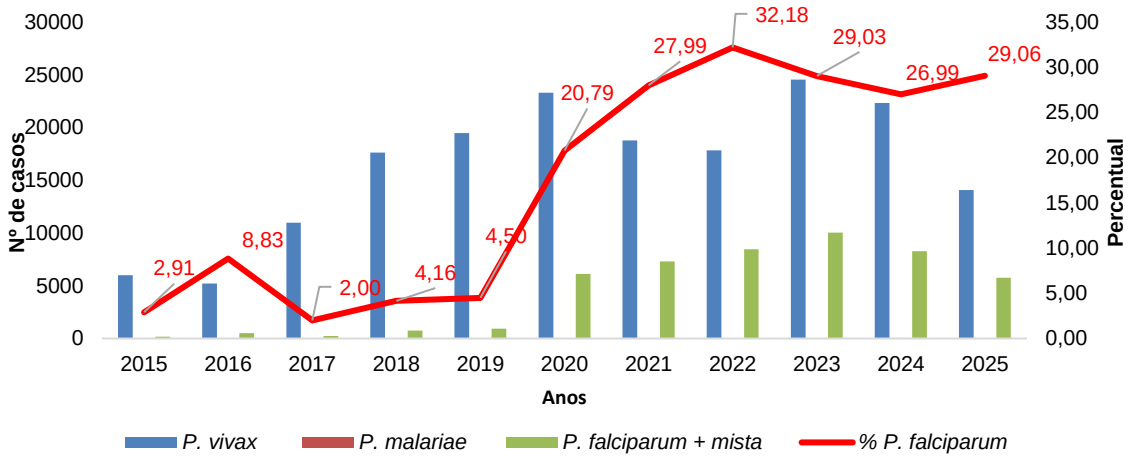
Em relação ao desempenho dos estados da Amazônia Legal em relação à meta

do Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) em 2025 (70% dos casos tratados em tempo oportuno), revelou um panorama bastante heterogêneo, com apenas três dos nove estados conseguindo alcançar o objetivo estabelecido. Roraima liderou a região com o melhor resultado, atingindo 81,3%, seguido por Maranhão com 75,8% e Mato Grosso com 71,8% (Brasil, 2026).

Situação Epidemiológica da Malária em Roraima

Em 2025, foram registrados 19.833 casos autóctones de malária em Roraima, com predominância de *Plasmodium vivax*, responsável por 14.057 casos (70,9% do total). As infecções por *Plasmodium falciparum* e infecções mistas (*P. falciparum* + *P. vivax*) somaram 5.764 casos (29,1%), enquanto *P. malariae* respondeu a 12 casos (0,06%). Em comparação ao ano de 2024, que apresentou 30.632 casos autóctones, observa-se uma redução de 35,2% no número absoluto de casos autóctones. A proporção de *P. falciparum* manteve-se relativamente estável, passando de 26,99% em 2024 para 29,06% em 2025. Apesar da queda no volume total de casos, a participação relativa do *P. falciparum* continua em patamares superiores aos observados no período pré-2020, quando não ultrapassava 4,5% (Figura 1).

Figura 1. Série histórica dos casos autóctones de malária por forma parasitária e variação do percentual de *P. falciparum*, Roraima, 2015 a 2025.

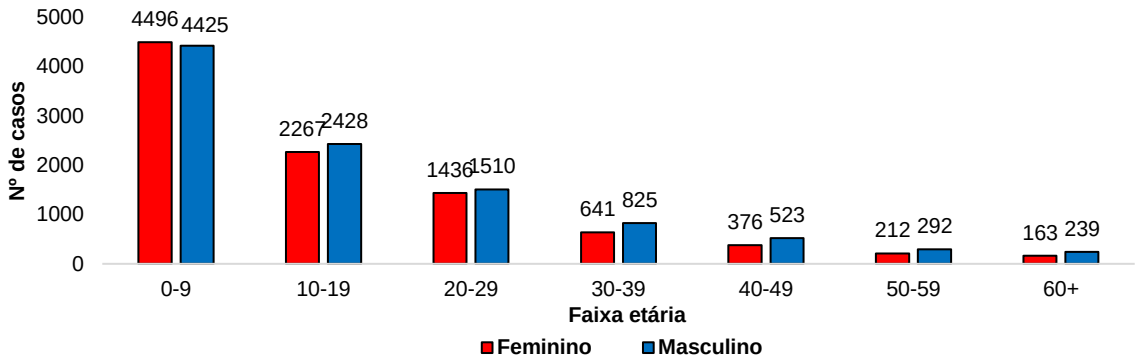


Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026; Sinan, atualizado em 20/07/2026. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

No período analisado, a população masculina (10.242) superou ligeiramente a feminina (9.591). O predomínio do sexo masculino se verifica em praticamente todas

as faixas etárias, com exceção apenas do grupo de 0 a 9 anos. Os casos concentram-se nas faixas mais jovens (0 a 19 anos), porém a partir dos 30 anos, observa-se uma redução progressiva dos casos, atingindo os menores valores na faixa de 60 anos ou mais (Figura 2).

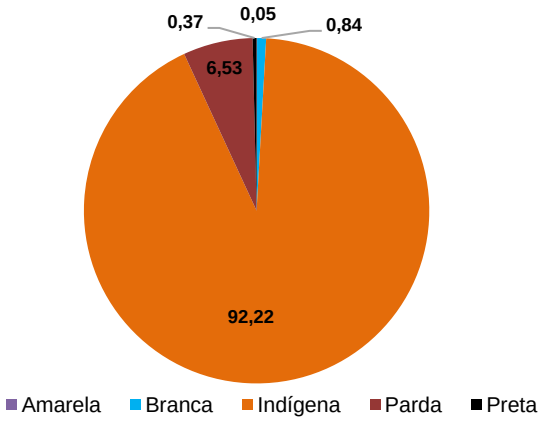
Figura 2. Casos de malária autóctone de acordo com a faixa etária e sexo, Roraima, 2025 (n=19.833)



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026; Sinan, atualizado em 20/07/2026. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

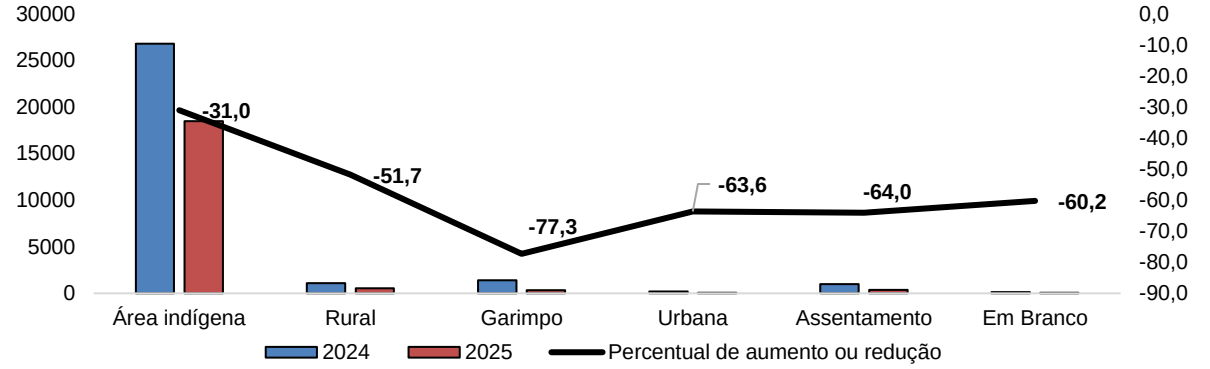
A distribuição dos casos de malária em 2025 por raça demonstra concentração na população indígena com 18.287 notificações, o que representa 92,20% do total de casos. Em contraste, os demais grupos raciais tiveram participação residual: pardos somaram 1.297 casos (6,54%), brancos, 167 (0,84%), pretos, 73 (0,37%), e amarelos, com 9 casos (0,05%) (Figura 3).

Figura 3. Casos de malária autóctone de acordo com a raça, Roraima, 2025 (n=19.833)



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026; Sinan, atualizado em 20/07/2026. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

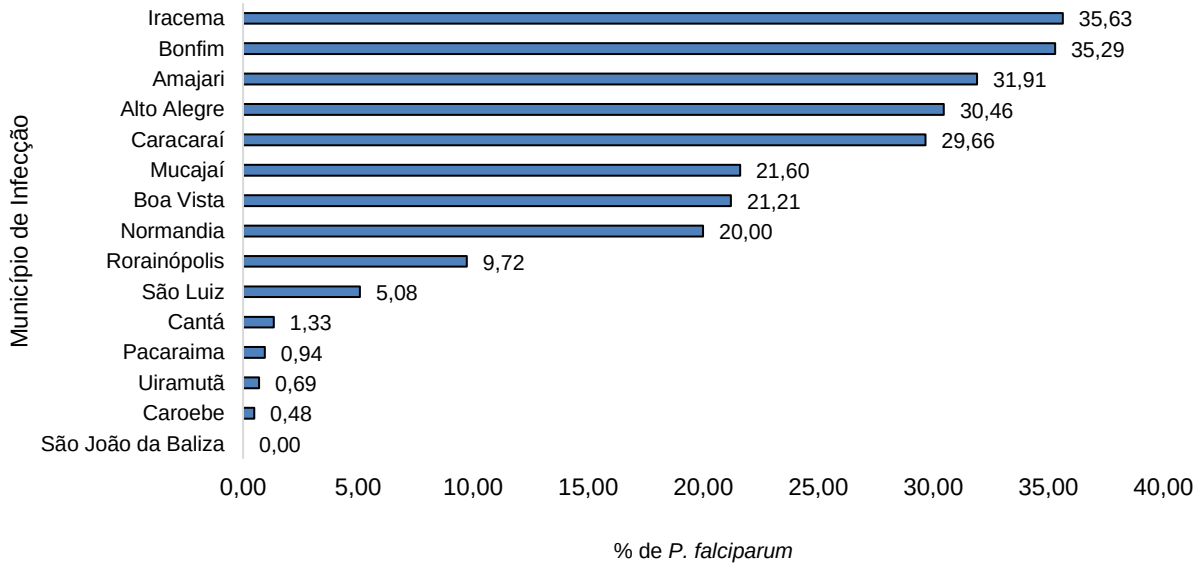
Figura 4. Casos autóctones de malária de acordo com a área especial de transmissão e percentual de redução ou aumento, Roraima, 2024 e 2025



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026; Sinan, atualizado em 20/07/2026. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

A maior carga de malária nos anos de 2024 e 2025 concentrou-se nas áreas indígenas, que somaram 26.822 notificações e 18.507, respectivamente, o que representa uma queda de 31,0%. As demais áreas especiais apresentaram reduções ainda mais acentuadas: o garimpo teve a maior queda proporcional, com -77,3% (de 1.404 para 319 casos); os assentamentos caíram 64,0% (de 994 para 358); a zona urbana reduziu 63,6% (de 187 para 68); a área rural diminuiu 51,7% (de 1.102 para 532); e os registros em branco recuaram 60,2% (de 123 para 49) (Figura 4).

Figura 5. Percentual de malária por *P. falciparum* + mista por município de infecção, Roraima, 2025



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026; Sinan, atualizado em 20/07/2026. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

Na análise da proporção de casos de malária por *Plasmodium falciparum*, Iracema apresentou o maior percentual (35,63%), seguido por Bonfim (35,29%),

Amajari (31,91%) e Alto Alegre (30,46%). São João da Baliza, por sua vez, não registrou nenhum caso (Figura 5).

Roraima registrou uma redução de 35,2% nos casos de malária, passando de 30.622 em 2024 para 19.830 em 2025. Doze municípios apresentaram queda, com destaque para Pacaraima (-70,8%), Boa Vista (-70,3%) e São Luiz (-70,5%). Alto Alegre e Amajari, embora ainda com os maiores números, também reduziram -49% e -18,3%, respectivamente. Por outro lado, Caracaraí apresentou um aumento de 168,3% e Uiramutã uma leve alta de 4,1%. Normandia manteve-se estável com 10 casos em ambos os anos analisados (Tabela 1).

Tabela 1. Número de casos autóctones e percentual de redução/aumento por município de infecção, Roraima, 2024 e 2025.

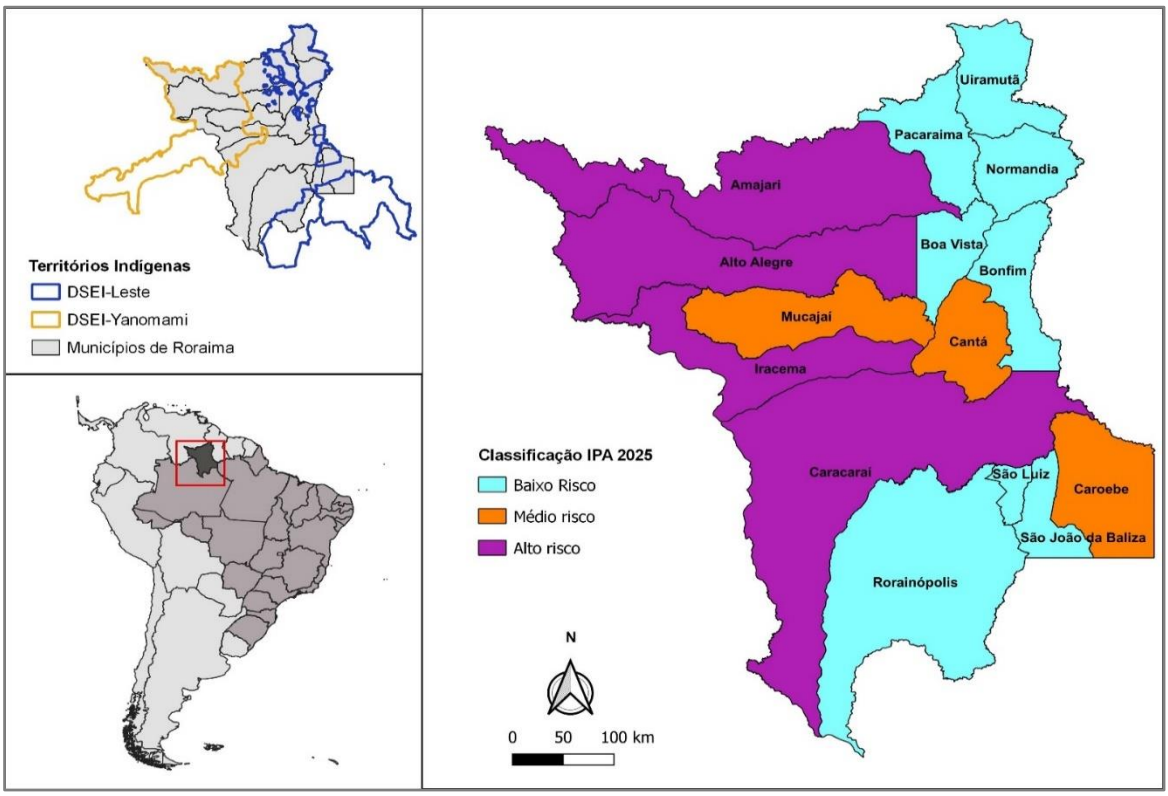
Município de Infecção	2024	2025	Percentual de aumento ou redução
Amajari	8516	6961	-18,3
Alto Alegre	15254	7783	-49,0
Boa Vista	111	33	-70,3
Bonfim	110	34	-69,1
Cantá	527	225	-57,3
Caracaraí	920	2468	168,3
Caroebe	517	207	-60,0
Iracema	1800	870	-51,7
Mucajaí	1186	412	-65,3
Normandia	10	10	0,0
Pacaraima	726	212	-70,8
Rorainópolis	167	72	-56,9
São João da Baliza	163	52	-68,1
São Luiz	200	59	-70,5
Uiramutã	415	432	4,1
Roraima	**30622**	**19830**	**-35,2**

Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026; Sinan, atualizado em 20/07/2026. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC) e municípios com classificação ignorado ou em branco.

Em 2025, todos os 15 municípios de Roraima registraram transmissão de malária, com níveis de risco para transmissão da doença variando conforme a Incidência Parasitária Anual (IPA). Os municípios de Boa Vista, Bonfim, Normandia,

Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza e São Luiz foram classificados como de baixo risco (1 a <10 casos por 1.000 habitantes), enquanto Cantá, Caroebe, Mucajaí e Uiramutã 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 Alto Alegre, Amajari, Caracaraí e Iracema. Por sua vez, o estado de Roraima, no consolidado, apresentou classificação de médio risco (Figura 6).

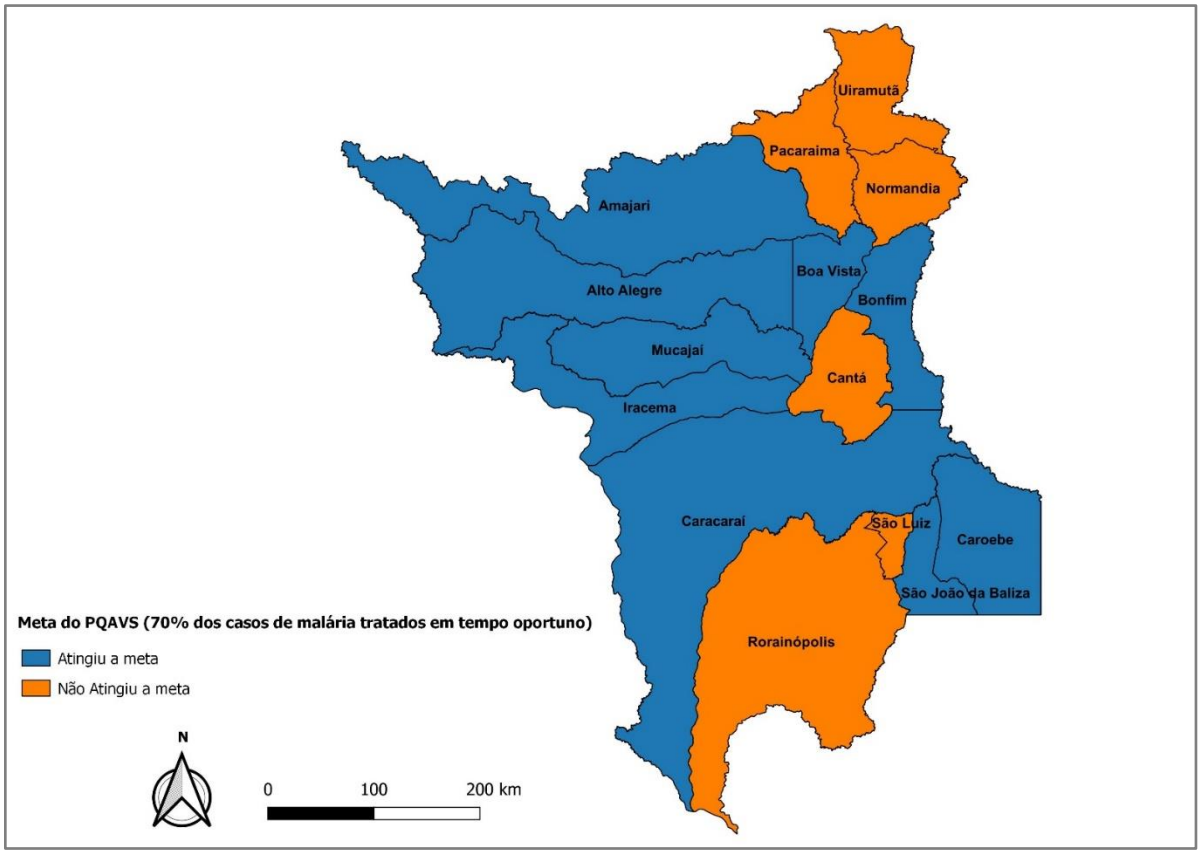
Figura 6. Mapa de risco de malária do estado de Roraima, por município de infecção, 2025.



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 PQA-VS, o indicador *"Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno",* o qual possui como *meta "tratar 70% dos casos sintomáticos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados)"*. Em 2024, 81,3% dos casos sintomáticos de malária notificados em Roraima receberam tratamento oportuno. A análise por município demonstrou que nove (09) municípios atingiram a meta de 70%: Amajarí, Alto Alegre, Mucajaí, Iracema, Caracaraí, São João da Baliza, Caroebe, Boa Vista e Bonfim (Figura 7).

Figura 7. Mapa de oportunidade de tratamento de acordo com o resultado do PQA-VS por município, Roraima, 2025



Fonte: Sivep-Malária, atualizado em 21/07/2026. 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.

Entre 2024 e 2025, o número de internações por malária em Roraima reduziu de 234 para 137, representando uma queda de 41,5%. Observou-se ainda uma concentração das internações em Boa Vista com 91,0% em 2024 e 88,3% em 2025. A espécie *Plasmodium vivax* foi a mais frequente em ambos os anos (61,1% e 69,3%), enquanto *P. falciparum* apresentou redução de 27,4% para 23,4%. O grupo etário de 20 a 39 anos foi o mais acometido (35,0% em 2024 e 33,6% em 2025), seguido por crianças de 1 a 9 anos (26,5% e 29,2%). Houve discreto predomínio de internações no sexo masculino (53,4% para 50,4%), com tendência de equilíbrio em 2025. Em relação à cor/raça, a população parda foi a mais frequente (61,5% em 2024 e 50,4% em 2025), enquanto a população indígena, apesar da redução absoluta (79 para 62), aumentou sua participação proporcional no período analisado (de 33,8% para 45,3%) (Tabela 2).

Tabela 2. Internações por malária por município de internação, forma parasitária, faixa etária, gênero e raça, Roraima, 2024 a 2025.

Variáveis	**2024**		**2025**	
Município de Internação	**N**	**%**	**N**	**%**
Alto Alegre	0	0,0	1	0,7
Boa Vista	213	91,0	121	88,3
Caracaraí	0	0,0	1	0,7
Caroebe	1	0,4	2	1,5
Pacaraima	6	2,6	3	2,2
Rorainopolis	10	4,3	6	4,4
São João da Baliza	3	1,3	1	0,7
São Luiz do Anauá	1	0,4	2	1,5
Forma Parasitária	**N**	**%**	**N**	**%**
Plasmodium falciparum	64	27,4	32	23,4
Plasmodium vivax	143	61,1	95	69,3
Malária não especificada	27	11,5	10	7,3
Faixa Etária	**N**	**%**	**N**	**%**
Menor 1 ano	13	5,6	13	9,5
1 a 9 anos	62	26,5	40	29,2
10 a 19 anos	35	15,0	23	16,8
20 a 39 anos	82	35,0	46	33,6
40 a 59 anos	25	10,7	12	8,8
60 anos +	17	7,3	3	2,2
Sexo	**N**	**%**	**N**	**%**
Masculino	125	53,4	69	50,4
Feminino	109	46,6	68	49,6
Cor/raça	**N**	**%**	**N**	**%**
Branca	4	1,7	4	2,9
Preta	1	0,4	0	0,0
Parda	144	61,5	69	50,4
Amarela	6	2,6	2	1,5
Indígena	79	33,8	62	45,3
Total	**234**		**137**	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 23/07/2026.

Em 2024, Roraima registrou 20 óbitos por malária, com redução para 4 em 2025, o que representa queda de 80%. Em 2024, *Plasmodium vivax* foi responsável pela maioria dos óbitos (60,0%), enquanto em 2025 houve predomínio de *P. falciparum* (75,0%). Quanto ao gênero, houve discreto predomínio masculino em 2024

(55,0%), com distribuição igualitária em 2025 (50,0% cada). Em 2024, crianças de 1 a 9 anos concentraram 60,0% dos óbitos, seguidas por menores de 1 ano (20,0%); em 2025, os óbitos distribuíram-se entre as faixas de 1 a 9 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais (25,0% cada), sem registros em menores de 1 ano. A população indígena foi a mais afetada em 2024 (95,0%), enquanto em 2025 a distribuição entre indígenas e pardos foi igualitária (50,0% cada) (Tabela 3).

Tabela 3. Óbitos por malária segundo forma parasitária, gênero, faixa etária e raça/cor, Roraima, 2024 a 2025

Variáveis	**2024**		**2025**	
Forma parasitária	**N**	**%**	**N**	**%**
Plasmodium falciparum	6	30,0	3	75,0
Plasmodium vivax	12	60,0	1	25,0
Plasmodium malariae	1	5,0	0	0,0
Malária não especificada	1	5,0	0	0,0
Gênero	**N**	**%**	**N**	**%**
Masculino	11	55,0	2	50,0
Feminino	9	45,0	2	50,0
Faixa Etária	**N**	**%**	**N**	**%**
Menor de 1 ano	4	20,0	0	0,0
1 a 9 anos	12	60,0	1	25,0
10 a 19 anos	1	5,0	0	0,0
20 a 39 anos	2	10,0	1	25,0
40 a 59 anos	1	5,0	1	25,0
60 anos +	0	0,0	1	25,0
Raça/cor	**N**	**%**	**N**	**%**
Parda	1	5,0	2	50,0
Indígena	19	95,0	2	50,0
Total	**20**		**4**	

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), atualizado em 23/07/2026.

Ao longo de 2025, o NCM desenvolveu um conjunto integrado de ações estratégicas voltadas ao fortalecimento do combate à malária em Roraima, abrangendo as áreas de capacitação profissional, vigilância epidemiológica, monitoramento e gestão de insumos. No eixo da formação de recursos humanos, foram capacitados 63 Agentes Comunitários de Endemias contratados pelo DSEI Yanomami, em controle vetorial com foco Borrifação Intradomiciliar (BRI) e Nebulizações espaciais (FOG). Profissionais de saúde de toda a rede assistencial do

estado também foram treinados para a testagem de G6PD e o novo algoritmo de tratamento com Tafenoquina, medicamento recentemente incorporado à rotina dos 15 municípios. Paralelamente, técnicos dos 15 municípios, DSEI Leste e DSEI Yanomami de Roraima, foram capacitados no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES), visando aprimorar a logística e a gestão de insumos.

No eixo da vigilância e monitoramento, o NCM realizou supervisões técnicas em todos os 15 municípios, contemplando dois ciclos completos no período. Também realizou o monitoramento do Artesunato Injetável no HGR, com revisão e definição de novos fluxos assistenciais e de notificação. Outra ação estruturante foi a implantação do fluxo de notificação, diagnóstico e tratamento da malária no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, operacionalizado por meio da sala de malária e da Unidade de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Essa iniciativa concluiu o processo de inclusão de todas as unidades hospitalares do estado localizadas em Boa Vista na Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, juntando-se ao Hospital Geral de Roraima (HGR) e ao Pronto Atendimento Cosme e Silva (PACS).

Por fim, o Núcleo articulou a substituição do inseticida utilizado na BRI pelo FLUDORA, com maior residualidade (6 meses) e melhor custo-benefício, e planejou a futura introdução da Tafenoquina Pediátrica, prevista para 2026, em parceria com a Coordenação Nacional de Eliminação da Malária.

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil/SVSA - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), Sinan e E-SUS-VS. Dados obtidos via Tableau Public em 08/07/2026.

World malaria report 2025: addressing the threat of antimalarial drug resistance.Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3.13 ZOONOSES

Lorena Rodrigues Teles
Karla Cristina Souza Rocha
Márcio Gustavo Borges
Haroldo Pimentel Trajano

O Núcleo de Controle de Zoonoses (NCZ) integra o Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE), vinculado à Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU). Como componente estratégico da Vigilância em Saúde, o NCZ é responsável por coordenar, no âmbito estadual, as ações de vigilância, prevenção e controle das zoonoses e demais agravos de relevância para a saúde pública, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

Entre suas atribuições, destacam-se o planejamento, a coordenação, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos municípios, além do fortalecimento da rede estadual de vigilância por meio do apoio técnico, da supervisão, da capacitação permanente dos profissionais de saúde e da articulação entre os diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe técnica do NCZ é composta por profissionais que atuam como Pontos Focais Estaduais para os agravos sob responsabilidade do núcleo. Esses profissionais constituem referência técnica nas áreas de vigilância epidemiológica, sistemas de informação, investigação epidemiológica, controle vetorial, elaboração de normas e fluxos, capacitação de recursos humanos e supervisão das ações municipais.

No exercício dessa função, o Ponto Focal Estadual desempenha papel essencial na organização e no fortalecimento da vigilância em saúde, promovendo a disseminação de informações técnicas e normativas, acompanhando indicadores epidemiológicos, elaborando análises e relatórios técnicos, monitorando a qualidade das informações registradas nos sistemas oficiais e prestando apoio contínuo aos municípios na implementação das estratégias de vigilância, prevenção e controle. Sua atuação contribui diretamente para a tomada de decisão baseada em evidências, permitindo respostas oportunas diante dos riscos e eventos de interesse em saúde

pública.

As zoonoses representam um importante desafio para a saúde pública, considerando sua capacidade de transmissão entre animais e seres humanos e seu potencial de causar surtos, epidemias e impactos sociais, econômicos e ambientais. Nesse contexto, destacam-se as zoonoses emergentes, caracterizadas pelo surgimento recente ou pela identificação de novos agentes infecciosos, e as zoonoses reemergentes, que correspondem a doenças anteriormente controladas, mas que voltam a apresentar aumento da incidência ou expansão geográfica, constituindo risco significativo para a população.

As ações de vigilância, prevenção e controle desenvolvidas pelo NCZ abrangem não apenas a raiva e as leishmanioses, mas também outras doenças e agravos de importância epidemiológica, incluindo enfermidades transmitidas por vetores, reservatórios ou animais peçonhentos. Essas ações são estruturadas de acordo com a classificação adotada pelo Ministério da Saúde, contemplando três grupos principais:

- zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle;
- zoonoses de relevância regional ou local;
- zoonoses emergentes e reemergentes.

No Estado de Roraima, o Núcleo de Controle de Zoonoses atua diretamente na vigilância dos agravos contemplados pelos programas nacionais do Ministério da Saúde, entre eles: Raiva Humana e animal, Leishmaniose Tegumentar, Leishmaniose Visceral, Atendimento Antirrábico Humano, Acidentes por Animais Peçonhentos, Leptospirose, Hantavirose e Doença de Chagas. Além desses agravos, o Estado encontra-se em processo de fortalecimento e implantação das ações de vigilância para Esporotricose Animal, Brucelose Humana e Febre Maculosa ampliando a capacidade de resposta frente aos desafios epidemiológicos atuais.

O Relatório Epidemiológico reúne as principais informações referentes ao comportamento epidemiológico dos agravos acompanhados pelo Núcleo de Controle de Zoonoses, apresentando análises descritivas, indicadores, distribuição dos casos e aspectos relacionados às ações de vigilância desenvolvidas no Estado de Roraima.

As zoonoses constituem um importante grupo de doenças e agravos de interesse para a saúde pública devido ao seu potencial de transmissão entre animais

e seres humanos, à ampla distribuição geográfica e ao impacto que podem ocasionar na morbimortalidade da população. Fatores como mudanças ambientais, expansão urbana, desmatamento, alterações climáticas, intensa circulação de pessoas e animais e a mobilidade populacional favorecem a emergência, a reemergência e a manutenção desses agravos, exigindo vigilância epidemiológica contínua e ações integradas de prevenção e controle.

O Estado de Roraima apresenta características geográficas, ambientais e demográficas que tornam o cenário epidemiológico particularmente desafiador. Além da extensa área de floresta amazônica, da presença de comunidades indígenas, de áreas de garimpo e de regiões de difícil acesso, o estado abriga a principal fronteira terrestre entre Brasil e Venezuela. O intenso fluxo migratório decorrente da crise humanitária venezuelana tem aumentado a circulação de pessoas entre os dois países, reforçando a necessidade de vigilância epidemiológica permanente, diagnóstico oportuno e integração das ações de vigilância em saúde, especialmente para doenças de importância regional e eventos de potencial impacto em saúde pública.

Nesse contexto, o Núcleo de Controle de Zoonoses (NCZ), por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, desenvolve ações de vigilância epidemiológica, monitoramento, apoio técnico aos municípios e análise das informações provenientes dos sistemas oficiais de notificação. Essas ações subsidiam o planejamento das estratégias de prevenção e controle, fortalecem a capacidade de resposta do estado e contribuem para a detecção precoce de mudanças no perfil epidemiológico dos agravos monitorados.

O Relatório Epidemiológico tem como objetivo apresentar o panorama dos principais agravos acompanhados pelo Núcleo de Controle de Zoonoses no Estado de Roraima, por meio da análise dos dados epidemiológicos e operacionais disponíveis. As informações aqui apresentadas visam subsidiar gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão, contribuindo para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e para o aprimoramento das ações de prevenção, controle e resposta às zoonoses de importância para a saúde pública.

METODOLOGIA

O Relatório Epidemiológico foi elaborado a partir de um estudo descritivo, de

abordagem quantitativa, utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Tabwin. A metodologia adotada permitiu descrever o perfil epidemiológico dos agravos monitorados pelo Núcleo de Controle de Zoonoses no Estado de Roraima, por meio da análise da distribuição dos casos segundo tempo, lugar e pessoa referentes ao ano de 2025.

As informações foram obtidas a partir do banco de dados do Sinan e Tabwin considerando os registros de casos notificados e encerrados para os agravos de interesse. Os dados foram analisados com o objetivo de identificar o comportamento epidemiológico das doenças, fundamentar o monitoramento da situação de saúde e apoiar o planejamento das ações de vigilância, prevenção e controle desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

A análise dos indicadores epidemiológicos possibilita a identificação de tendências, áreas prioritárias e populações mais vulneráveis, contribuindo para a tomada de decisão pelos gestores e para o fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde no Estado de Roraima.

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS (X 29)

Os acidentes causados por animais peçonhentos constituem um importante desafio para a saúde pública, principalmente em estados da Região Norte, como Roraima, onde fatores ambientais e ocupacionais favorecem a ocorrência desses agravos. A convivência próxima com áreas de floresta, atividades rurais, garimpo e expansão urbana sobre áreas naturais aumenta o risco de exposição da população a serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas e outros animais peçonhentos.

Além do impacto direto sobre a saúde das pessoas, esses acidentes podem resultar em complicações graves quando o atendimento não ocorre de forma oportuna ou quando há demora na administração do tratamento adequado, especialmente da soroterapia. Em situações mais graves, podem ocasionar sequelas permanentes e até mesmo o óbito, reforçando a importância da vigilância epidemiológica e da organização da rede de assistência.

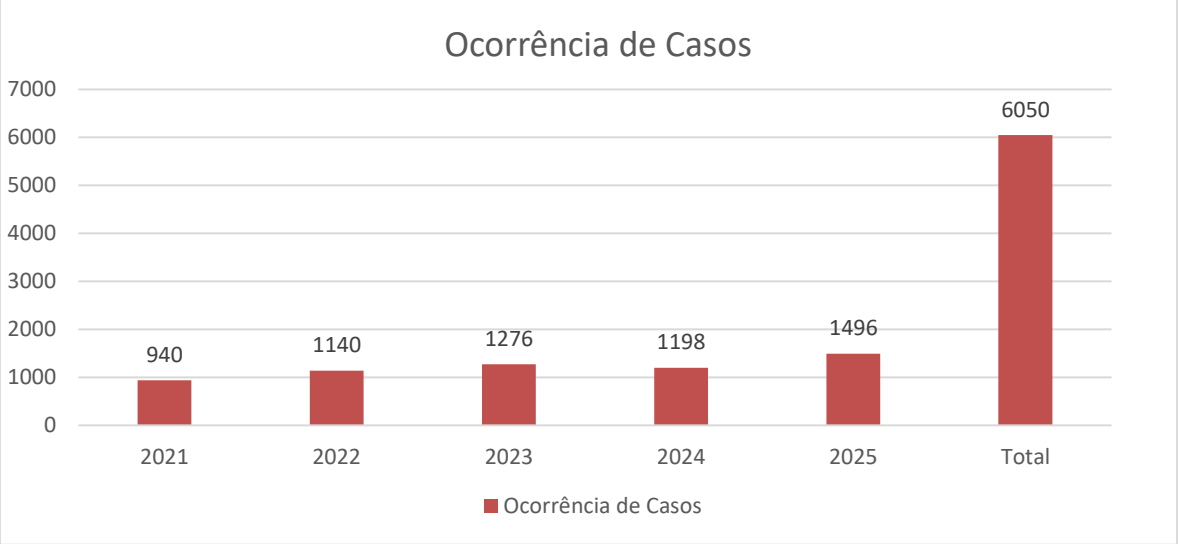
As informações foram obtidas a partir dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), abrangendo notificações provenientes das áreas urbanas e rurais de todos os municípios do estado. A sistematização e interpretação desses dados permitem compreender o comportamento desse agravo em Roraima,

identificar grupos e localidades mais vulneráveis e subsidiar o planejamento de ações voltadas à prevenção, ao fortalecimento da vigilância epidemiológica e à qualificação da assistência prestada à população.

A seguir, será apresentado o histórico epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos no Estado, por meio da análise de gráficos e tabelas que demonstram a evolução dos casos ao longo dos anos. Serão abordadas a tendência de aumento das notificações, as principais espécies responsáveis pelos acidentes, o perfil epidemiológico da população acometida e a distribuição dos casos entre os municípios.

Destaca-se, ainda, a elevada ocorrência desses acidentes entre os povos indígenas, população historicamente mais vulnerável devido às características geográficas, ambientais e às dificuldades de acesso oportuno aos serviços de saúde. Diante desse cenário, tornou-se necessária a implantação do projeto de descentralização dos soros antivenenos, estratégia que visa ampliar e agilizar o acesso ao tratamento, reduzindo o tempo de resposta, a morbimortalidade e as complicações decorrentes desses acidentes nas áreas de maior risco.

Figura 1. Proporção dos acidentes por animais peçonhentos segundo quantidade de ocorrência. Roraima, 2021-2025.



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 27/07/2026 (sujeitos à alteração).

Levando em consideração aos acidentes por animais peçonhentos em Roraima, entre os anos de 2021 e 2025, é evidente um crescimento geral no número de notificações. No período avaliado, foram registrados 6.050 casos, com aumento de

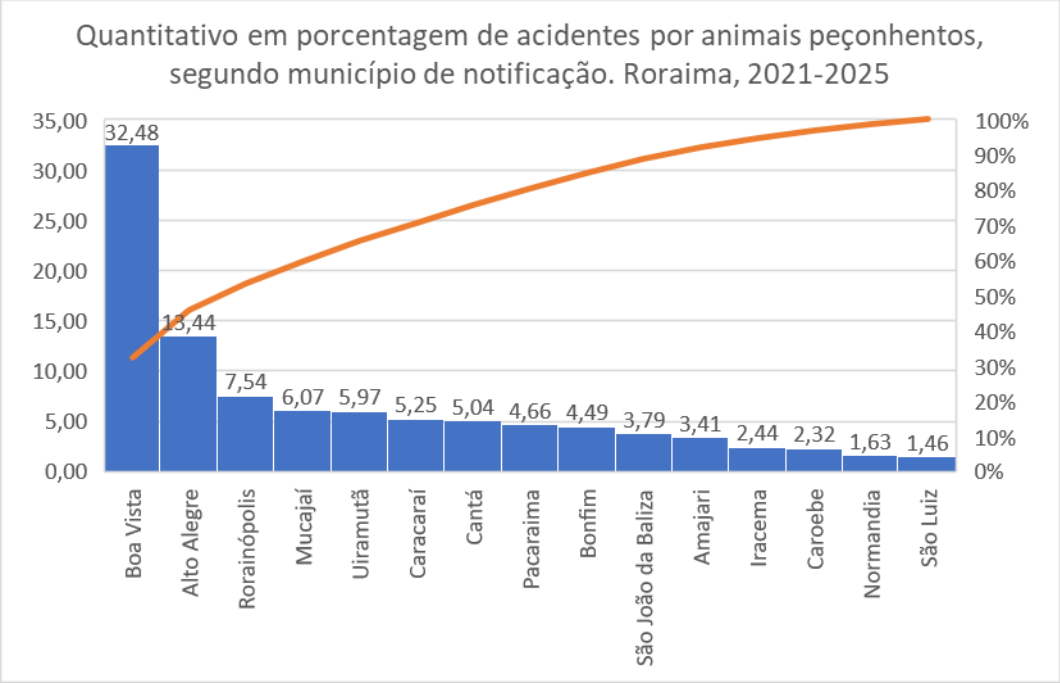
59,1% entre 2021 (940 casos) e 2025 (1.496 casos).

Observa-se crescimento contínuo das notificações entre 2021 e 2023, seguido de uma discreta redução em 2024, quando foram registrados 1.198 casos. Entretanto, em 2025 ocorreu o maior número de casos, totalizando 1.496 notificações, o que representa aproximadamente 24,7% de todos os casos registrados no período.

Esse comportamento pode refletir fatores como maior exposição da população às áreas de risco, influência das condições climáticas e ambientais, expansão das atividades rurais, além do fortalecimento da vigilância epidemiológica e da melhoria na notificação dos casos. Os resultados mostram a necessidade de manter e intensificar as ações de prevenção, educação em saúde, vigilância e assistência aos pacientes, especialmente nos municípios com maior ocorrência de acidentes.

Esse aumento reforça a importância do monitoramento contínuo dos acidentes por animais peçonhentos, permitindo identificar áreas prioritárias, orientar estratégias de controle e garantir o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento com soroterapia quando indicado.

Figura 2. Percentual de acidentes por animais peçonhentos, segundo município de notificação. Roraima, 2021-2025



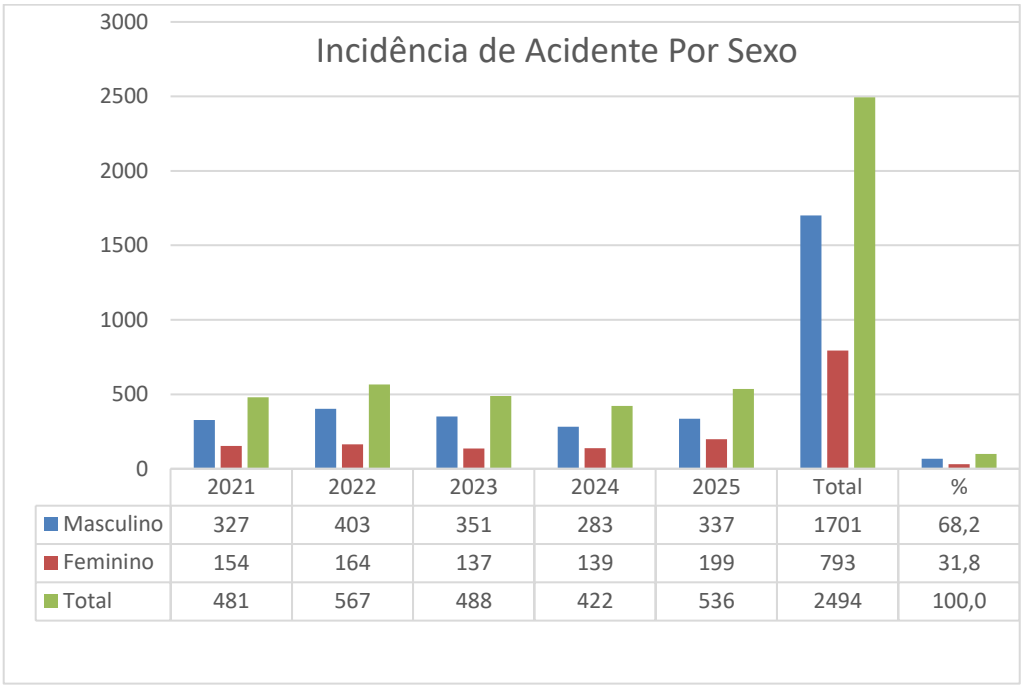
Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 27/07/2026 (sujeitos à alteração).

Analisando a distribuição dos acidentes por animais peçonhentos segundo o município de notificação demonstra que Boa Vista concentrou a maior proporção dos registros, correspondendo a 32,48% de todas as notificações no período de 2021 a

2025. Em seguida, destacam-se Alto Alegre (11,44%), Rorainópolis (7,54%) e Mucajaí (6,07%). Os demais municípios apresentaram percentuais inferiores a 6%, indicando uma distribuição mais dispersa dos casos.

Esse cenário pode refletir tanto a maior concentração populacional e oferta de serviços de saúde em Boa Vista, quanto o encaminhamento de pacientes de outros municípios vizinhos e zona rural para atendimento e notificação na capital. Os resultados reforçam a importância de fortalecer as ações de vigilância, prevenção e assistência, especialmente nos municípios com maior concentração de casos e capacitar os demais municípios para manejo clínico.

Figura 3: Análise Epidemiológica dos Acidentes por Animais Peçonhentos segundo o Sexo



	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Masculino	327	403	351	283	337	1701	68,2
Feminino	154	164	137	139	199	793	31,8
Total	481	567	488	422	536	2494	100,0

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 27/07/2026 (sujeitos à alteração).

A análise dos casos de acidentes por animais peçonhentos registrados no estado de Roraima entre os anos de 2021 e 2025 relacionados ao filtro por sexo demonstra predominância do sexo masculino em todos os anos avaliados. No período analisado, foram registrados 2.494 casos, dos quais 1.701 (68,2%) ocorreram em homens e 793 (31,8%) em mulheres.

Dessa forma, nota-se que a maior frequência de casos no sexo masculino permaneceu constante ao longo de toda a série histórica, sugerindo maior exposição desse grupo aos fatores de risco relacionados aos acidentes. Esse comportamento pode estar associado às atividades laborais desenvolvidas predominantemente por

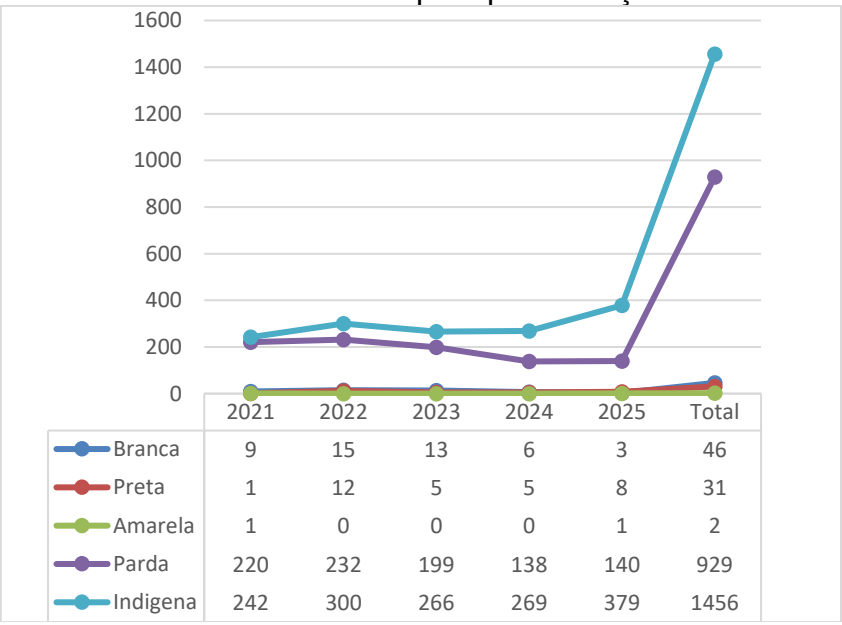
homens, como agricultura, extrativismo, caça, pesca e outras ocupações realizadas em áreas rurais e de floresta, ambientes onde há maior presença de animais peçonhentos.

Embora em menor número, os acidentes registrados no sexo feminino também apresentaram ocorrência contínua durante todo o período, evidenciando que esses agravos atingem toda a população e reforçando a necessidade de ações de prevenção voltadas para ambos os sexos.

Em relação à evolução temporal, verifica-se redução no número total de casos entre 2022 e 2024, seguida de um novo aumento em 2025, quando foram registrados 536 acidentes, o segundo maior quantitativo da série histórica, atrás apenas de 2022. Esse aumento reforça a importância do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, da educação em saúde e da manutenção do acesso oportuno ao tratamento com soroterapia nos municípios e comunidades mais vulneráveis.

Os relatórios destacam que o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos em Roraima mantém predominância entre indivíduos do sexo masculino, característica compatível com o padrão observado em estados da Região Norte e dados registrados no sistema de informação. Essas informações são fundamentais para orientar o planejamento de ações preventivas do Núcleo de Controle de Zoonoses, estratégias de educação em saúde e a organização da rede de assistência, especialmente em áreas de maior risco para ocorrência desses acidentes.

Figura 4. Percentual de casos notificados por tipo de Raça/Cor. Roraima, 2021-2025



	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Branca	9	15	13	6	3	46
Preta	1	12	5	5	8	31
Amarela	1	0	0	0	1	2
Parda	220	232	199	138	140	929
Indigena	242	300	266	269	379	1456

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 27/07/2026 (sujeitos à alteração).

A análise da distribuição dos acidentes por animais peçonhentos segundo raça/cor demonstra que a maior carga do agravo no Estado concentra-se entre a população indígena, seguida pela população parda, evidenciando um perfil epidemiológico diretamente relacionado às características demográficas, geográficas e ocupacionais de Roraima.

Para facilitar a interpretação dos dados, os casos classificados como "Ignorado/Branco" foram excluídos da representação gráfica, uma vez que correspondem a apenas 30 notificações (1,2% do total) e sua inclusão não altera a análise epidemiológica, podendo dificultar a visualização das diferenças entre as demais categorias de raça/cor. Entretanto, esses registros permanecem contabilizados na tabela de distribuição dos casos.

No período de 2021 a 2025, foram registrados 2.494 casos de acidentes por animais peçonhentos. Destes,1.456 casos (58,4%) ocorreram entre indígenas, representando mais da metade de todas as notificações registradas. Em seguida, a população parda contabilizou 929 casos (37,2%), enquanto as demais categorias apresentaram participação significativamente menor: branca com 46 casos (1,8%), preta com 31 casos (1,2%), ignorado/branco com 30 casos (1,2%) e amarela com apenas 2 casos (0,1%).

Ao longo da série histórica, é possível observar que os casos entre a população indígena permaneceram elevados em todos os anos analisados, passando de 242 casos em 2021 para 379 casos em 2025, representando o maior número de notificações do período. Já entre a população parda, verificou-se redução progressiva após 2022, mantendo-se relativamente estável nos dois últimos anos da série.

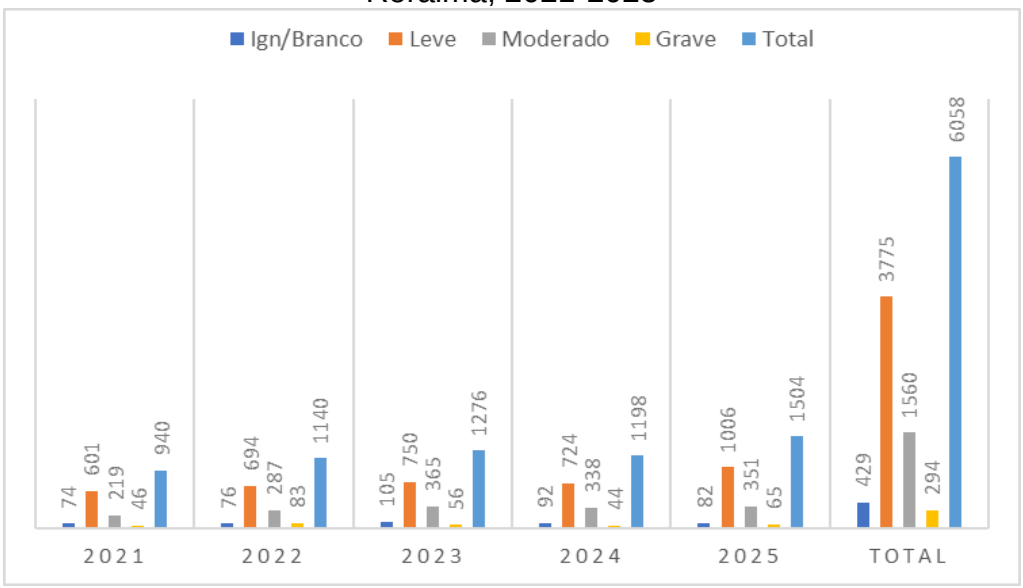
Os resultados destacam que os acidentes por animais peçonhentos apresentam importante concentração nas comunidades indígenas, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso, onde a população desenvolve atividades como caça, pesca, agricultura e extrativismo, aumentando a exposição aos animais peçonhentos. Além disso, as longas distâncias até os serviços de saúde podem retardar o início do tratamento, elevando o risco de complicações clínicas.

Diante desse cenário epidemiológico, caracterizado pelo elevado número de casos entre os povos indígenas, a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima por meio de Núcleo de Controle de Zoonoses implementou a estratégia de descentralização dos soros antivenenos para regiões prioritárias, incluindo os Distritos

Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Leste e DSEI Yanomami. Essa estratégia teve como objetivo ampliar o acesso oportuno à soroterapia, reduzindo o tempo entre o acidente e o tratamento e, consequentemente, diminuindo a ocorrência de casos graves, sequelas e óbitos nas comunidades indígenas localizadas em áreas remotas e de difícil acesso.

Os dados apresentados reforçam que os povos indígenas constituem o principal grupo vulnerável aos acidentes por animais peçonhentos em Roraima, justificando a manutenção e o fortalecimento de estratégias específicas da Vigilância Epidemiológica, prevenção e assistência. Entre essas estratégias destacam-se a descentralização dos soros antivenenos, a capacitação contínua das equipes de saúde, a educação em saúde nas comunidades indígenas e o monitoramento epidemiológico permanente, visando garantir uma resposta rápida e efetiva aos acidentes.

Figura 5. Acidentes por animais peçonhentos segundo classificação do caso. Roraima, 2021-2025



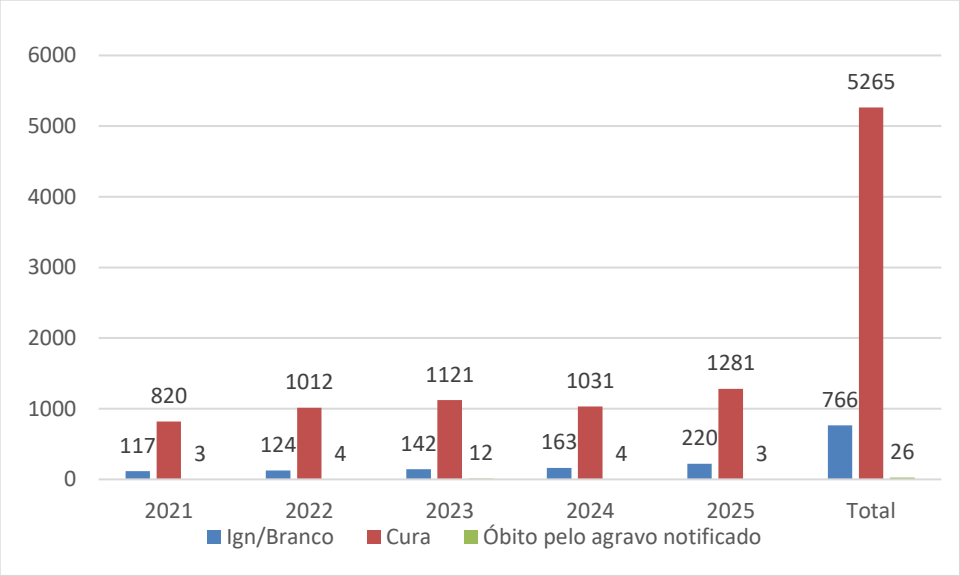
Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

.

A classificação dos acidentes por gravidade entre 2021 e 2025 demonstra que os casos leves predominaram em todo o período, totalizando 3.775 registros (62,3%), indicando que a maioria dos pacientes apresentou evolução clínica favorável quando recebeu atendimento oportuno. Os casos moderados corresponderam a 1.569 notificações (25,9%), enquanto os casos graves somaram 294 casos (4,9%), reforçando a necessidade de manutenção da assistência especializada e da disponibilidade de soros antivenenos para reduzir complicações e óbitos. É possível

observar ainda um número reduzido de registros classificados como ignorado/em branco (429; 7,1%), evidenciando a importância do correto preenchimento das fichas de notificação, uma vez que informações incompletas comprometem a análise epidemiológica e o planejamento das ações de vigilância e ações programadas pelo núcleo de Controle de Zoonoses. No período analisado, foram registrados 6.058 acidentes por animais peçonhentos, destacando a necessidade do fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e qualificação da vigilância epidemiológica no Estado.

Figura 6. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos segundo evolução do caso. Roraima, 2021 - 2024



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

Em relação aos desfechos dos casos de acidentes por animais peçonhentos em Roraima, o gráfico com informações retiradas do sistema de informação demonstra que, ao longo do período de 2021 a 2025, a grande maioria dos casos de acidentes por animais peçonhentos evoluiu para cura, evidenciando a efetividade da assistência prestada aos pacientes e o acesso oportuno ao tratamento específico. No total, foram registrados 5.265 casos com evolução para cura, representando o principal desfecho observado no período analisado.

Aos casos classificados como ignorado/em branco, observa-se uma redução gradual entre 2021 e 2024, passando de 117 para 163 registros. Entretanto, o ponto de preocupação volta-se para o elevado número de casos classificados com evolução "Ignorado/Em branco", com aumento em 2025 de 220 casos, totalizando 766 registros

no período analisado. A ausência dessa informação compromete a avaliação da real evolução clínica dos pacientes, dificulta a avaliação da efetividade da assistência prestada e limita a produção de indicadores epidemiológicos mais precisos. Além disso, registros incompletos podem mascarar desfechos desfavoráveis, como complicações e óbitos, impactando diretamente o planejamento das ações de vigilância e assistência. Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer a qualidade do preenchimento das fichas de notificação, o acompanhamento dos casos e o encerramento oportuno no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), garantindo maior confiabilidade aos dados utilizados na tomada de decisão em saúde pública.

Aos óbitos atribuídos ao agravo notificado, foram registrados 26 casos no período, distribuídos da seguinte forma: 3 em 2021, 4 em 2022, 12 em 2023, 4 em 2024 e 3 em 2025. O ano de 2023 apresentou o maior número de óbitos, representando quase metade de todas as mortes registradas no período, indicando a necessidade de análise detalhada desses casos para identificação de possíveis fatores relacionados à gravidade clínica, demora na procura por atendimento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou atraso na administração da soroterapia.

De forma geral, os dados demonstram que os acidentes por animais peçonhentos apresentam alto índice de cura, refletindo a importância da disponibilidade de soros antivenenos e da assistência prestada pela rede de saúde. Entretanto, a ocorrência de óbitos e o número expressivo de registros com evolução ignorada reforçam a necessidade de qualificar a vigilância epidemiológica e o Núcleo de Controle de Zoonoses, aprimorar o preenchimento das notificações e fortalecer as ações de diagnóstico, tratamento precoce e acompanhamento dos casos, contribuindo para a redução da morbimortalidade por esse agravo no estado de Roraima.

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (B 57.2)

Com base nas tabulações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação — SINAN NET disponibilizadas no arquivo analisado, foram identificadas 108 notificações/investigações de Doença de Chagas Aguda na distribuição por faixa etária, município da unidade notificadora, sexo e classificação final.

Figura 7. Casos Anual confirmados

Ano da notificação	Registros
2020	1
2021	4
2022	0
2023	1
2024	0
2025	0
2026	1
Total	**7**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

A análise temporal apresenta uma inconsistência importante: a tabela anual por município da unidade notificadora totaliza 7 registros, distribuídos entre 2020, 2021, 2023 e 2026, enquanto as tabelas demográficas e de classificação final totalizam 108 registros. Portanto, não é possível afirmar, com segurança, o número de casos notificados especificamente em 2025 a partir das tabulações fornecidas. A tabela anual indica zero registro em 2025, mas esse resultado precisa ser validado, pois pode representar uma consulta com filtro diferente daquelas utilizadas nas demais tabelas.

Figura 8. Notificações/investigações por município da unidade notificadora

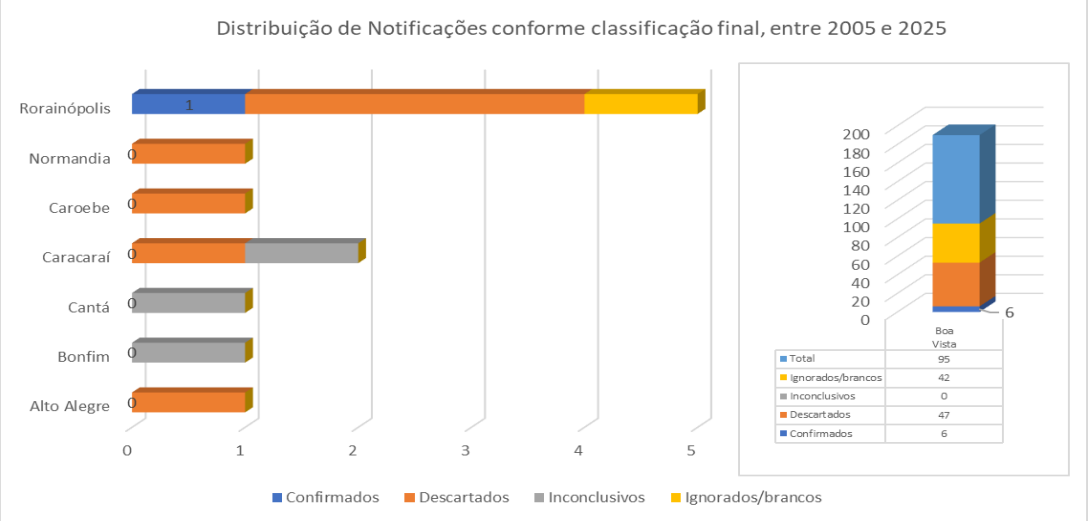
unicípio	**Registros**	**Participação**
Boa Vista	95	88,0%
Rorainópolis	5	4,6%
Caracaraí	2	1,9%
Alto Alegre	1	0,9%
Bonfim	1	0,9%
Cantá	1	0,9%
Caroebe	1	0,9%
Normandia	1	0,9%
Município	**Registros**	**Participação**
São João da Baliza	1	0,9%
Amajari	0	0,0%
Iracema	0	0,0%
Mucajaí	0	0,0%
Pacaraima	0	0,0%
São Luiz	0	0,0%
Uiramutã	0	0,0%
Total	**108**	**100,0%**

Fonte:SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR.

Em Roraima, a análise da Doença de Chagas Aguda deve considerar a presença de áreas rurais, comunidades indígenas, populações tradicionais, mobilidade territorial, atividades extrativistas e a possibilidade de exposição a alimentos produzidos ou processados em condições que favoreçam a contaminação.

A análise foi realizada com base nas tabelas do arquivo referente à Investigação de Doença de Chagas Aguda — SINAN NET, contendo informações sobre:

Figura 9. Gráfico por município de casos confirmado



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2025 (sujeitos à alteração).

Boa Vista concentrou 95 dos 108 registros, correspondendo a 88,0% do total. Essa concentração pode refletir: A concentração de notificações em Boa Vista não significa necessariamente que a transmissão tenha ocorrido predominantemente na capital. É possível que pessoas residentes no interior ou expostas em áreas rurais sejam notificadas na capital. Rorainópolis apresentou cinco registros e foi o único município, além de Boa Vista, com caso confirmado na classificação final.

Figura 10. Distribuição dos casos confirmados

Município de Notif.	Confirmados	Descartados	Inconclusivos	Ign./brancos	Total
Alto Alegre	0	1	0	0	1
Boa Vista	6	47	0	42	95
Bonfim	0	0	1	0	1
Cantá	0	0	1	0	1
Caracaraí	0	1	1	0	2
Caroebe	0	1	0	0	1
Normandia	0	1	0	0	1
Rorainópolis	1	3	0	1	5
São João da B	0	1	0	0	1
Total	**7**	**55**	**3**	**43**	**108**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2025 (sujeitos à alteração).

Considerando todos os 108 registros com classificação definida:

- 6,5% de confirmação considerando toda a base;
- 10,8% entre os registros classificados como confirmados, descartados ou inconclusivos.

Figura 10. Classificação final dos dados

Classificação final	Registros	Percentual
Descartado	55	50,9%
Ignorado/branco	43	39,8%
Confirmado	7	6,5%
Inconclusivo	3	2,8%
Total	**108**	**100,0%**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2026 (sujeitos à alteração).

A proporção de 39,8% de registros ignorados ou em branco é elevada e limita aos 42 casos ignorados ou brancos foram registrados erroneamente inquérito num inquérito da DSEI-Y.

A faixa de 20 a 34 anos apresentou a maior frequência, com 25 registros , esse grupo pode estar mais exposto em função de Atividades profissionais, trabalho rural, Extrativismo, Manipulação de alimentos, Deslocamentos, Atividades de caça, pesca ou agricultura e maior mobilidade entre municípios.

A faixa de 50 a 64 anos apresentou 21 registros, e a de 35 a 49 anos, 16 registros. Somadas, as faixas de 35 a 64 anos totalizaram 37 registros que

correspondem 34,42% da base.

Figura 11. Faixa Etária

Faixa etária	Registros	Percentual
Menor de 1 ano	2	1,9%
1 a 4 anos	9	8,3%
5 a 9 anos	3	2,8%
10 a 14 anos	11	10,2%
15 a 19 anos	4	3,7%
20 a 34 anos	25	23,1%
35 a 49 anos	16	14,8%
50 a 64 anos	21	19,4%
65 a 79 anos	13	12,0%
80 anos ou mais	4	3,7%
Total	**108**	**100,0%**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 21/07/2025 (sujeitos à alteração).

As pessoas com 20 anos ou mais totalizaram 79 registros, correspondendo a 73,1% da base. As pessoas menores de 20 anos totalizaram 29 registros que correspondem 26,90% da base ou seja, embora os registros em crianças e adolescentes sejam menores que os registrados em adultos, a ocorrência de casos nessa faixa deve ser investigada com atenção, principalmente quando houver possibilidade de transmissão oral, exposição domiciliar ou transmissão congênita.

Figura 12. Distribuição por Sexo

Sexo	Registros	Percentual
Masculino	53	49,1%
Feminino	55	50,9%
Total	**108**	**100,0%**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2026 (sujeitos à alteração).

A distribuição por sexo foi praticamente equilibrada, com discreto predomínio do sexo feminino. Esse resultado difere de alguns agravos ocupacionais ou de exposição rural, nos quais frequentemente se observa maior participação masculina. No caso da Doença de Chagas Aguda, a transmissão oral pode ocorrer em ambiente domiciliar ou comunitário, alcançando diferentes grupos de pessoas que compartilham alimentos ou bebidas. A distribuição equilibrada também pode ser compatível com

exposição coletiva, surtos de transmissão oral, transmissão congênita investigada em mães e crianças, exposição familiar, Investigação de casos suspeitos sem diferença relevante por sexo.

Figura 13. Distribuição por mês da notificação

Mês da notificação	Registros
Março	2
Maio	2
Junho	2
Agosto	1
Total	**7**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2026 (sujeitos à alteração).

Os dados mensais não permitem estabelecer sazonalidade, pois a tabela contém somente sete registros e não apresenta todos os meses do ano. Ainda assim, março, maio e junho concentraram seis dos sete registros disponíveis.

Figura 14. A tabela por sexo segundo município de residência.

Município de residência	Registros
Boa Vista	6
Rorainópolis	1
Total	**7**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2026 (sujeitos à alteração).

Essa distribuição não deve ser confundida com a distribuição dos 108 registros por município da unidade notificadora. Considerando esse subconjunto:

- Boa Vista concentrou 85,7%;
- Rorainópolis concentrou 14,3%.

Figura 15. Perfil dos casos confirmados

Município da unidade notificadora	Casos confirmados	Participação entre confirmados
Boa Vista	6	85,7%
Rorainópolis	1	14,3%
Total	**7**	**100,0%**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 18/07/2026 (sujeitos à alteração).

A base analisada contém 108 notificações/investigações de Doença de Chagas Aguda, das quais:

- 7 foram confirmadas;
- 55 descartadas;

- 3 inconclusivas;
- 43 sem classificação final informada.

Os casos confirmados foram registrados em:

- Boa Vista: 6 casos;
- Rorainópolis: 1 caso.

A maioria das investigações ocorreu em Boa Vista, que concentrou 88,0% dos registros. Essa concentração pode estar associada à centralização dos serviços de saúde e diagnóstico, não necessariamente ao local de transmissão.

A faixa etária mais frequente foi de 20 a 34 anos, seguida de 50 a 64 anos. A distribuição por sexo foi equilibrada, com discreto predomínio feminino.

Do ponto de vista epidemiológico, Roraima deve manter vigilância ativa para a Doença de Chagas Aguda, principalmente considerando possível transmissão oral, áreas rurais e indígenas, produção artesanal de alimentos, presença de reservatórios silvestres, mobilidade entre municípios, dificuldades de acesso ao diagnóstico e possível centralização dos casos em Boa Vista.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (B 55.1)

A leishmaniose tegumentar (LT) é uma doença transmitida pela picada do mosquito-palha infectado e acomete principalmente a pele e, em alguns casos, as mucosas. Quando o diagnóstico e o tratamento não são realizados de forma oportuna, a doença pode causar lesões extensas, sequelas permanentes e impactos importantes na qualidade de vida das pessoas. Além disso, é considerada uma doença tropical negligenciada, pois afeta principalmente populações em situação de maior vulnerabilidade social e que vivem ou trabalham em áreas de maior risco, como regiões de floresta, áreas rurais, garimpos e comunidades indígenas (BRASIL, 2024; BRASIL, 2017).

Em Roraima, a leishmaniose tegumentar continua sendo um importante problema de saúde pública devido às características ambientais que favorecem a transmissão da doença. Nos últimos anos, o Estado vem fortalecendo a vigilância epidemiológica por meio da implantação de fluxos de monitoramento, qualificação das notificações, capacitação dos profissionais de saúde e intensificação da investigação

dos casos, permitindo um melhor acompanhamento da situação epidemiológica e subsidiando a tomada de decisões para prevenção e controle da doença (BRASIL, 2024).

Este relatório apresenta um levantamento epidemiológico da leishmaniose tegumentar no Estado de Roraima, com base nas notificações registradas no período de 2021 a 2025. A análise busca demonstrar através de gráficos e tabelas o comportamento da doença ao longo desses cinco anos, identificando seu perfil epidemiológico, a distribuição dos casos e as populações mais afetadas, contribuindo para o planejamento e o fortalecimento das ações de vigilância do Núcleo de Controle de Zoonoses, prevenção e controle no Estado.

Figura 16. Linha do tempo de quantidade de casos de LTA por município de infecção.
Roraima, 2021-2025

Nº	Município de Residênc	2021	2022	2023	2024	2025	Total
1	Caroebe	45	31	68	123	26	293
2	Alto Alegre	88	46	25	14	34	207
3	Rorainópolis	37	32	63	56	19	207
4	Mucajaí	53	52	46	36	10	197
5	Amajari	86	38	17	17	23	181
6	Pacaraima	31	21	17	13	16	98
7	Cantá	14	17	21	14	8	74
8	Caracaraí	22	13	18	5	5	63
9	São João da Baliza	13	7	10	9	15	54
10	Iracema	8	7	11	0	6	32
11	Uiramutã	13	6	10	2	0	31
12	São Luiz	2	8	1	3	1	15
13	Boa Vista	3	3	0	3	4	13
14	Bonfim	1	1	3	3	3	11
15	Normandia	2	0	4	0	2	8
	TOTAL	418	282	314	298	172	1484

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração)

No período compreendido entre 2021 e o consolidado de 2025, o Estado de Roraima registrou um total de 1.484 casos confirmados. A análise da distribuição espacial e temporal revela um cenário variado na incidência entre os municípios, com forte concentração de ocorrências em áreas específicas do Estado.

O Maior foco do agravo se destaca o município de Caroebe que lidera o ranking estadual com 293 casos, representando quase 20% do total acumulado no período. Em seguida, destacam-se Alto Alegre e Rorainópolis, ambos empatados na segunda colocação com 207 casos cada, seguidos por Mucajaí com 197 casos e Amajari 181

casos. Juntos, esses cinco municípios respondem pela maior proporção da morbidade registrada no estado.

Em contrapartida os municípios com menor índice do agravo durante estes anos foram Normandia (8 casos), Bonfim (11 casos), e Boa Vista (13 casos). Além disso, em 2021 registrou-se um aumentativo na quantidade de notificações com (418 casos) no total impulsionado principalmente pelos elevados registros em Alto Alegre (88 casos) e Amajari (86 casos).

Com bases nas pesquisas epidemiológicas obtidas através do sistema de informações, observou-se uma diminuição nos anos de 2022 (282 casos) e 2023 (314 casos), seguida por uma oscilação em 2024 (298 casos), ano em que Caroebe apresentou um pico isolado e expressivo de 123 casos. Recentemente no ano de 2025 registrou a menor marca da série histórica, com apenas 172 casos confirmados em todo o Estado, refletindo uma queda generalizada na maioria dos municípios.

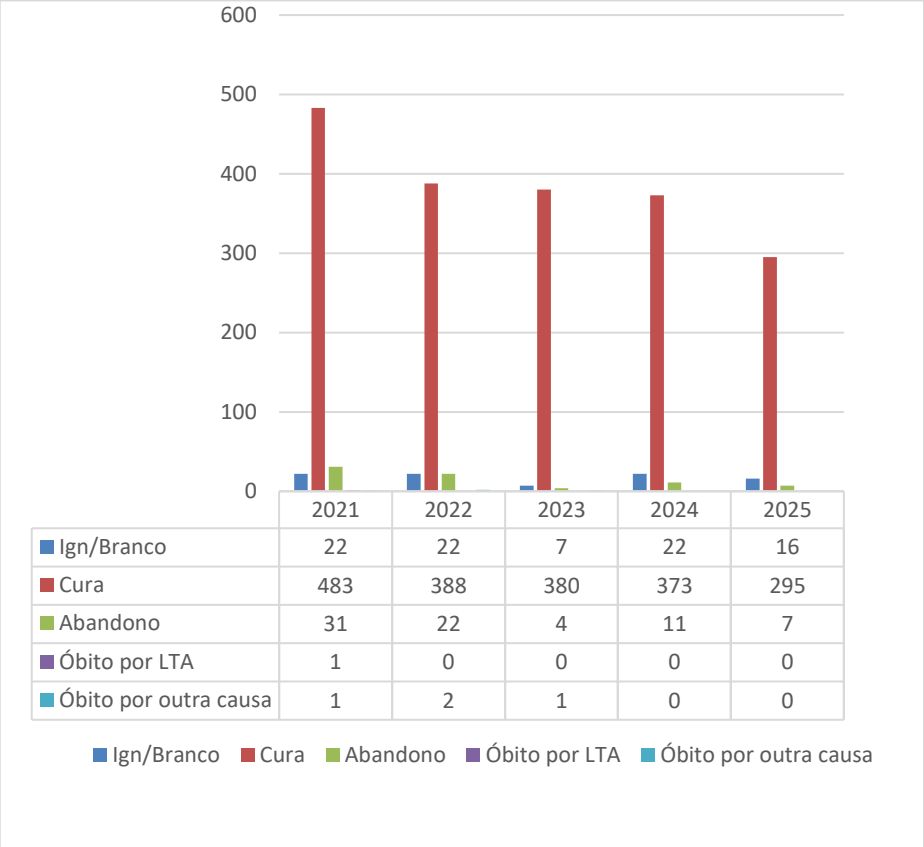
Os dados demonstram que a vigilância e as ações de controle devem manter foco prioritário na região sul do estado (com destaque para Caroebe e Rorainópolis) e nos municípios fronteiriços e de garimpo/área indígena (como Alto Alegre e Amajari).

A queda acentuada observada em 2025 sinaliza uma diminuição da transmissão, mas reforça a necessidade de contínua atenção para evitar o surgimento de novos surtos. Essa diminuição da transmissão de LTA observada em 2025 pode ter relação com a saída de garimpeiros de áreas endêmicas de Roraima. Esforços do governo federal de combate ao garimpo ilegal promoveram uma diminuição da incursão de pessoas às áreas de risco, no interior das florestas. Embora se trate de uma hipótese, é preciso considerar também que maiores esclarecimentos da doença estão sendo divulgados, seja em campanhas localizadas na Unidades de Saúde, seja em ações de educação em saúde, como a que foi realizada recentemente em São Luiz do Anauá, pela CGVS, que abrangeu profissionais de saúde de todo o Sul do Estado, considerada região mais afetada pelo agravo. Entretanto, está redução pode não refletir necessariamente, na diminuição de notificações do agravo, mas também expor deficiências no sistema de vigilância como subnotificações ou inconsistências na alimentação de dados. Há uma necessidade premente de contínua melhoria nos trabalhos de notificação de doenças via SINAN, com permanente compromisso dos profissionais que notificam doenças.

A análise referente a figura 17 que retrata a visão epidemiológica relacionado

a evolução dos casos e desfechos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) no período de 2021 a 2025 demonstra que a cura constituiu o principal desfecho em todos os anos da série histórica, representando o resultado esperado para a maioria dos casos acompanhados pelo Sistema de Informação da Vigilância.

Figura 17. Evolução clínica dos casos na série histórica. Roraima, 2021-2025



	2021	2022	2023	2024	2025
Ign/Branco	22	22	7	22	16
Cura	483	388	380	373	295
Abandono	31	22	4	11	7
Óbito por LTA	1	0	0	0	0
Óbito por outra causa	1	2	1	0	0

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

Entretanto, observa-se redução progressiva do número total de casos encerrados por cura, passando de 483 casos em 2021 para 295 casos em 2025, correspondendo a uma redução de aproximadamente 38,9%. Essa tendência deve ser interpretada considerando o comportamento da incidência da doença no período e o quantitativo de casos notificados, não definindo, isoladamente, diminuição da efetividade das ações de vigilância.

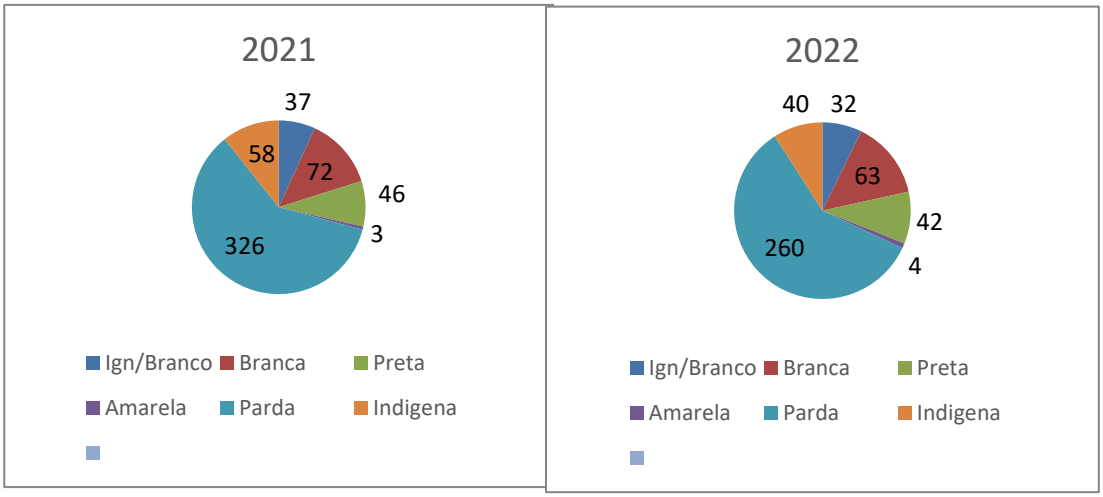
O percentual de registros classificados como ignorado/Branco manteve-se relativamente estável entre 2021, 2022 e 2024 (22 registros em cada ano), apresentou redução em 2023 (7 registros) e discreta elevação em 2025 (16 registros). A ocorrência desses registros evidencia inconsistências na qualidade da informação e

indica a necessidade de fortalecimento das ações de qualificação dos sistemas de informação, uma vez que o encerramento inadequado dos casos compromete a análise dos indicadores epidemiológicos e a avaliação da oportunidade e efetividade das ações do Núcleo de Controle de Zoonoses.

Ao abandono do tratamento, verifica-se tendência de redução ao longo dos anos analisados. Foram registrados 31 abandonos em 2021, reduzindo para 22 em 2022, 4 em 2023, com aumento para 11 em 2024 e nova redução para 7 casos em 2025. Embora os números permaneçam baixos quando comparados ao total de casos encerrados por cura, em Roraima, a vasta extensão territorial, somada à presença de inúmeras comunidades indígenas e áreas isoladas, cria um cenário de extrema complexidade geográfica.

Essa realidade impõe severos desafios de deslocamento que, frequentemente, atuam como o principal fator de desmotivação e abandono de tratamentos médicos por parte dos pacientes. As longas distâncias, a dependência de transporte fluvial, terrestre ou aéreo e as limitações de acesso aos serviços de saúde podem comprometer o acompanhamento dos pacientes e favorecer a descontinuidade do tratamento (Almeida et al., 2020; Ministério da Saúde, 2022).

Figura 18. Raça/Cor referente 2121-2022

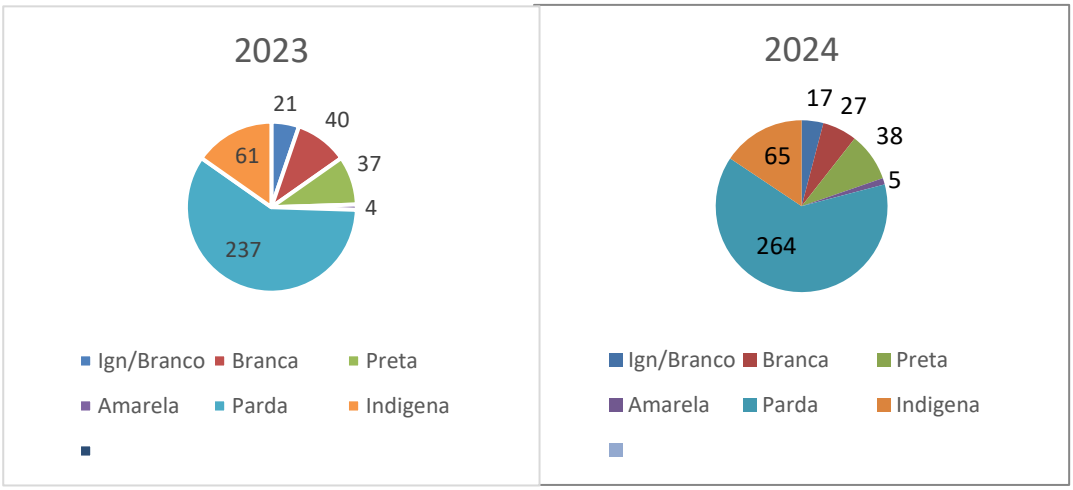


Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

Os óbitos atribuídos à LTA foram praticamente inexistentes durante o período analisado, sendo registrado apenas um óbito em 2021, sem ocorrência nos anos seguintes. A letalidade de leishmaniose tegumentar é considerada baixa, especialmente quando o diagnóstico e o tratamento são realizados de forma precoce.

Ademais, os outros anos não possuem tendência crescente e demonstram que esse evento não possui impacto significativo no número de óbitos.

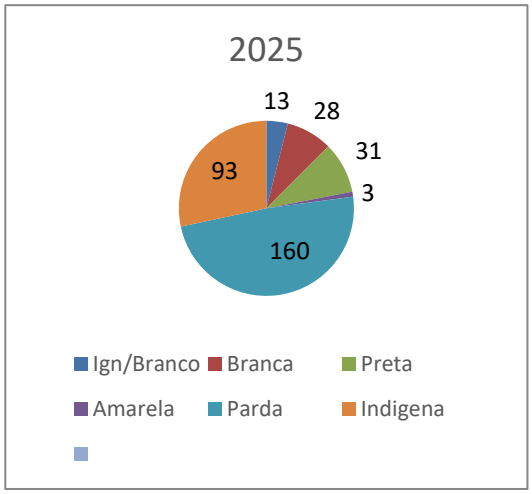
Figura 19. Raça/cor referentes 2023/2024



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

De maneira geral, os resultados mostram elevada proporção de encerramentos por cura, sugerindo adequado desempenho da assistência aos casos acompanhados. Paralelamente, a redução dos registros de abandono ao longo da série pode refletir avanços nas estratégias de acompanhamento clínico, adesão ao tratamento e monitoramento dos pacientes pelas equipes de vigilância e atenção à saúde.

Figura 20. Raça/cor 2025



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

Contudo, a persistência de registros classificados como ignorado/Branco

reforça a necessidade de aprimoramento da qualidade dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da capacitação permanente das equipes notificadoras, monitoramento e oportunidade do encerramento dos casos, contribuindo para maior confiabilidade dos indicadores epidemiológicos e indicando o planejamento das ações de prevenção e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana.

Com base nos gráficos referentes a analise epidemiológica sobre raça/cor (2021-2025) a categoria parda representa a maior proporção dos registros em todos os anos analisados. Apesar de apresentar uma grande redução ente o período de 2021 a 2025 onde passou de 326 para 160 no último ano, permanece como o grupo predominante.

A categoria Indígena demonstra crescimento, passando de 58 registros em 2021 para 93 em 2025, tornando-se a segunda maior categoria no último ano da série. Isso reflete em uma maior sensibilidade da rede epidemiologica em relação ao agravo,sendo de da população atendida, maior acesso aos serviços de saúde ou melhoria no preenchimento da informação

Os registros entre pessoas Brancas e Pretas apresentam redução gradual ao longo dos anos. A categoria Branca diminuiu de 72 casos em 2021 para 28 em 2025, enquanto a categoria Preta passou de 46 para 31 casos no mesmo período.

As categorias Ignorado/Branco e Amarela mantiveram baixa participação durante toda a série histórica. Os registros classificados como Ignorado/Branco reduziram-se de 37 para 13 casos, indicando possível melhora na qualidade do preenchimento da variável raça/cor. Já a categoria Amarela apresentou os menores quantitativos em todos os anos, variando entre 3 e 5 registros.

De forma geral, os gráficos evidenciam que a distribuição dos casos por raça/cor manteve predominância da população parda ao longo do período, acompanhada por um crescimento da população indígena e redução dos registros nas demais categorias. Esses resultados são importantes para orientar o planejamento de ações do Núcleo de controle de Zoonoses, vigilância e assistência, direcionando estratégias voltadas às populações mais afetadas e fortalecendo a qualidade das informações epidemiológicas.

LEISHMANIOSE VISCERAL (B 55.0)

A leishmaniose visceral (LV), é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero Leishmania e transmitida pela picada da fêmea do flebotomíneo, popularmente chamado de mosquito-palha. É considerada uma das doenças tropicais negligenciadas de maior importância para a saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, devido à sua ampla distribuição, elevada gravidade clínica e impacto sobre populações em situação de vulnerabilidade social. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a doença pode evoluir para formas graves e levar ao óbito. No Brasil, a leishmaniose visceral é de notificação compulsória e faz parte das prioridades das ações de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2026).

A transmissão da doença envolve um ciclo complexo entre o vetor, os reservatórios e o ser humano. Nas áreas urbanas, o cão doméstico é reconhecido como o principal reservatório da infecção, enquanto nas áreas silvestres participam diferentes espécies de mamíferos. A presença do vetor está diretamente relacionada às condições ambientais, climáticas e ao processo de ocupação humana, fatores que contribuem para a manutenção e expansão da doença em diversas regiões brasileiras (BRASIL, 2026; Maia-Elkhoury et al., 2008).

Apesar de acometer pessoas de qualquer idade, diversos estudos apontam que as crianças menores de cinco anos representam o grupo mais afetado pela leishmaniose visceral. Essa maior vulnerabilidade está associada à imaturidade do sistema imunológico, além de fatores como desnutrição, condições precárias de moradia e maior exposição em áreas endêmicas. Estudos epidemiológicos realizados no Brasil mostram que essa faixa etária concentra uma parcela significativa dos casos registrados, sendo considerada prioridade para as ações de vigilância, diagnóstico precoce e tratamento oportuno (BRASIL, 2026; Maia-Elkhoury et al., 2008; Alvar et al., 2012).

Nas últimas décadas, a leishmaniose visceral deixou de ser uma doença restrita às áreas rurais e passou a ocorrer também em centros urbanos e periurbanos, tornando seu controle ainda mais desafiador. Esse processo está relacionado à expansão do vetor, às mudanças ambientais, ao crescimento desordenado das cidades e à circulação de pessoas e animais entre diferentes regiões. Diante desse

cenário, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, da vigilância entomológica, do diagnóstico laboratorial e das ações de educação em saúde tornou-se fundamental para reduzir a transmissão e evitar formas graves da doença (WHO, 2023).

No estado de Roraima, a leishmaniose visceral representa um importante desafio para os serviços de saúde. As características geográficas do estado, como a grande extensão territorial, a presença de áreas indígenas, comunidades rurais isoladas e locais de difícil acesso, dificultam a implementação contínua das ações de vigilância e controle. Apesar dos avanços recentes, como a ampliação da capacidade diagnóstica, a qualificação dos profissionais de saúde e o fortalecimento da vigilância epidemiológica e do Núcleo de Controle de Zoonoses, ainda existem obstáculos relacionados à logística, ao acesso das equipes e à manutenção das ações de prevenção, exigindo planejamento permanente e integração entre os diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde.

A Figura apresenta a distribuição dos 83 casos confirmados de Leishmaniose Visceral registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2021 a 2025, segundo o município provável de infecção. Para facilitar a visualização dos dados, foram apresentados apenas os municípios que registraram casos no período, sendo excluídos da figura aqueles que não notificaram ocorrência do agravo.

Observa-se que a transmissão da leishmaniose visceral permanece concentrada em poucos municípios do estado. Uiramutã apresentou o maior número de casos (43 casos; 51,8%), seguido por Normandia (13 casos; 15,7%), Boa Vista (9 casos; 10,8%), Alto Alegre (6 casos; 7,2%), Pacaraima (5 casos; 6,0%) e Amajarí (3 casos; 3,6%). Os municípios de Bonfim, Caracaraí, Mucajaí e São João da Baliza registraram apenas um caso cada durante os cinco anos analisados.

Essa distribuição confirma que a maior parte das infecções ocorre na região norte do estado, especialmente em municípios que apresentam extensas áreas de floresta, terras indígenas e condições ambientais favoráveis à presença do vetor. Além disso, são localidades onde existem comunidades dispersas e de difícil acesso, o que dificulta tanto o diagnóstico precoce quanto a realização contínua das ações de vigilância e controle.

Entretanto, a interpretação desses dados deve considerar um aspecto importante da epidemiologia da doença em Roraima: a ocorrência de casos

autóctones e não autóctones. Os casos autóctones são aqueles em que a infecção ocorreu no próprio município ou no estado onde o paciente reside. Já os casos não autóctones (importados) correspondem às pessoas que adquiriram a infecção em outro município, em outro estado ou até mesmo em países vizinhos, mas que foram diagnosticadas e notificadas em seu município de residência ou onde buscaram atendimento.

Figura 21. Indecência de casos confirmados por município de infecção. Roraima, 2021-2025.

LEISHMANIOSE VISCERAL – RORAIMA

CASOS CONFIRMADOS POR MUNICÍPIO DE INFECÇÃO (2021 a 2025)

ORDEM	MUNICÍPIO DE INFECÇÃO	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
1º	Uiramutã	14	7	6	10	6	43
2º	Normandia	1	4	4	1	3	13
3º	Boa Vista	2	1	2	3	1	9
4º	Alto Alegre	0	2	1	2	1	6
5º	Pacaraima	1	1	0	0	3	5
6º	Amajari	2	0	1	0	0	3
7º	Bonfim	0	0	0	1	0	1
8º	Caracaraí	1	0	0	0	0	1
9º	Mucajaí	0	0	1	0	0	1
10º	São João da Baliza	0	0	1	0	0	1

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESARR. Dados de 21/07/2026 (sujeitos à alteração).

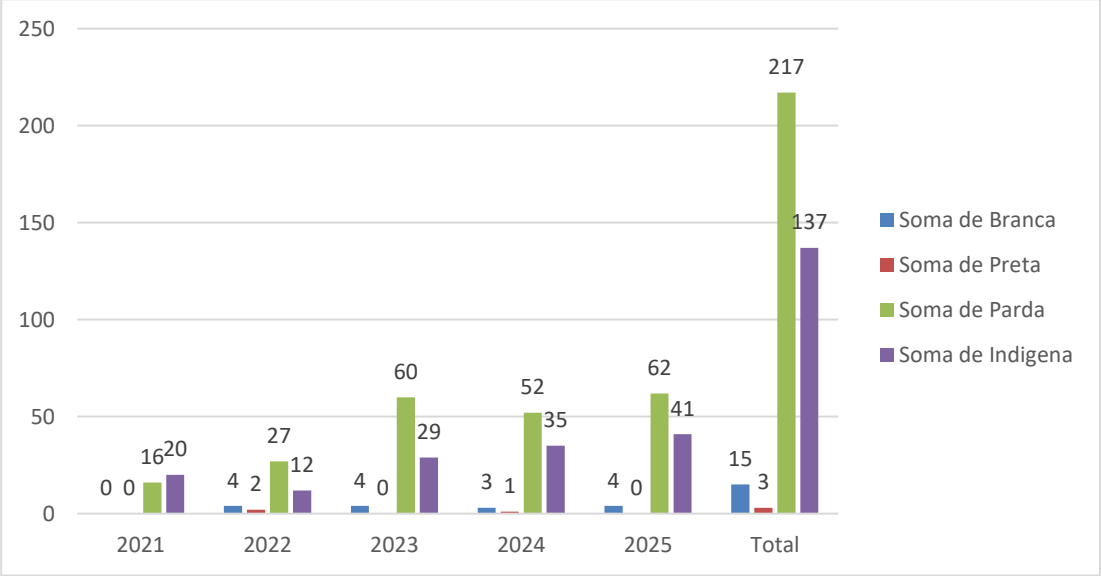
Essa situação em Roraima é comum devido à intensa mobilidade da população. Muitos trabalhadores permanecem por longos períodos em áreas de garimpo, localizadas principalmente em regiões de floresta e terras indígenas, consideradas áreas de maior risco para a transmissão da leishmaniose visceral. Após o período de trabalho, essas pessoas retornam para as sedes dos municípios ou para municípios de maior estrutura de saúde quando começam a apresentar os sintomas da doença.

Por esse motivo, alguns municípios, especialmente aqueles que possuem melhor acesso aos serviços de saúde, como Boa Vista, podem registrar um número de casos aparentemente maior do que a transmissão realmente existente em seu território. Em algumas situações, limitações na investigação epidemiológica ou o

preenchimento incompleto da ficha de notificação podem dificultar a identificação correta do município provável de infecção, fazendo com que o caso seja atribuído ao município onde ocorreu o diagnóstico e não ao local onde a pessoa foi efetivamente infectada.

Essa característica reforça a importância de uma investigação epidemiológica detalhada, incluindo informações sobre deslocamentos, atividades ocupacionais, permanência em áreas de garimpo, viagens para municípios endêmicos e histórico de exposição ao vetor. A correta classificação dos casos como autóctones ou não autóctones permite compreender melhor a dinâmica da transmissão da doença, identificar as áreas de maior risco e direcionar as ações de vigilância, prevenção e controle de forma mais eficiente.

Figura 22. Análise epidemiológica referente a raça/cor. Roraima, 2021-2025.



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

Dessa forma, embora os dados demonstrem maior concentração de casos em municípios como Uiramutã e Normandia, é importante destacar que a dinâmica da leishmaniose visceral em Roraima está diretamente relacionada às características geográficas do estado, à mobilidade da população e às atividades desenvolvidas em áreas de garimpo e de difícil acesso. Esses fatores podem influenciar a distribuição dos casos registrados no SINAN e devem sempre ser considerados na interpretação dos indicadores epidemiológicos e no planejamento das ações de saúde pública e do Núcleo de Controle de Zoonoses Estadual.

Após a análise da distribuição espacial dos casos por município de infecção, torna-se importante entender qual a população mais acometida pela leishmaniose visceral em Roraima. A avaliação das características demográficas, como raça/cor e sexo, permite identificar os grupos mais vulneráveis, contribuindo para um melhor direcionamento das ações de vigilância, prevenção e assistência através do Núcleo de Controle de Zoonoses.

Os gráficos a seguir apresentam a distribuição dos casos confirmados registrados no SINAN entre 2021 e 2025, segundo raça/cor e sexo.

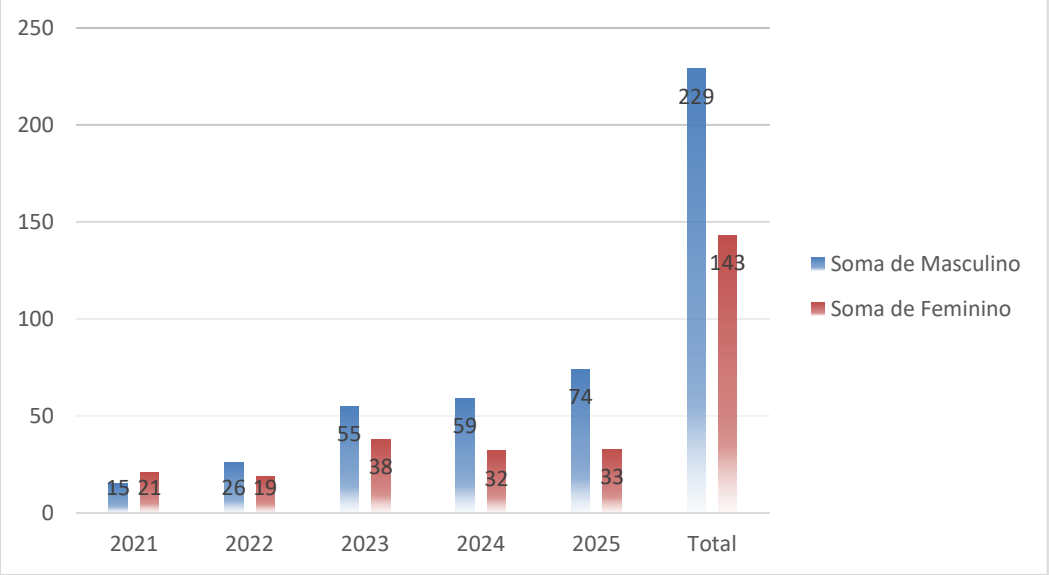
A análise dos casos de leishmaniose visceral segundo raça/cor demonstra que a doença acometeu principalmente indivíduos pardos, que totalizaram 216 casos (58,2%) dos 372 registros analisados. Em seguida, destacam-se os indivíduos indígenas, com 136 casos (36,6%), evidenciando que esses dois grupos concentram praticamente toda a carga da doença no estado.

A elevada ocorrência entre a população parda pode estar relacionada ao fato de esse grupo representar a maior parcela da população de Roraima. Por outro lado, o expressivo número de casos entre indígenas merece atenção especial, considerando que muitas comunidades vivem em áreas rurais, florestais e terras indígenas, locais onde as condições ambientais favorecem a presença do vetor e onde o acesso aos serviços de saúde pode ser mais difícil.

Os indivíduos classificados como brancos representaram apenas 15 casos (4,0%), enquanto os pretos somaram 5 casos (1,3%), indicando menor participação desses grupos entre os casos confirmados.

Ao analisar a série histórica, observa-se que os casos entre indígenas estiveram presentes em todos os anos do período estudado, enquanto os casos em pardos apresentaram aumento a partir de 2023, permanecendo elevados até 2025. Esse comportamento sugere a manutenção da transmissão em áreas onde predominam essas populações, reforçando a necessidade de ações permanentes de vigilância, diagnóstico precoce e educação em saúde, especialmente nas comunidades indígenas e localidades mais vulneráveis.

Figura 23. Análise de dados referente a sexo. Roraima, 2021-2025.



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

A análise dos casos de leishmaniose visceral segundo raça/cor demonstra que a doença acometeu principalmente indivíduos pardos, que totalizaram 216 casos (58,2%) dos 372 registros analisados. Em seguida, destacam-se os indivíduos indígenas, com 136 casos (36,6%), evidenciando que esses dois grupos concentram praticamente toda a carga da doença no estado.

A elevada ocorrência entre a população parda pode estar relacionada ao fato de esse grupo representar a maior parcela da população de Roraima. Por outro lado, o expressivo número de casos entre indígenas merece atenção especial, considerando que muitas comunidades vivem em áreas rurais, florestais e terras indígenas, locais onde as condições ambientais favorecem a presença do vetor e onde o acesso aos serviços de saúde pode ser mais difícil.

Os indivíduos classificados como brancos representaram apenas 15 casos (4,0%), enquanto os pretos somaram 5 casos (1,3%), indicando menor participação desses grupos entre os casos confirmados.

Ao analisar o contexto histórico, observa-se que os casos entre indígenas estiveram presentes em todos os anos do período estudado, enquanto os casos em pardos apresentaram aumento a partir de 2023, permanecendo elevados até 2025. Esse comportamento sugere a manutenção da transmissão em áreas onde predominam essas populações, reforçando a necessidade de ações permanentes de vigilância, diagnóstico precoce e educação em saúde, especialmente nas comunidades indígenas e localidades mais vulneráveis.

Figura 24. Óbitos por Leishmaniose Visceral. Roraima, 2021-2025

Rótulos de Linha	Soma de 2021	Soma de 2022	Soma de 2023	Soma de 2024	Soma de 2025	Soma de Total
Abandono	0	0	2	0	0	2
Cura	21	30	69	74	84	278
Ign/Branco	12	11	13	12	12	60
Óbito por LV	0	0	2	1	5	8
Óbito por outra causa	2	3	4	2	3	14
Total	36	45	93	91	107	372
Transferência	1	1	3	2	3	10
Total Geral	**72**	**90**	**186**	**182**	**214**	**744**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 30/07/2026 (sujeitos à alteração).

Outro indicador importante para compreender a situação epidemiológica do agravo é a ocorrência de óbitos. A avaliação da mortalidade possibilita conhecer a gravidade da doença, identificar possíveis falhas no diagnóstico oportuno e no acesso ao tratamento, além de subsidiar o planejamento de ações voltadas para a redução da letalidade. Dessa forma, além de analisar quem adoece, torna-se fundamental compreender o comportamento dos óbitos registrados no estado, uma vez que esse indicador reflete não apenas a circulação do agravo, mas também a capacidade da rede de saúde em reconhecer precocemente os casos e garantir assistência adequada aos pacientes.

No período de 2021 a 2025 foram registrados 744 encerramentos de casos de leishmaniose visceral. A cura foi o principal desfecho observado, com 278 registros, indicando que a maior parte dos pacientes concluiu o tratamento com evolução clínica favorável. Entretanto, a ocorrência de 8 óbitos por leishmaniose visceral, sendo 5 registrados apenas em 2025, representa um importante alerta para a vigilância epidemiológica e para a rede de assistência, uma vez que a leishmaniose visceral é uma doença sistêmica grave, de elevada letalidade quando o diagnóstico e o tratamento são realizados tardiamente.

O Ministério da Saúde destaca que, sem tratamento oportuno, a doença pode evoluir para óbito em até 90% dos casos, sendo fundamental a identificação precoce dos sinais clínicos e o início imediato da terapêutica adequada.

O aumento dos óbitos observado em 2025 reforça a necessidade de fortalecer a capacidade diagnóstica dos serviços de Atenção Primária à Saúde e da rede hospitalar, garantindo fluxo assistencial oportuno para confirmação laboratorial, estratificação da gravidade e início imediato do tratamento específico. As

recomendações do Ministério da Saúde enfatizam que pacientes com suspeita clínica devem ser avaliados rapidamente, especialmente aqueles pertencentes aos grupos de maior risco para evolução desfavorável, reduzindo o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento.

Outro aspecto relevante refere-se às ações de educação em saúde. Em áreas com transmissão da doença, parte da população ainda apresenta baixo reconhecimento dos sinais e sintomas iniciais, como febre prolongada, emagrecimento, fraqueza e aumento do fígado e do baço, favorecendo a procura tardia pelos serviços de saúde. O fortalecimento das estratégias de comunicação, educação permanente e mobilização comunitária é essencial para ampliar o conhecimento da população sobre a doença, estimular a busca precoce por atendimento e contribuir para a redução da letalidade.

O tratamento da leishmaniose visceral permanece como um desafio para os serviços de saúde, pois exige medicamentos específicos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, acompanhamento clínico contínuo, monitoramento de possíveis eventos adversos e, em muitos casos, internação hospitalar. Dessa forma, dificuldades de acesso aos serviços especializados, barreiras geográficas, diagnóstico tardio e demora no encaminhamento podem comprometer a evolução clínica dos pacientes e aumentar o risco de complicações e óbito.

Foram registrados ainda 10 casos encerrados como transferência, situação que indica o encaminhamento do paciente para continuidade do acompanhamento e tratamento em outro serviço, não representando um desfecho clínico definitivo. Além disso, observaram-se 2 casos de abandono do tratamento e 60 registros classificados como ignorados ou em branco. Esses achados evidenciam a necessidade de qualificar o encerramento oportuno dos casos e o preenchimento das fichas do SINAN, visto que informações completas e consistentes são fundamentais para a análise epidemiológica, monitoramento da letalidade, avaliação da oportunidade do tratamento e planejamento das ações de vigilância e controle da leishmaniose visceral.

ATENDIMENTO ANTIRRABICO (w-64) E RAIVA HUMANA A82)

A raiva é uma zoonose viral aguda e progressiva, caracterizada por encefalite que apresenta letalidade próxima a 100% após o início dos sinais clínicos. O vírus rábico, pertencente à família Rhabdoviridae e ao gênero Lyssavirus, é transmitido principalmente pela inoculação da saliva de animais infectados, geralmente por meio de mordeduras, arranhaduras ou lambeduras em mucosas e pele lesionada.

No Brasil, o Programa Nacional de Profilaxia da Raiva Humana, coordenado pelo Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a vigilância epidemiológica, a prevenção e o controle da doença. O estado de Roraima, localizado na região amazônica, apresenta características geográficas, ambientais e sociodemográficas que favorecem tanto o ciclo urbano quanto os ciclos silvestres da raiva, com destaque para a presença de populações significativas de morcegos hematófagos (Desmodus rotundus), primatas não humanos e outros mamíferos silvestres.

Figura 25. Atendimentos Antirrábicos Humanos por Ano de Notificação – Roraima, 2015-2026

Ano	Registros	Variação Anual
2015	2.167	-
2016	3.636	+67,8%
2017	4.221	+16,1%
2018	4.054	-4,0%
2019	4.315	+6,4%
2020	3.307	-23,4%
2021	3.878	+17,3%
2022	4.490	+15,8%
2023	5.280	+17,6%
2024	5.919	+12,1%
2025	6.184	+4,5%
Total	**50.595**	-

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

O presente relatório tem como objetivo apresentar uma análise epidemiológica detalhada e abrangente dos atendimentos antirrábicos humanos registrados no estado de Roraima, utilizando como base os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), as diretrizes do Guia de Vigilância em Saúde

(2024) do Ministério da Saúde, e informações complementares de bases como DATASUS e referências institucionais.

A série histórica de 2015 a 2025 revela uma tendência geral de crescimento no número de atendimentos antirrábicos humanos em Roraima, com algumas flutuações importantes:

Entre 2015 e 2016, observou-se um aumento expressivo de 67,8%, possivelmente relacionado à melhoria dos sistemas de notificação ou a surtos localizados de agressões. O período de 2017 a 2019 manteve-se relativamente estável, com oscilações entre 4.054 e 4.315 registros anuais. Em 2020, houve uma redução significativa de 23,4%, coincidindo com o primeiro ano da pandemia de COVID-19.

Este declínio pode estar associado à diminuição da procura por serviços de saúde, ao isolamento social e à reorganização dos serviços de vigilância epidemiológica. A partir de 2021, observa-se uma retomada consistente do crescimento, com aumentos anuais sucessivos: 17,3% (2021), 15,8% (2022), 17,6% (2023), 12,1% (2024) e 4,5% (2025).

Figura 26. Atendimentos Antirrábicos Humanos por Município da Unidade Notificadora Roraima, 2015-2026

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Alto Alegre	115	118	156	114	100	95	102	107	92	130	136	1.329	2,6
Amajari	14	23	52	67	59	23	23	69	34	34	48	461	0,9
Boa Vista	1.819	2.971	3.391	3.183	3.351	2.619	3.124	3.454	4.115	4.630	4.728	39.836	78,7
Bonfim	20	45	48	48	96	24	23	38	114	68	96	637	1,3
Cantá	0	2	11	0	15	37	38	73	89	60	83	453	0,9
Caracaraí	16	96	125	183	131	90	130	152	170	192	165	1.517	3,0
Caroebe	11	29	20	28	27	30	30	37	31	28	42	336	0,7
Iracema	1	18	14	20	26	26	31	35	24	30	60	313	0,6
Mucajaí	70	151	194	170	199	160	156	140	157	202	206	1.906	3,8
Normandia	13	33	37	32	29	4	16	28	34	46	63	386	0,8
Pacaraima	14	28	45	76	87	49	31	86	119	190	250	1.112	2,2
Rorainópolis	49	103	93	85	135	111	107	175	188	193	203	1.535	3,0
SJ da Baliza	6	1	10	12	34	14	29	51	66	65	58	371	0,7
São Luiz	0	6	11	16	16	16	24	22	28	31	25	212	0,4
Uiramutã	19	12	14	20	10	9	14	23	19	20	21	191	0,4
Total	**2.167**	**3.636**	**4.221**	**4.054**	**4.315**	**3.307**	**3.878**	**4.490**	**5.280**	**5.919**	**6.184**	**50.595**	**100,0**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

O crescimento acumulado entre 2020 e 2025 foi de 87,0%, indicando uma recuperação expressiva e uma tendência de aumento sustentado da demanda. O ano de 2025 registrou o maior número absoluto de atendimentos da série histórica, com 6.184 notificações, representando um aumento de 185,4% em relação a 2015.

A capital Boa Vista concentrou 78,7% de todos os atendimentos antirrábicos humanos registrados no estado entre 2015 e 2026, totalizando 39.836 notificações.

Esta concentração expressiva pode ser explicada por múltiplos fatores como maior densidade populacional e concentração urbana, presença da principal rede de serviços de saúde do estado, centralização de unidades de referência para atendimento antirrábico, maior disponibilidade de imunobiológicos (vacina e soro), deslocamento de pacientes de municípios do interior para a capital e melhor estrutura de notificação e registro de casos.

Figura 28. Atendimentos Antirrábicos Humanos por Município de Residência – Roraima, 2015-2026

Município de Residência	Total	%
Boa Vista	38.936	77,2
Mucajaí	1.980	3,9
Caracaraí	1.617	3,2
Rorainópolis	1.449	2,9
Alto Alegre	1.305	2,6
Pacaraima	1.069	2,1
Cantá	909	1,8
Bonfim	699	1,4
Amajari	486	1,0
Normandia	429	0,9
São João da Baliza	392	0,8
Iracema	372	0,7
Caroebe	337	0,7
São Luiz	212	0,4
Uiramutã	211	0,4
Total	**50.403**	**100,0**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026(sujeitos à alteração).

Os municípios do interior com maior número de atendimentos foram Mucajaí (1.906 registros; 3,8%), Rorainópolis (1.535; 3,0%), Caracaraí (1.517; 3,0%), Alto Alegre (1.329; 2,6%) e Pacaraima (1.112; 2,2%).

A comparação entre os dados de município da unidade notificadora (50.595 registros) e município de residência (50.403 registros) revela uma diferença de 192 registros, que pode ser atribuída a pacientes residentes em outros estados atendidos em Roraima, pacientes residentes em Roraima atendidos em outros estados ou diferenças nos critérios de preenchimento e consolidação das bases, além de registros com município de residência ignorado ou não preenchido

A distribuição por município de residência confirma a concentração em Boa Vista (77,2%), mas revela algumas diferenças importantes em relação aos dados por unidade notificadora:

- Cantá: 909 residentes vs. 453 notificações no município, sugerindo que muitos residentes buscam atendimento em outros municípios, principalmente Boa Vista.
- Bonfim: 699 residentes vs. 637 notificações, indicando um pequeno fluxo de saída para atendimento.
- Normandia: 429 residentes vs. 386 notificações, também sugerindo busca de atendimento fora do município.

Estes dados reforçam a importância de analisar tanto o local de residência quanto o local de atendimento para compreender os fluxos assistenciais e planejar a descentralização dos serviços.

Tabela 4: Atendimentos Antirrábicos Humanos por Sexo – Roraima, 2015-2026

Sexo	Registros	%
Masculino	28.683	56,7
Feminino	21.905	43,3
Ignorado	7	0,0
Total	**50.595**	**100,0**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

Observa-se uma predominância do sexo masculino nos atendimentos antirrábicos, com 56,7% dos registros. Esta diferença pode estar relacionada a maior exposição ocupacional de homens em atividades agropecuárias, extrativistas e de manejo animal, comportamentos de risco diferenciados entre os sexos, maior circulação em áreas rurais e de floresta e atividades laborais que envolvem contato

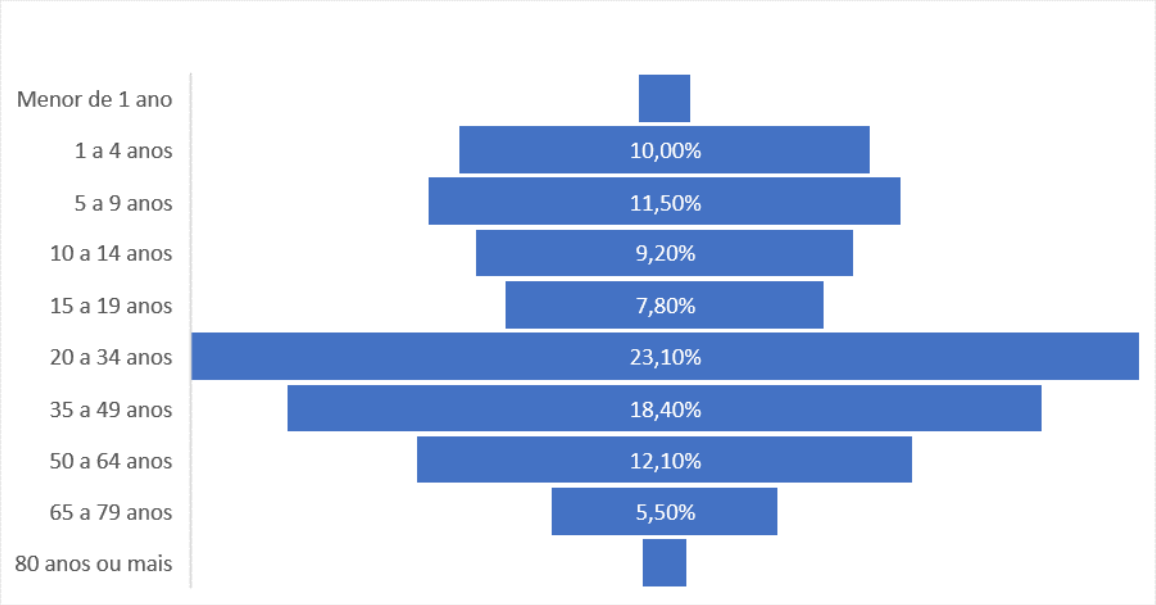
com animais domésticos e silvestres. A proporção de registros com sexo ignorado foi mínima (0,01%), indicando boa completude desta variável na base de dados.

Tabela 29: Atendimentos Antirrábicos Humanos por Faixa Etária – Roraima, 2015-2026

Faixa Etária	Registros	%
Menor de 1 ano	646	1,3
1 a 4 anos	5.046	10,0
5 a 9 anos	5.814	11,5
10 a 14 anos	4.665	9,2
15 a 19 anos	3.972	7,8
20 a 34 anos	11.678	23,1
35 a 49 anos	9.292	18,4
50 a 64 anos	6.134	12,1
65 a 79 anos	2.776	5,5
80 anos ou mais	572	1,1
Total	**50.595**	**100,0**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026(sujeitos à alteração).

Figura 30. Gráfico dos Atendimentos Antirrábicos Humanos por Faixa Etária



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

A distribuição etária revela dois grupos principais de concentração:

1. Crianças e adolescentes (0-19 anos): Totalizaram 20.143 registros, correspondendo a 39,8% do total. As faixas de 5 a 9 anos (11,5%) e 1 a 4 anos (10,0%) foram as mais expressivas entre os menores de 20 anos. Este padrão está associado à maior interação com animais domésticos, menor capacidade de reconhecer sinais de agressividade e comportamentos de brincadeira que podem provocar reações defensivas dos animais.

2. Adultos jovens (20-49 anos): As faixas de 20 a 34 anos (23,1%) e 35 a 49 anos (18,4%) concentraram 41,5% dos atendimentos. Este grupo representa a população economicamente ativa, com maior exposição ocupacional e circulação em diferentes ambientes.

Figura 31: Atendimentos Antirrábicos Humanos por Raça/Cor – Roraima, 2015-2026

Raça/Cor	Registros	%
Parda	39.218	77,5
Branca	4.480	8,9
Indígena	1.937	3,8
Preta	1.374	2,7
Amarela	116	0,2

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

A população idosa (65 anos ou mais) representou 6,6% dos atendimentos, um percentual que merece atenção devido à maior vulnerabilidade deste grupo a complicações e à possível dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A distribuição por raça/cor reflete o perfil demográfico do estado de Roraima, com predominância da população parda (77,5%). Destaca-se a presença de 1.937 registros (3,8%) na categoria indígena, um percentual relevante que demanda atenção específica considerando:

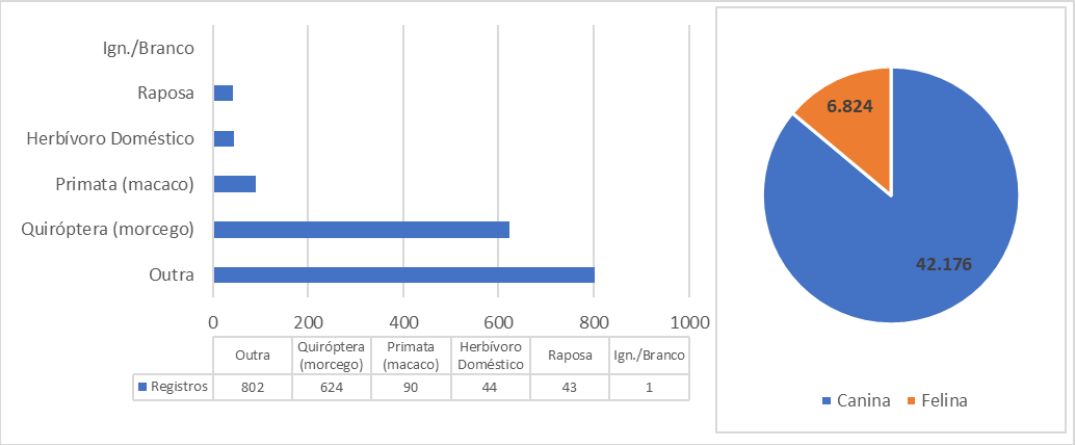
- A localização de comunidades indígenas em áreas rurais e florestais
- A maior exposição a animais silvestres, incluindo morcegos e primatas
- As barreiras linguísticas e culturais que podem dificultar o acesso à informação e aos serviços de saúde
- A necessidade de materiais educativos culturalmente adaptados

Tabela 32: Atendimentos Antirrábicos Humanos por Espécie Animal Agressora – Roraima, 2015-2026

Espécie Animal	Registros	%
Canina	42.176	83,4
Felina	6.824	13,5
Outra	802	1,6
Quirópteira (morcego)	624	1,2
Primata (macaco)	90	0,2
Herbívoro Doméstico	44	0,1
Raposa	43	0,1
Ignorado/Branco	1	0,0

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

Tabela 33: Atendimentos Antirrábicos Humanos por Espécie Animal Agressora – Roraima, 2015-2026



Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

Os cães foram responsáveis pela grande maioria dos atendimentos antirrábicos (83,4%), seguidos pelos gatos (13,5%). Este padrão é consistente com o perfil nacional e reflete a proximidade entre seres humanos e animais de estimação.

Os acidentes envolvendo morcegos (624 registros; 1,2%) merecem atenção especial, pois:

- O contato com morcegos pode ser despercebido, especialmente durante o sono
- Mordeduras de morcegos podem ser pequenas e de difícil visualização
- A circulação viral em populações de morcegos representa fonte de infecção para animais domésticos e seres humanos
- Conforme o Guia de Vigilância em Saúde (2024), todo acidente envolvendo morcegos é classificado como grave, independentemente da localização ou profundidade da lesão

Os acidentes com primatas (90 registros) e raposas (43 registros) são menos frequentes, mas epidemiologicamente relevantes por envolverem animais silvestres com potencial de transmissão do vírus rábico.

Figura 34. Atendimento por Município

Município	Registros em 2025	Participação estadual
Boa Vista	4.728	76,5%
Rorainópolis	203	3,3%
Mucajaí	206	3,3%
Caracaraí	165	2,7%
Pacaraima	250	4,0%
Alto Alegre	136	2,2%
Bonfim	96	1,6%
Cantá	83	1,3%
São João da Baliza	58	0,9%
Normandia	63	1,0%
Iracema	60	1,0%
Amajari	48	0,8%
Caroebe	42	0,7%
São Luiz	25	0,4%
Uiramutã	21	0,3%
Total	**6.184**	**100,0%**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2027(sujeitos à alteração).

Em 2025, foram registrados 6.184 atendimentos antirrábicos humanos segundo o município da unidade notificadora.

Boa Vista concentrou 76,5% dos registros, Pacaraima apresentou 250 atendimentos, o segundo maior volume individual do ano, Mucajaí e Rorainópolis apresentaram, respectivamente, 206 e 203 registros e Caracaraí registrou 165 atendimentos.

Os cinco municípios com maior número de registros — Boa Vista, Pacaraima, Mucajaí, Rorainópolis e Caracaraí — concentraram 5.552 atendimentos, aproximadamente 89,8% do total de 2025.

Figura 35: Comparação de 2025 com 2024

Município	2024	2025	Variação absoluta	Variação percentual
Alto Alegre	130	136	+6	+4,6%
Amajari	34	48	+14	+41,2%
Boa Vista	4.630	4.728	+98	+2,1%
Bonfim	68	96	+28	+41,2%
Cantá	60	83	+23	+38,3%
Caracaraí	192	165	-27	-14,1%
Caroebe	28	42	+14	+50,0%
Iracema	30	60	+30	+100,0%
Mucajaí	202	206	+4	+2,0%
Normandia	46	63	+17	+37,0%
Pacaraima	190	250	+60	+31,6%
Rorainópolis	193	203	+10	+5,2%
São João da Baliza	65	58	-7	-10,8%
São Luiz	31	25	-6	-19,4%
Uiramutã	20	21	+1	+5,0%
Total	**5.919**	**6.184**	**+265**	**+4,5%**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2025 (sujeitos à alteração).

Em 2025, houve aumento estadual de 265 atendimentos em relação a 2024. O crescimento de Iracema, embora baseado em números absolutos menores, merece investigação local, pois o município dobrou o número de registros em relação a 2024. A tabela por município de residência registrou 6.144 atendimentos em 2025, 40 a menos que a tabela por município da unidade notificadora.

A diferença entre município notificante e município de residência pode indicar deslocamento dos usuários para atendimento em outro município, especialmente para Boa Vista.

Os dados analisados demonstram que os acidentes antirrábicos humanos constituem importante demanda de saúde pública em Roraima.

Figura 36. Município por unidade notificadora

Município de residência	Registros em 2025
Boa Vista	4.626
Mucajaí	210
Caracaraí	185
Rorainópolis	181
Pacaraima	234
Alto Alegre	144
Bonfim	102
Cantá	122
Normandia	63
Iracema	70
São João da Baliza	65
Amajari	52
Caroebe	43
São Luiz	22
Uiramutã	25
Total	**6.144**

Fonte: SINANET/NCZ/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 17/07/2026 (sujeitos à alteração).

Em 2025, o estado registrou 6.184 atendimentos, o maior número da série recente de 2021 a 2025, com aumento de 4,5% em relação a 2024. Boa Vista concentrou a maior parte dos registros, mas municípios como Pacaraima, Mucajaí, Rorainópolis e Caracaraí também apresentaram volumes relevantes.

A análise histórica indica:

- Crescimento sustentado dos atendimentos após 2020;
- Predomínio de cães como animais agressores;
- Participação expressiva de gatos;
- Ocorrência de exposições por morcegos e outros animais silvestres;
- Predomínio de mordeduras;
- Frequência relevante de ferimentos múltiplos;
- Maior concentração de lesões em membros inferiores e mãos/pés;
- Participação importante de crianças e adolescentes;
- Uso predominante de vacina como conduta profilática;

- Elevada incompletude em variáveis relacionadas ao seguimento do tratamento.

Os acidentes envolvendo morcegos, primatas e raposas, embora menos numerosos, devem ser considerados prioritários pela possibilidade de contato com animais silvestres e pela dificuldade de observação ou confirmação da condição do animal.

A concentração dos atendimentos em Boa Vista pode reflete tanto o tamanho populacional quanto a centralização da assistência e dos imunobiológicos.

A principal recomendação é fortalecer a abordagem integrada de Saúde Única, articulando vigilância epidemiológica, atenção à saúde, vigilância ambiental, controle de zoonoses, serviços veterinários, educação e gestão territorial.

Também é indispensável qualificar o preenchimento das fichas, reduzir registros ignorados, acompanhar a conclusão dos esquemas profiláticos e integrar os dados de saúde humana e animal. Essas ações permitirão identificar com maior precisão os grupos e territórios de maior risco e melhorar a efetividade da prevenção da raiva humana em Roraima.

CONCLUSÃO

O presente Relatório Epidemiológico apresenta um panorama dos principais agravos acompanhados pelo Núcleo de Controle de Zoonoses (NCZ) no Estado de Roraima, evidenciando a importância da vigilância epidemiológica como instrumento essencial para o monitoramento da situação de saúde e para o planejamento de ações de prevenção, controle e resposta. As análises apresentadas demonstram a necessidade de manter o fortalecimento da qualidade das notificações, da investigação oportuna dos casos, do encerramento adequado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da integração entre Estado e municípios, contribuindo para uma tomada de decisão baseada em evidências.

Os resultados reforçam ainda a necessidade de investimentos contínuos na qualificação das equipes de saúde, na ampliação das ações de educação em saúde, no monitoramento epidemiológico e no fortalecimento da rede de vigilância, especialmente em populações e territórios mais vulneráveis, considerando as características geográficas e epidemiológicas do Estado de Roraima.

Ressalta-se que este relatório contempla os agravos que atualmente possuem

maior consolidação das informações epidemiológicas no âmbito do Núcleo de Controle de Zoonoses. As zoonoses Leptospirose, Hantavirose, Febre Maculosa, Brucelose Humana e Esporotricose não foram incluídas nesta edição por estarem em processo de reimplantação e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica no Estado, com revisão de fluxos, capacitação das equipes e organização dos sistemas de monitoramento. Dessa forma, espera-se que esses agravos passem a integrar as próximas edições do relatório, à medida que a consolidação das informações permita análises epidemiológicas mais robustas e representativas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. V. et al. *Parasitological and molecular diagnosis of cutaneous leishmaniasis among indigenous peoples in the state of Roraima, Brazil*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 53, e20200242, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0242-2020.

ALVAR, J. et al. *Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence*. PLoS ONE, San Francisco, v. 7, n. 5, e35671, 2012. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035671. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0035671. Acesso em: 1 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/leishmaniose-tegumentar/leishmaniose-tegumentar. Acesso em: 21 julho. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/leishmaniose-visceral/leishmaniose-visceral. Acesso em: 31 julho. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *TabWin: programa para tabulação e análise de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)*. Brasília, DF: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2023. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/sistemas-auxiliares/tabwin. Acesso em: 1 ago. 2026.

MAIA-ELKHOURY, A. N. S. et al. *Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2941-2947, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Leishmaniasis: fact sheet*. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis. Acesso em: 31 jul. 2026.

3.14 ENTOMOLOGIA

Cláudio Ramos Leal

Seque dados Epidemiológicos relacionados aos trabalhos realizados no Estado de Roraima, executado pela Gerência do Núcleo de Entomologia, referente ao exercício / 2025.

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.

METODOLOGIA

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 2025.

- Foi realizado: Visita Técnica no Município de São João da Baliza (Fevereiro)
- 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 (Abril)

- Revisão do 1° Lira dos municípios do Estado (Fevereiro)
- Foi realizado: Atualização em Taxonomia de Aedes aegypti e Aedes albopictus no município de Alto Alegre. (Abril)

AÇÕES REALIZADA POR QUADRIMESTRE:

2º Quadrimestre de 2025.

- Realizou Atualização de Taxionomia de Aedes aegypti, Caracarai. (Maio)
- Realizou Supervisão do Núcleo Municipal de Entomologia de Pacaraima. (Junho)
- Realizou Investigação de Casos suspeitos de Febre Maculosa, Caracarai (Vic. 02 Petrolina) (Junho)
- Realizou Treinamento de Taxonomia de Anofélinos, Caracarai.(Agosto).
- Realizou Investigação de Casos Suspeitos Caninos de Chagas, Rorainópolis. (Agosto).
- Realizou Revisão de LirAa dos Municípios do Estado.
- 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)

AÇÕES REALIZADA POR QUADRIMESTRE:

3º Quadrimestre de 2025.

- Realizou Levantamento Entomológico (Uiramutã) DSEI-L (Outubro)
- Realizou Investigação de Casos suspeitos de Leishmanioses Visceral (Paredão Vic.7 Alto Alegre) Outubro a Dezembro.
- Realizou Revisão de LirAa dos Municípios do Esta

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.

3.15 NÚCLEO DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMSSÍVEIS

Maria Goreth Sousa Alves

O Núcleo de Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NCDANT), é responsável pelo monitoramento contínuo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), desenvolvendo ações de vigilância epidemiológica voltadas à análise da situação de saúde, identificação de fatores de risco e proteção, acompanhamento das tendências de morbimortalidade e produção de informações estratégicas para subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas públicas de saúde.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) permanecem como um dos principais desafios para a saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas doenças são responsáveis por aproximadamente 43 milhões de óbitos por ano, representando cerca de 75% de todas as mortes ocorridas no mundo, com maior impacto em países de baixa e média renda, onde ocorre a maior parte dos óbitos prematuros.

No Brasil, as DCNT continuam sendo a principal causa de adoecimento, incapacidade e morte, respondendo pela maior parte da mortalidade prematura e por expressiva utilização dos serviços de saúde. Além do impacto sobre a qualidade de vida da população, essas doenças representam elevado custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), em decorrência das internações hospitalares, tratamentos especializados, reabilitação e acompanhamento contínuo das pessoas acometidas.

Em Roraima, na análise epidemiológica do período de 2020 a 2025 evidencia que as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus permanecem entre as principais causas de morbimortalidade da população. Paralelamente, os agravos por causas externas continuam exercendo importante impacto sobre o perfil epidemiológico estadual, com predominância dos homicídios, acidentes de transporte terrestre, lesões autoprovocadas e afogamentos, especialmente entre homens jovens e adultos em idade produtiva.

Os resultados apresentados neste relatório também demonstram que a distribuição desses agravos apresenta diferenças entre os municípios, refletindo características demográficas, socioeconômicas, territoriais e de acesso aos serviços de saúde.

O relatório demonstra ainda a importância do fortalecimento dos sistemas de vigilância e informação em saúde, incluindo o Registro de Câncer de Base Populacional de Roraima (RCBP-RR), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e demais bases nacionais, que possibilitam o monitoramento das tendências epidemiológicas, a identificação de grupos vulneráveis e a avaliação das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde.
Nesse contexto, este relatório tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico das DCNT e dos principais agravos não transmissíveis no estado, analisando a evolução dos indicadores no período de 2020 a 2025, sua distribuição temporal, geográfica e demográfica, bem como os fatores associados ao adoecimento e à mortalidade. As informações aqui apresentadas buscam subsidiar a tomada de decisão pelos gestores estaduais e municipais, apoiar o planejamento das ações de vigilância e assistência, fortalecer as estratégias de promoção da saúde e contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis em Roraima.

FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

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 2020 e 2025, as taxas de mortalidade por DCNT em Roraima foram consistentemente superiores à média nacional.

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 interrelacionados, 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.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2024) revelou que 53,6% 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.

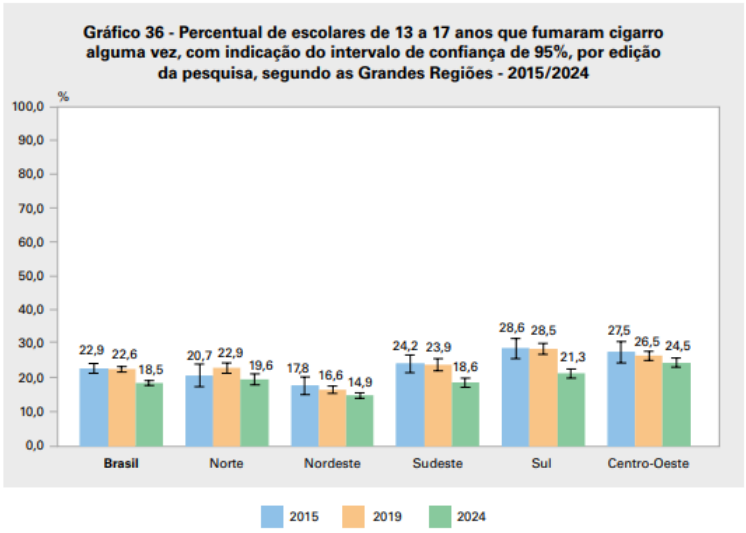
Em Boa Vista (RR), o percentual foi de 31,2%, colocando a capital em segundo lugar na região norte (BRASIL, 2024a). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que a média de idade de início do consumo está entre 18 e 29 anos. Regionalmente, a maior prevalência foi registrada no Sul (3%) e a menor 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. Gráfico 36.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015/2024.

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 2024, revelou que 18,5% dos adolescentes entre 13 e 17 anos já experimentaram cigarro, com maior exposição entre meninas (BRASIL, 2021). Esse resultado representa uma queda em relação a 2019, que apresentou um resultado de 22,6%, uma diferença de mais de 4 pontos percentuais.

Em relação a estado de Roraima a pesquisa mostrou que o estado é um dos quatro maiores (27,5), ficando atras do Acre (35,4), Tocantins (31,4), Rondonia (30,3). Já quando a pesquisa vai para as capitais da região norte, Boa Vista (26,7) fica em terceiro lugar, perdendo para o Rio Branco (29,9%) e Palmas. (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.

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).

A inatividade física, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza-se pela prática insuficiente de atividade física para alcançar os níveis recomendados para a manutenção da saúde. Para adultos de 18 a 64 anos, a OMS recomenda pelo menos 150 a 300 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente das duas.

A insuficiência de atividade física constitui importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, estando associada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer, além de contribuir para outros desfechos negativos à saúde.

De acordo com as estimativas mais recentes da OMS, referentes a 2024, aproximadamente 31% da população adulta mundial, cerca de 1,8 bilhão de pessoas não atingiu os níveis recomendados de atividade física.

Segundo a OMS, fatores de risco como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo excessivo de álcool estão entre os principais responsáveis pela ocorrência de DCNT. Como esses comportamentos podem se iniciar na adolescência, esse período é estratégico para ações de prevenção e promoção da saúde. No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021–2030 estabelece metas voltadas à redução da obesidade entre crianças e adolescentes, ao incentivo à atividade física e à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

A atividade física constitui um importante fator de proteção para a saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) monitora a prática de atividade física em quatro domínios: tempo livre ou lazer, deslocamento, atividade ocupacional e atividades domésticas. Entre os indicadores acompanhados, destaca-se a prática de atividade física no tempo livre, definida

segundo o cumprimento de pelo menos 150 minutos semanais de atividade de intensidade moderada ou equivalente.

No período de 2009 a 2023, o Vigitel identificou aumento da prática de atividade física no tempo livre entre adultos de 35 a 44 anos, que passou de 25,6% para 40,8%, e entre aqueles de 45 a 54 anos, de 24,7% para 38,0%. Também foi observado aumento entre pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade, passando de 41,9% em 2009 para 51,9% em 2023. Apesar dessas tendências, o Ministério da Saúde aponta que, no período mais recente, a frequência da prática de atividade física no tempo livre para a população adulta total permaneceu relativamente estável. (BRASIL, 2024a).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, 30,1% dos adultos brasileiros atingiam o nível recomendado de atividade física no lazer, sendo a proporção maior entre os homens (34,2%) do que entre as mulheres (26,4%). No mesmo levantamento, 40,3% dos adultos foram classificados como insuficientemente ativos, considerando a prática de atividade física nos domínios do lazer, trabalho e deslocamento. No domínio ocupacional, 42,6% dos adultos eram fisicamente ativos, enquanto nas atividades domésticas esse percentual foi de 15,8%. (IBGE, 2020).

Em Boa Vista, os dados do Vigitel evidenciam uma tendência de aumento da prática de atividade física no tempo livre entre adultos ao longo da série histórica. O percentual passou de 31,6% em 2009 para 47,1% em 2023, correspondendo a um aumento de 15,5 pontos percentuais no período. Entretanto, a trajetória não foi linear, apresentando oscilações ao longo dos anos, como a redução observada entre 2015 (45,9%) e 2016 (40,2%) e entre 2019 (39,7%) e 2020 (38,1%). Em 2023, Boa Vista apresentou 47,1% de adultos praticando atividade física no tempo livre, percentual superior ao observado no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal naquele ano. (BRASIL, 2024a).

Embora a evolução observada em Boa Vista seja favorável, os dados do Vigitel, por si só, não permitem atribuir esse crescimento especificamente à implementação de políticas públicas, à infraestrutura urbana ou a programas de incentivo à atividade física. Dessa forma, esses fatores podem ser considerados possíveis elementos explicativos, desde que analisados por meio de outras fontes e estudos específicos. A manutenção e a ampliação de políticas de promoção da atividade física

permanecem relevantes para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

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, 42,6% dos adultos relataram atingir os níveis recomendados no trabalho e 15,8% 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

A alimentação adequada e saudável constitui um dos principais componentes da promoção da saúde e da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No Brasil, mudanças no padrão alimentar observadas ao longo das últimas décadas incluem redução do consumo de alimentos tradicionais, como arroz e feijão, e aumento da participação de alimentos industrializados e ultraprocessados. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 e 2008-2009, por exemplo, demonstraram redução na aquisição domiciliar de arroz e feijão e aumento na aquisição de refrigerantes, evidenciando mudanças importantes no padrão alimentar brasileiro. O Ministério da Saúde recomenda que a alimentação tenha como base alimentos in natura ou minimamente processados, limitando o consumo de alimentos processados e evitando os ultraprocessados. (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, para pessoas com mais de 10 anos, o consumo de pelo menos 400 g de frutas e hortaliças por dia, equivalente a aproximadamente cinco porções, como parte de uma alimentação saudável e estratégia de redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis. (WHO, 2025).

A obesidade constitui importante fator de risco para DCNT e é definida pela Organização Mundial da Saúde como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode prejudicar a saúde. Entre adultos, a avaliação antropométrica utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo classificado como excesso de peso o IMC igual ou superior a 25 kg/m² e como obesidade o IMC igual ou superior a 30 kg/m². (BRASIL, 2025).

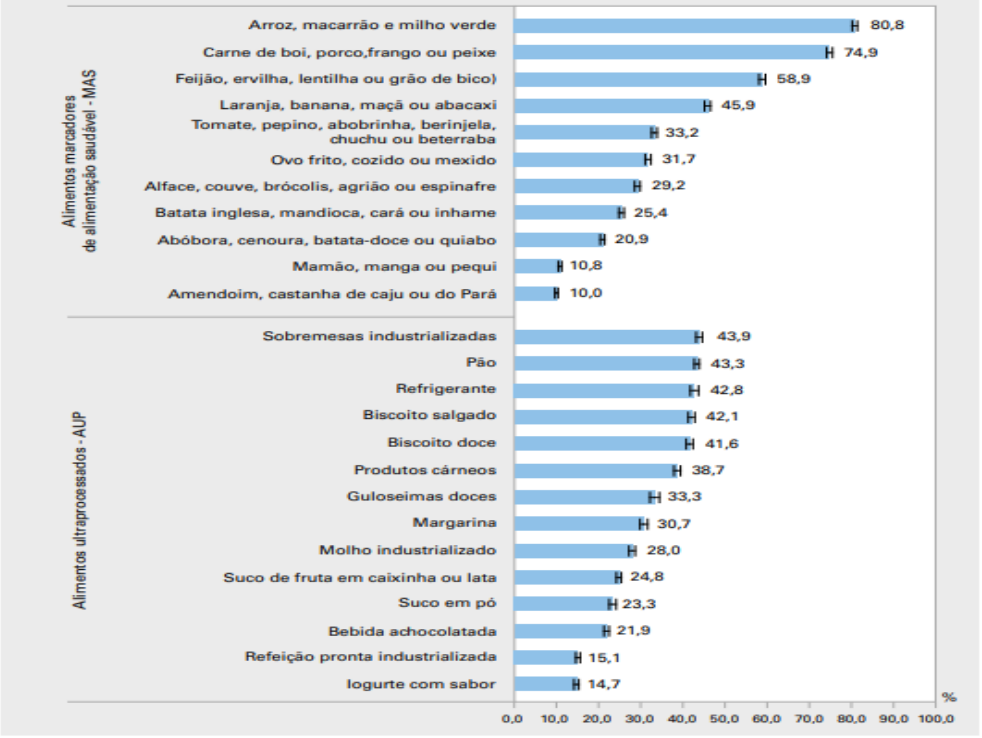
Segundo o Vigitel Brasil 2006-2024, a frequência de adultos com excesso de peso no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal aumentou de 42,6%, em 2006, para 62,6%, em 2024. O crescimento ocorreu em ambos os sexos, passando de 47,5% para 64,9% entre os homens e de 38,5% para 60,6% entre as mulheres. O aumento também foi observado em todas as faixas etárias e níveis de escolaridade. Entre adultos de 25 a 34 anos, a frequência passou de 37,5% em 2006 para 61,7% em 2024, enquanto entre aqueles de 35 a 44 anos aumentou de 48,8% para 69,2%. (BRASIL, 2025).

No que se refere ao consumo alimentar, o Vigitel 2024 mostrou relativa estabilidade na frequência de adultos que consumiam frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, que variou de 33,0%, em 2008, para 31,4%, em 2024. Considerando o indicador de consumo recomendado, correspondente a cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, a frequência foi de 21,0% em 2024, apresentando redução em relação aos 23,1% observados em 2019. Paralelamente, o consumo regular de feijão apresentou redução de 66,8%, em 2007, para 56,4%, em 2024. (BRASIL, 2025).

Entre adolescentes, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2024 evidencia a presença simultânea de marcadores de alimentação saudável e não saudável. Entre estudantes de 13 a 17 anos, 80,8% consumiram arroz, macarrão ou milho verde e 74,9% consumiram carnes no dia anterior à pesquisa. Em contrapartida, verduras e legumes foram consumidos por menos de um terço dos estudantes, enquanto o consumo de sobremesas industrializadas, pães ultraprocessados, refrigerantes, biscoitos salgados e doces foi relatado por mais de 40% dos escolares.

(IBGE, 2026). Esses resultados evidenciam um padrão alimentar marcado pela coexistência de alimentos tradicionais e alimentos ultraprocessados, reforçando a importância de estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável entre adolescentes. (IBGE, 2026). Gráfico 27.

Gráfico 27 - Percentual de escolares de 13 a 17 anos que consumiram alimentos marcadores de alimentação saudável - MAS e alimentos ultraprocessados - AUP no dia anterior à pesquisa, com indicação de intervalo de confiança de 95%, segundo o tipo de alimento consumido - Brasil - 2024



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2024.

Em Boa Vista, os dados do Vigitel 2023 indicaram que 58,0% dos adultos apresentavam excesso de peso e 24,9% apresentavam obesidade. Quanto à alimentação, 19,7% dos adultos alcançavam o consumo recomendado de frutas e hortaliças, enquanto 33,7% haviam consumido cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista. Esses indicadores demonstram a necessidade de fortalecer estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável no município. (BRASIL, 2024).

Além disso, a edição 2024 do Vigitel incorporou uma atualização metodológica no indicador de alimentos ultraprocessados. Em Boa Vista, 31,0% dos adultos relataram ter consumido cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista, sendo a frequência de 36,5% entre os homens e 25,9% entre as

mulheres. Esse resultado reforça a relevância do monitoramento do consumo alimentar e da implementação de ações de promoção da alimentação adequada e saudável. (BRASIL, 2025).

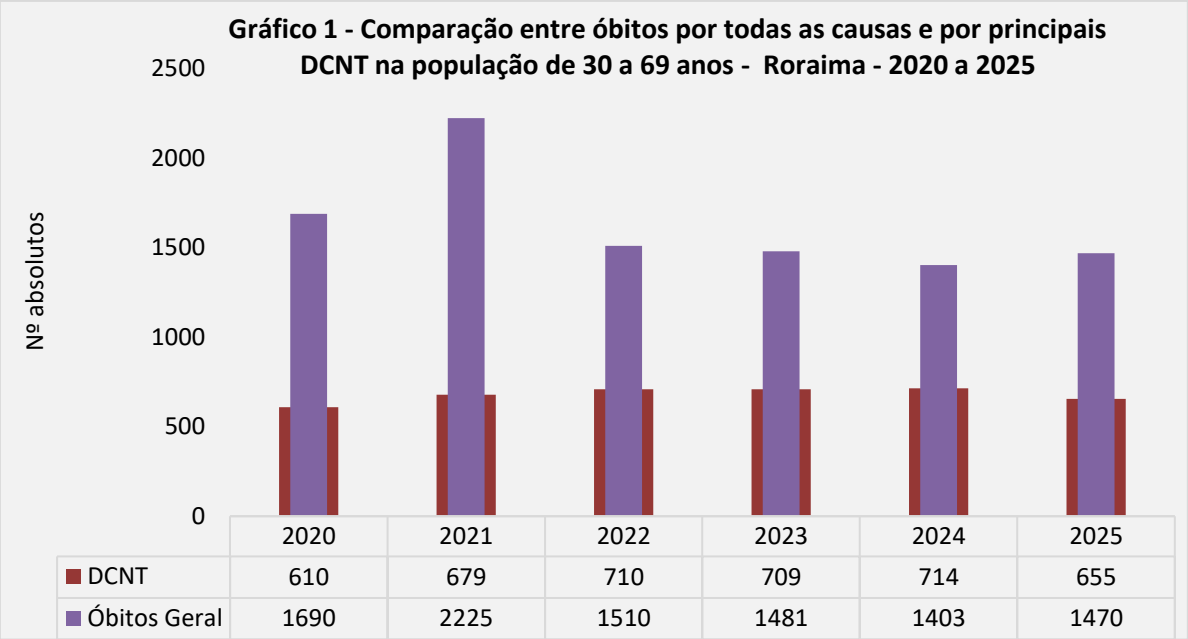
Diante desse cenário, estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável devem priorizar o aumento do consumo de alimentos in natura e minimamente processados, a valorização de preparações culinárias tradicionais e a redução da exposição e do consumo de alimentos ultraprocessados. Ações intersetoriais envolvendo saúde, educação, agricultura, assistência social e segurança alimentar podem contribuir para a criação de ambientes alimentares mais favoráveis à prevenção do excesso de peso, da obesidade e das demais DCNT.

PERFIL E EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS EM RORAIMA DE 2020 A 2025

A mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis apresenta uma tendência crescente no Brasil e em Roraima. É um indicador usado pela organização das nações unidas (ONU) para monitorar a meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), relacionada a redução da mortalidade prematura por DCNT. Ela avalia a eficácia e efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento considerando a população de 30 a 69 anos, faixa etária que os óbitos são reconhecidos como amplamente evitáveis as causas contempladas: Doença do aparelho circulatório; Neoplasias malignas; Diabetes Mellitus e Doenças Respiratórias crônicas.

De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Estado de Roraima no período de 2020 a 2025 foram registrados 9.779 óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, considerando todas as causas. Desses, 4.077 óbitos (41,7%) foram atribuídos às principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Entre os óbitos por DCNT no período analisado, observa-se predominância das Doenças do Aparelho Circulatório, responsáveis por 1.760 mortes (43,2%), seguidas pelas neoplasias, com 1.687 óbitos (41,4%). Em menor proporção, destacam-se o diabetes mellitus, com 403 óbitos (9,9%), e as doenças respiratórias crônicas, responsáveis por 227 mortes (5,6%). Gráfico 1.



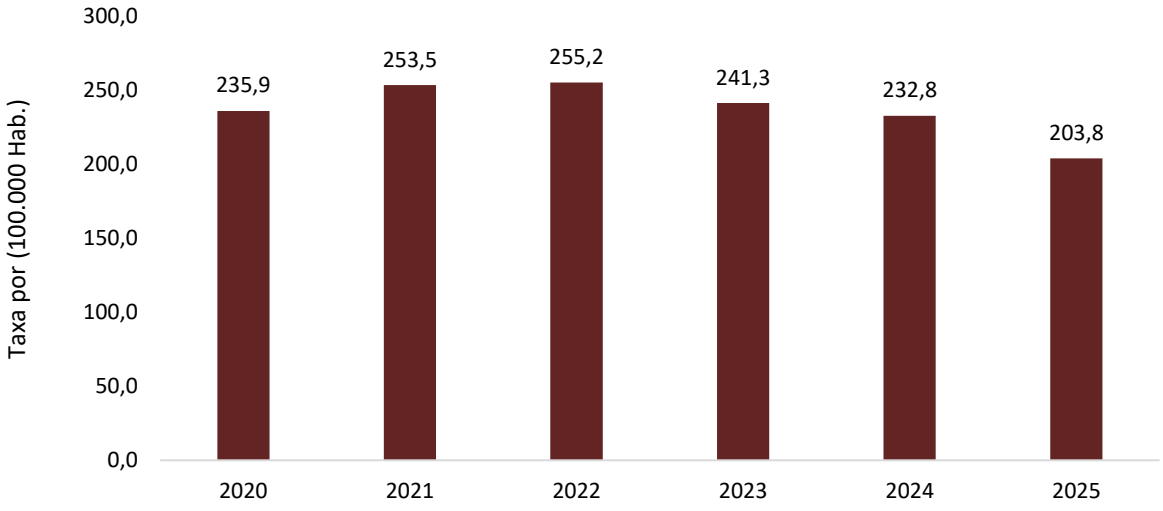
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito á revisão)

Esse perfil evidencia a expressiva participação das DCNT na mortalidade prematura do estado, especialmente das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias, reforçando a importância do fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico oportuno e acompanhamento longitudinal na Atenção Primária à Saúde.

No gráfico 2, apresentar-se a Taxa de Mortalidade Prematura pelas quatro principais doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - neoplasias, diabetes mellitus, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas entre os residentes de Roraima, no período de 2020 a 2025, considerando a população de 30 a 69 anos. A mortalidade prematura nesse grupo etário é amplamente utilizada como indicador para monitorar o impacto das DCNT e orientar políticas públicas de prevenção e controle.

Ao longo da série histórica, observa-se variação na taxa, com valor inicial de 235,9 óbitos por 100 mil habitantes em 2020, reduzindo para 203,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2025, o que corresponde a uma redução de 13,6% no período analisado.

Gráfico 2. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98) Roraima - 2020 a 2025

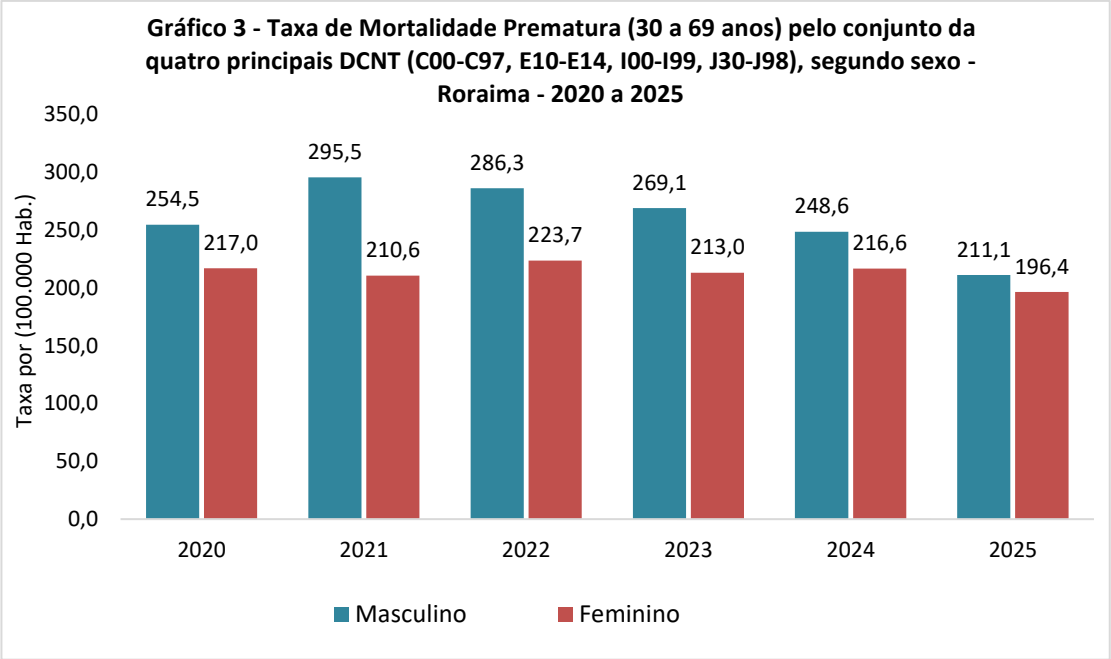


Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito á revisão)

O Gráfico 3, apresenta a Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) segundo o sexo, entre os residentes de Roraima, no período de 2020 a 2025.

Observa-se que, houve redução 9,5% na TMP por DCNT entre as mulheres, passando de 217,0 em 2020 para 196,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2025. Entre os homens, verifica-se uma redução mais expressiva, de 17,1%, com a taxa passando de 254,5 em 2020, para 211,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2025. Já entre os anos de 2021 a 2023, Roraima registrou aumento na TMP por DCNT na população do sexo masculino, houve um incremento de 16,1% óbitos por 100 mil habitantes em 2021 em comparação a 2020.

Destaca-se que, em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19, como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo posteriormente caracterizada como pandemia em março do mesmo ano. Nesse contexto, as DCNT foram reconhecidas como importantes comorbidades associadas ao agravamento dos casos de COVID-19, influenciando o padrão de mortalidade.



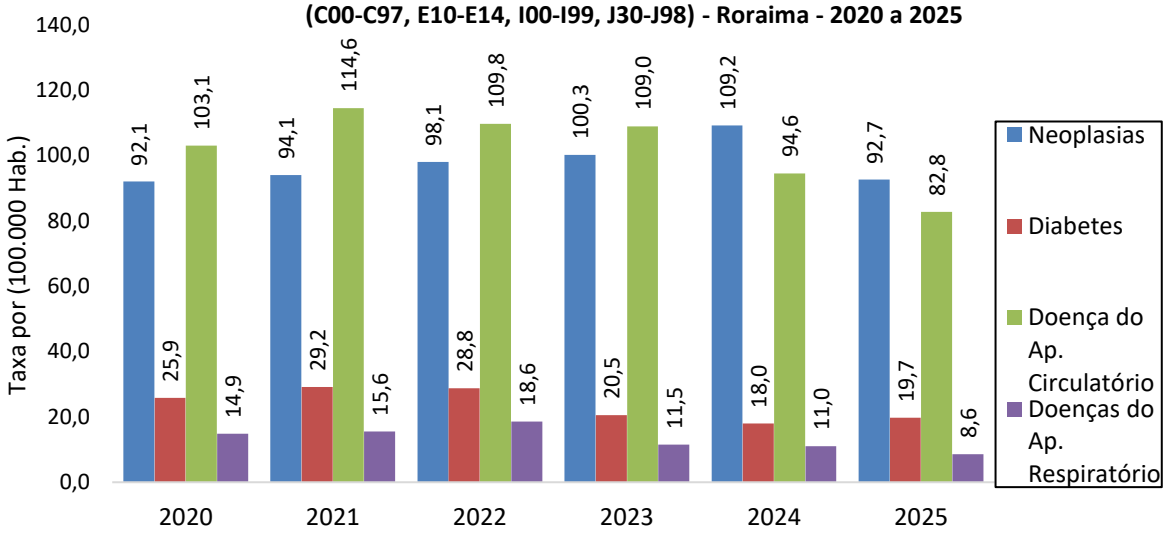
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito à revisão

A Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre residentes de Roraima, segundo as quatro principais causas. Ao longo do período analisado, observa-se predominância das doenças do aparelho circulatório e nas neoplasias como principais causas de óbito, seguidas pelo diabetes mellitus e pelas doenças respiratórias crônicas.

Entre as DCNT, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, que ocuparam a primeira posição na maior parte da série histórica. A taxa de mortalidade por essa causa passou de 103,1 em 2020 para 82,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2025, com pico observado em 2021 (114,6/100 mil habitantes). A partir de 2022, verificou-se tendência de redução progressiva até 2025, embora em 2025 as neoplasias tenham voltado a figurar como principal causa de morte entre as DCNT.

Em relação às demais causas, as doenças respiratórias crônicas apresentaram estabilidade nas taxas de mortalidade ao longo da série histórica, enquanto o diabetes mellitus registrou discreto redução, passando de 25,9 para 19,7 óbitos por 100 mil habitantes. Gráfico 4.

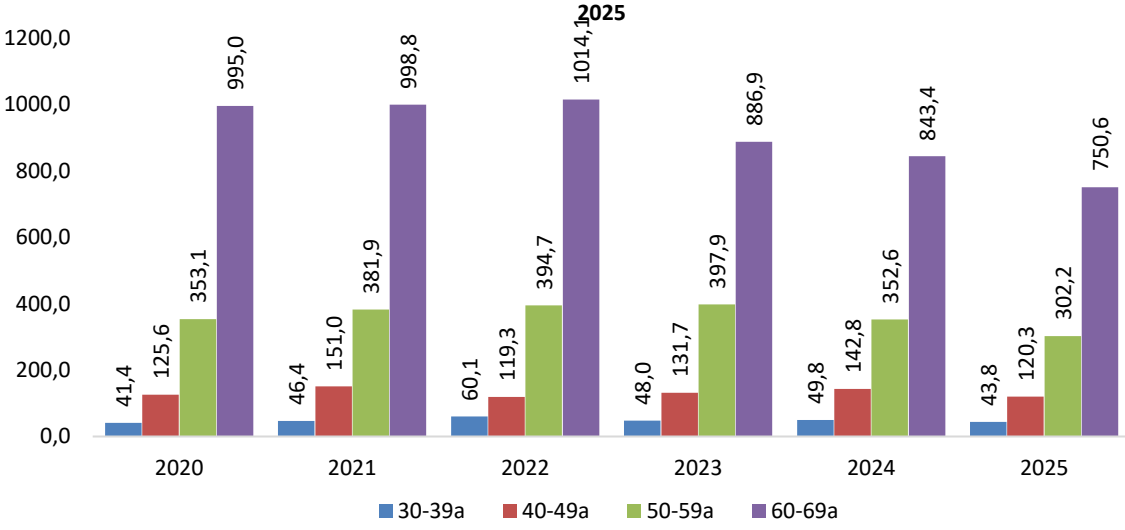
Gráfico 04. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos), pelas quatro principais DCNT (C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98) - Roraima - 2020 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito á revisão)

Em relação a evolução da Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) considerando as faixas etárias entre 30 a 69 anos entre residentes de Roraima, no período de 2020 a 2025. De acordo com o gráfico 5, a TMP por DCNT manteve-se consistentemente mais elevada entre a faixa etaria de 60 a 69 anos, ao longo de toda a série histórica. Grafico 05.

Gráfico 05. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto da quatro principais DCNT (C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98), segundo faixa etária - Roraima - 2020 a 2025



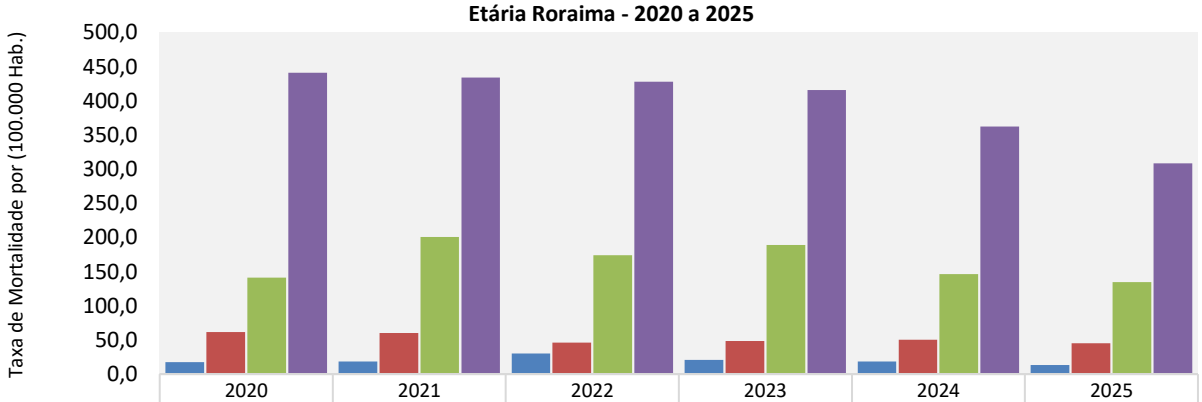
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito à revisão

DOENÇAS CIRCULATÓRIAS

Durante o período analisado, Roraima registrou 1.723 óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório, correspondendo a 43,1% de todas as mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no estado, configurando-se como o principal grupo de causas de óbito por DCNT no território.

A análise da Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por faixa etária (Gráfico 6) evidencia que a maior concentração de óbitos ocorreu de forma consistente entre indivíduos de 60 a 69 anos. Entre 2020 e 2025, a TMP geral por doenças do aparelho circulatório apresentou redução de 30,0%, passando de 441,1 para 308,6 por 100 mil habitantes.

Gráfico 06. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por Doenças Circulatórias, por Faixa Etária Roraima - 2020 a 2025



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
30 a 39 anos	17,7	18,4	30,1	20,8	18,4	13,5
40 a 49 anos	61,5	60,1	46,3	48,5	50,5	45,0
50 a 59 anos	141,2	200,7	174,0	189,1	146,5	134,9
60 a 69 anos	441,1	434,1	428,0	415,7	362,3	308,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito á revisão)

Quanto à distribuição por sexo (Gráfico 7), a TMP por doenças do aparelho circulatório manteve-se consistentemente mais elevada entre os homens ao longo de todo o período analisado.

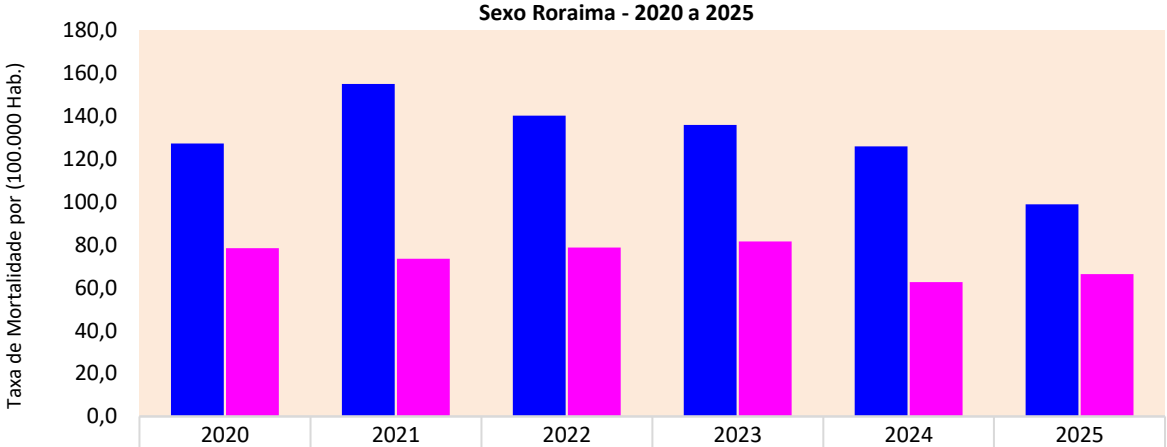
Entre os indivíduos do sexo masculino, a taxa apresentou crescimento de 57,3%, passando de 89,8 para 141,3 por 100 mil habitantes. Entre as mulheres, observou-se aumento de 68,7%, com a taxa variando de 48 para 81 por 100 mil habitantes.

Esse cenário reforça a expressiva carga das doenças cardiovasculares na mortalidade prematura do município, evidenciando a necessidade de intensificar ações de prevenção, diagnóstico precoce e controle dos fatores de risco na Atenção Primária à Saúde, especialmente entre a população masculina.

Estratégias voltadas à redução do tabagismo, promoção da atividade física,

alimentação saudável, controle da hipertensão e do diabetes, bem como à ampliação do acompanhamento longitudinal das pessoas com fatores de risco, são fundamentais para a redução desse agravo no território.

Gráfico 07. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por Doenças Circulatórias, segundo Sexo Roraima - 2020 a 2025



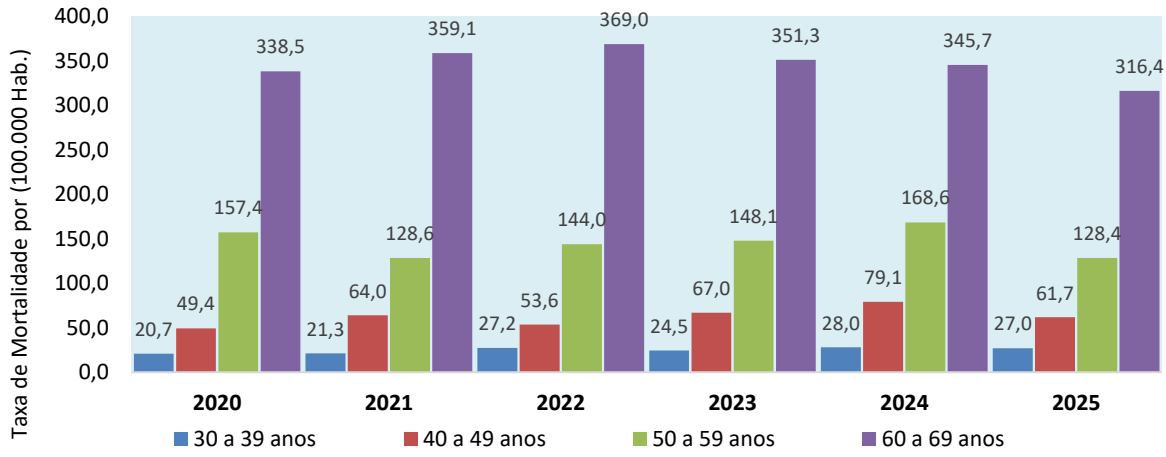
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Masculino	127,3	154,9	140,2	135,9	125,9	98,9
Feminino	78,4	73,5	78,7	81,5	62,6	66,3

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito á revisão)

NEOPLASIAS

Roraima no período de 2020 a 2025, registrou 1.659 óbitos por neoplasias, correspondendo a 41,5% das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), configurando-se como uma das principais causas de mortalidade prematura no estado. A análise da Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por neoplasias, segundo faixa etária (Gráfico 8), evidencia que a maior concentração de óbitos ocorreu de forma consistente entre indivíduos de 60 a 69 anos, padrão semelhante ao observado para outras DCNT. Entre 2020 e 2025, a TMP por neoplasia apresentou uma leve redução de 5,7%, passando de 566,0 para 533,5 óbitos por 100 mil habitantes. Na faixa de 60 a 69 anos, a redução foi ainda mais expressiva, com variação de 6,5%, variando de 338,5 para 316,4 por 100 mil habitantes.

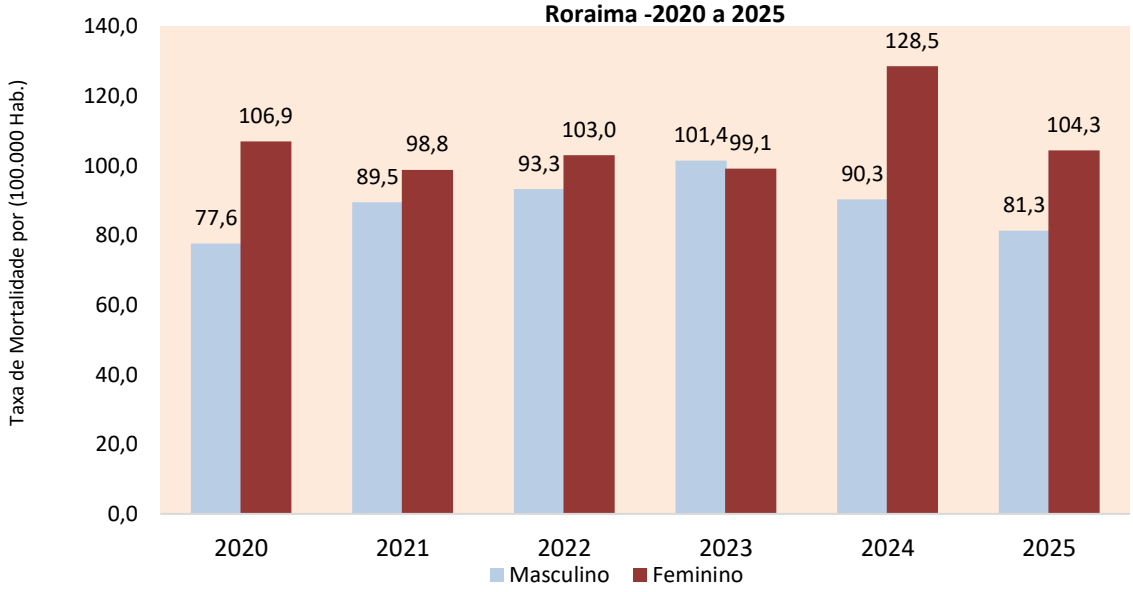
Gráfico 08. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por Neoplasias, segundo faixa etária Roraima - 2020 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito á revisão)

Quanto à distribuição por sexo (Gráfico 09), observa-se que, 2023, a taxa foi superior ou semelhantes entre os homens em relação às mulheres. A partir desse período, verificou-se constância entre os sexos, encerrando a série histórica com maior taxa entre as mulheres. No período analisado, a TMP por neoplasias entre homens apresentou aumento de 4,8%, passando de 77,6 para 81,3 por 100 mil habitantes. De forma geral, os dados indicam aumento da mortalidade prematura por neoplasias no estado, com maior impacto nas faixas etárias mais avançadas, reforçando a importância de ampliar ações de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce na Atenção Primária à Saúde.

Gráfico 09. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por Neoplasias, segundo sexo Roraima -2020 a 2025



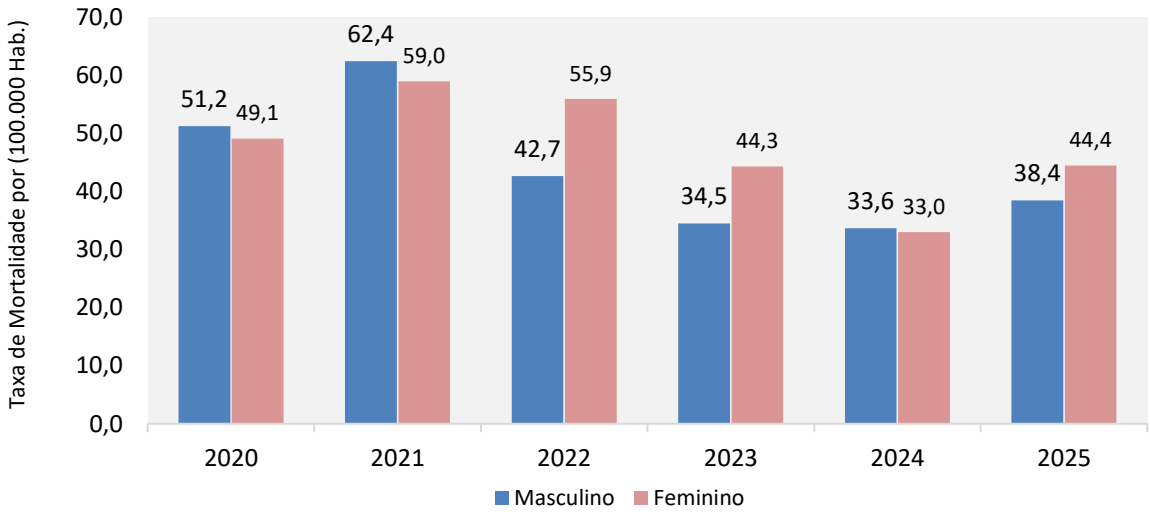
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito á revisão)

DIABETES MELLITUS

Entre 2020 e 2025, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Diabetes Mellitus em residentes de Roraima apresentou comportamento oscilante, com tendência de redução nos anos mais recentes. Entre os anos de 2021 e 2022, quando ocorreram os maiores números da série (160 casos em 2021 e 135 casos em 2022), observou-se uma redução a partir de 2023, registrando 19,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2025, uma das menores taxas registra do período.

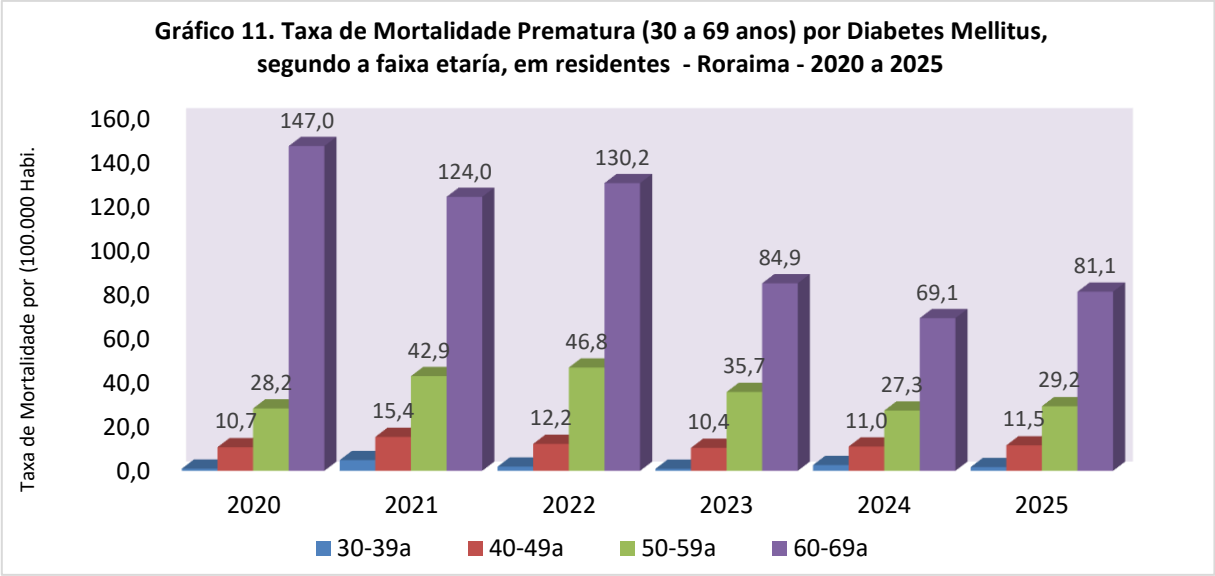
Ao longo da série histórica, verifica-se predominância de taxas mais elevadas entre os homens nos anos inicias, com aumento expressivo em 2021, atingindo 62,4 por 100 mil habitantes em 2021. Entre as mulheres, apesar de oscilações ao longo dos anos, as taxas permaneceram superior às masculinas, encerrando o período em 44,4 por 100 mil habitantes. Gráfico 10.

Gráfico 10. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por Diabetes Mellitus, segundo sexo - Roraima 2020 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito à revisão)

No período analisado, foram registrados 397 óbitos por Diabetes Mellitus, correspondendo a 9,9% das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no estado. Em relação à distribuição por faixa etária, a maior incidência de óbitos ocorreu entre indivíduos de 60 a 69 anos, padrão semelhante ao observado para outras DCNT. Gráfico 11.

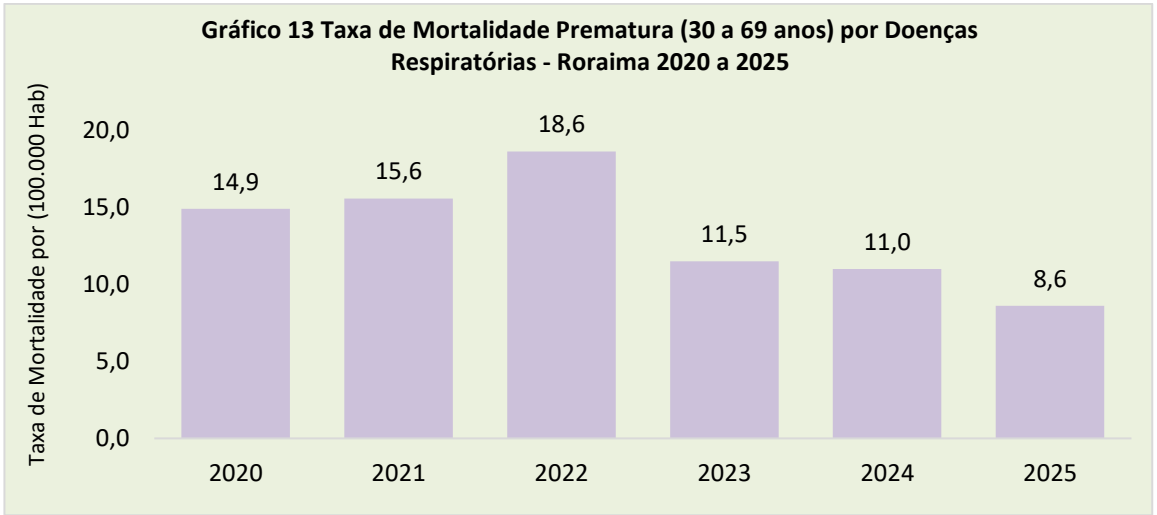


Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito à revisão)

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

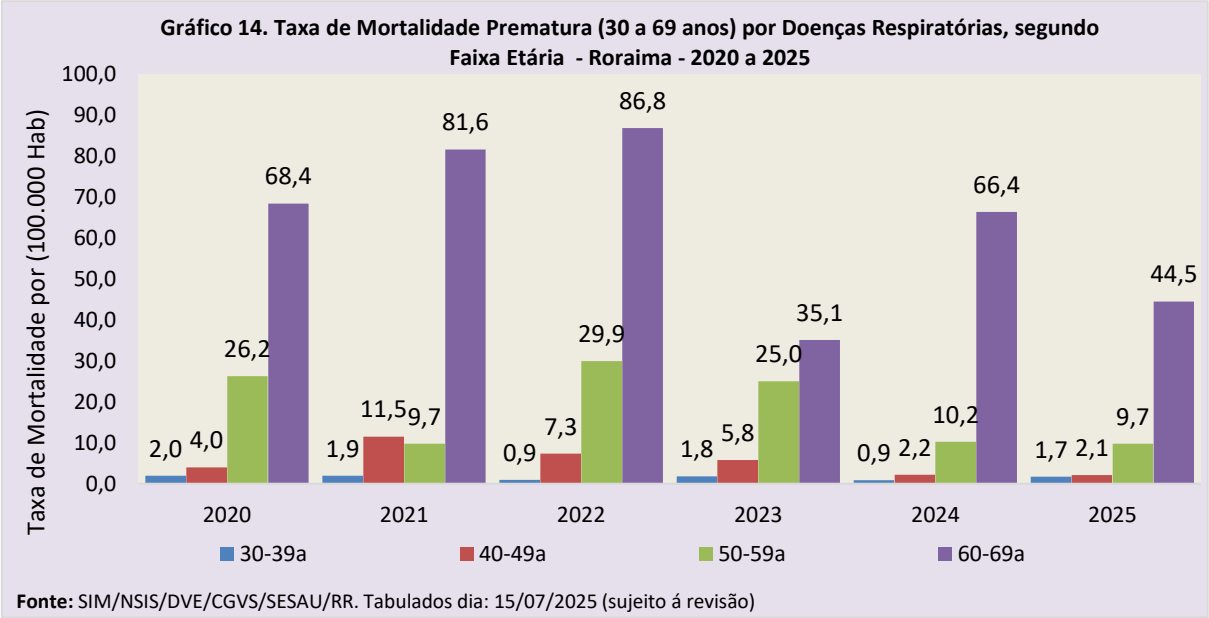
No período analisado (2020–2025), foram registrados 223 óbitos por Doenças Respiratórias Crônicas, correspondendo a 5,6% das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) apresentou maior concentração nos anos de 2021 (15,6) e 2022 (18,6 por 100 mil, hab.), com redução nos anos seguintes, com menor taxa em 2025, 8,6 por 100 mil hab.

Ao longo da série, observa-se redução de 14,3% na taxa de mortalidade, que passou de 14,9 para 8,6 óbitos por 100 mil habitantes, sendo este o menor valor registrado em 2025. A evolução anual mostrou comportamento oscilante, com aumento em 2021 (15,6) e 2022 (18,6) e queda acentuada em 2025 (8,6). Gráfico 13.



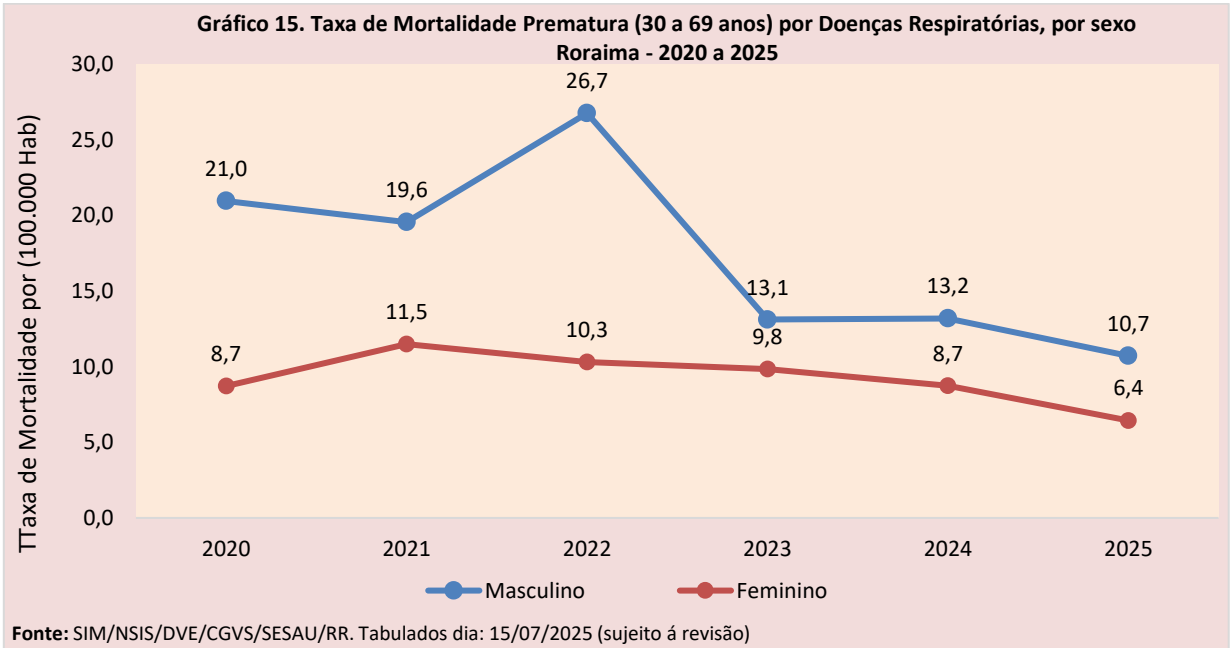
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito à revisão)

Em relação à distribuição por faixa etária, a maior incidência de óbitos ocorreu entre indivíduos de 60 a 69 anos, padrão semelhante ao observado para outras DCNT. Gráfico 14. A evolução anual mostrou comportamento oscilante nesta faixa etária, com redução em 2023, aumento nos anos seguintes.



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito á revisão)

Quanto ao sexo, as maiores taxas formam no sexo masculino. Destaca se um pico masculino em 2022 (26,7/100 mil), enquanto entre mulheres houve redução de 8,7 para 6,4/100 mil. Gráfico 15.



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 15/07/2025 (sujeito á revisão)

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS CAUSAS EXTERNAS EM RORAIMA NO PERÍODO DE 2021 A 2025

As causas externas de morbimortalidade representam um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo responsáveis por elevado número de óbitos, internações e incapacidades permanentes. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), esse grupo de causas compreende acidentes de transporte terrestre, quedas, afogamentos, queimaduras, intoxicações, agressões (homicídios), lesões autoprovocadas e outros eventos traumáticos. Além da elevada mortalidade, as causas externas estão entre os principais motivos de internação hospitalar e de utilização dos serviços de urgência e emergência, especialmente entre adolescentes e adultos jovens.

Na Região Norte, o perfil epidemiológico das causas externas apresenta características relacionadas às condições geográficas, socioeconômicas e demográficas da Amazônia Legal. Grandes distâncias territoriais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, intensa mobilidade populacional, expansão urbana desordenada, conflitos territoriais, acidentes de transporte e episódios de violência contribuem para a manutenção de elevadas taxas de morbimortalidade por causas externas. Esses fatores tornam a vigilância epidemiológica e as ações preventivas essenciais para reduzir o impacto desses agravos sobre a população.

No estado de Roraima, as causas externas permanecem entre os principais grupos de causas de morte, acompanhando a tendência observada nacionalmente. Os registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e da Secretaria de Estado da Saúde demonstram que os óbitos concentram-se predominantemente em indivíduos do sexo masculino, principalmente na faixa etária economicamente ativa, sendo os acidentes de transporte, as agressões (homicídios), as quedas, os afogamentos e as lesões autoprovocadas os eventos mais frequentes. Esse perfil evidencia importantes impactos sociais e econômicos, em razão da perda precoce de vidas e da elevada demanda por atendimento pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação.

No período de 2020 a 2025, foram registrados 391 óbitos por lesão autoprovocada entre residentes do estado de Roraima. Observa-se uma oscilação anual dos registros, com 56 casos em 2020, aumento para 72 em 2021, redução para 55 em 2022 e novo crescimento nos anos subsequentes, alcançando 63 casos em

2023, 71 em 2024 e 74 casos em 2025, o maior número da série histórica apresentada. Esse comportamento sugere uma tendência recente de aumento da mortalidade por lesão autoprovocada no estado, indicando a necessidade de intensificação das ações de vigilância, prevenção e assistência em saúde mental. Esse padrão também é compatível com análises estaduais que apontam crescimento das notificações de violência/lesão autoprovocada e a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção.

Na distribuição espacial dos óbitos evidencia importante concentração em Boa Vista, responsável por 193 casos (49,4%) de todos os registros do estado no período analisado. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de o município concentrar aproximadamente dois terços da população estadual e possuir maior capacidade de diagnóstico e registro dos óbitos.

Entre os demais municípios, destacam-se Amajari, com 56 óbitos (14,3%), Normandia, com 24 (6,1%), e Alto Alegre, com 20 (5,1%).

Tabela 01: Número de óbito por lesão autoprovocada, residentes em Roraima, no período de 2021 a 2025.

Município de Residência	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Alto Alegre	4	4	1	2	2	7	20
Amajari	5	7	6	9	14	15	56
Boa Vista	36	37	35	29	33	23	193
Bonfim	2	6	0	3	2	3	16
Cantá	4	2	3	4	0	3	16
Caracaraí	1	1	1	3	3	1	10
Caroebe	0	0	0	1	0	0	1
Iracema	0	1	0	0	1	1	3
Mucajaí	2	0	0	1	1	2	6
Normandia	0	2	6	6	4	6	24
Pacaraima	0	3	1	1	2	6	13
Rorainópolis	2	4	0	2	4	3	15
São João da Baliza	0	1	0	0	2	0	3
São Luiz	0	1	0	0	2	1	4
Uiramutã	0	3	2	2	1	3	11
RORAIMA	56	72	55	63	71	74	391

Fonte: SIM/NSIS/CGVS – Dados atualizados em 07/2026. Ano sujeitos a revisão

De modo geral, os dados evidenciam que a mortalidade por lesão autoprovocada permanece como um importante problema de saúde pública em Roraima. Tabela 01.

Em Roraima no de 2025, foram registrados 217 óbitos por agressões (homicídios) e 74 óbitos por lesões autoprovocadas entre residentes. A distribuição por sexo demonstra importante predominância do sexo masculino em ambos os agravos, especialmente entre os homicídios. Dos 217 homicídios registrados, 171 (78,8%) ocorreram em homens e 46 (21,2%) em mulheres, evidenciando que a mortalidade por agressões afeta predominantemente a população masculina. Essa diferença segue o padrão epidemiológico observado em todo o país, associado principalmente à maior exposição dos homens à violência interpessoal, conflitos urbanos, criminalidade e outros fatores de risco sociais e comportamentais.

Tabela 02: Números de óbitos por homicídios e suicídios, segundo o sexo de Residentes Roraima - 2025

Município	Homicídios		Suicídios	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Alto Alegre	37	14	4	3
Amajari	3	3	11	4
Boa Vista	91	13	18	5
Bonfim	1	0	3	0
Cantá	2	0	3	0
Caracaraí	13	8	1	0
Caroebe	2	0	0	0
Iracema	9	3	1	0
Mucajaí	4	4	1	1
Normandia	0	0	4	2
Pacaraima	0	0	5	1
Rorainópolis	6	1	2	1
São João da Baliza	2	0	0	0
São Luiz	0	0	1	0
Uiramutã	1	0	3	0
RORAIMA	171	46	57	17

Fonte: SIM/NSIS/CGVS – Dados atualizados em 07/2026. Ano sujeitos a revisão

Em relação às lesões autoprovocadas, foram registrados 57 óbitos no sexo masculino (77,0%) e 17 no sexo feminino (23,0%), mantendo-se a predominância masculina. Embora as mulheres apresentem maior frequência de tentativas de

suicídio descritas na literatura, os homens apresentam maior mortalidade, fato frequentemente relacionado ao uso de métodos de maior letalidade e à menor procura por assistência em saúde mental.

Boa Vista concentrou o maior número absoluto de óbitos em 2025, com 104 casos, sendo 91 homens e 13 mulheres, representando aproximadamente 48% de todos os homicídios registrados no estado.

De maneira geral, o perfil observado em 2025, confirma que os homicídios permanecem como a principal causa de morte por causas externas em Roraima, seguidos pelos acidentes de transporte terrestre e pelas lesões autoprovocadas, demonstradas na tabela 02.

No período de 2020 a 2025, foram registrados 3.810 óbitos por causas externas em Roraima, entre esses, 3.733 (98,0%) eram de residentes do estado de Roraima, correspondendo a uma das principais causas de mortalidade no estado. Observa-se que as agressões (homicídios) permaneceram como a principal causa de morte por causas externas durante todo o período, totalizando 1.360 óbitos (36,0%), seguidas pelos acidentes de transporte terrestre, com 894 óbitos (23,9%), e pelas lesões autoprovocadas voluntariamente, com 392 óbitos (10,5%). Em seguida destacam-se os eventos cuja intenção é indeterminada 318 óbitos (8,5%), as demais causas externas 303 óbitos (8,1%), os afogamentos e submersões acidentais 225 óbitos (6,0%) e as quedas, com 160 óbitos (4,3%). Tabela 03.

As agressões (homicídios) permaneceram como a principal causa de mortalidade por causas externas em todos os anos da série, os homicídios continuam representando mais de um terço das mortes por causas externas, evidenciando a violência como um dos principais desafios de saúde pública em Roraima, seguido pelos os acidentes de transporte terrestre que constituíram a segunda principal causa de óbito por causas externas, apresentando tendência de crescimento ao longo da série histórica, evidenciando a necessidade de fortalecimento das políticas de segurança viária, fiscalização do trânsito, educação para condutores e melhoria da infraestrutura das vias, considerando o impacto desses eventos sobre a morbimortalidade da população.

Em relação as lesões autoprovocadas voluntariamente configuraram a terceira principal causa de mortalidade por causas externas registrados no período analisado. Observou-se aumento entre 2023 e 2025, passando de 56 para 74 óbitos, o que

reforça a importância do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da vigilância das violências e da ampliação das estratégias de prevenção do suicídio, especialmente nos grupos populacionais mais vulneráveis.

Tabela 03: Mortalidade por causas externas entre os ocorridos em Roraima, nos períodos, 2021 a 2025.

Causas externas de morbidade e mortalidade	2020			2021			2022			2023			2024			2025			Total
	Nº O.B	%	Tx. 100 mil	Nº O.B	%	Tx. 100 mil	Nº O.B	%	Tx. 100 mil	Nº O.B	%	Tx. 100 mil	Nº O.B	%	Tx. 100 mil	Nº O.B	%	Tx. 100 mil	
Acidentes de transporte terrestre	129	3,4	20,1	140	3,1	21,4	157	4,6	23,3	158	4,4	22,7	146	4,44	20,4	164	4,57	22,2	894
Demais ac transporte	7	0,2	1,1	23	0,5	3,5	17	0,5	2,5	9	0,3	1,3	7	0,21	1,0	7	0,19	0,9	70
Quedas	19	0,5	3,0	29	0,6	4,4	28	0,8	4,2	25	0,7	3,6	28	0,85	3,9	36	1	4,9	165
Afogamento e submersões acidentais	40	1,0	6,2	48	1,1	7,3	32	0,9	4,8	26	0,7	3,7	37	1,13	5,2	47	1,31	6,4	230
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	1	0,0	0,0	1	0,0	0,2	3	0,1	0,4	0	0,0	0,0	1	0,03	0,1	6	0,17	0,8	12
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	2	0,1	0,3	5	0,1	0,8	5	0,1	0,7	3	0,1	0,4	6	0,18	0,8	5	0,14	0,7	26
Lesões autoprovocadas voluntariamente	56	1,5	8,7	72	3,6	11,0	55	1,6	8,2	63	1,8	9,1	71	2,16	9,9	75	2,09	10,2	392
Agressoes	256	6,7	39,9	263	5,8	40,2	236	6,9	35,0	214	6,0	30,8	171	5,2	23,9	220	6,13	29,8	13
Eventos(fatos) cuja intenção e indeterminadas	71	1,9	11,1	45	1,0	6,9	38	1,1	5,6	46	1,3	6,6	56	1,7	7,8	69	1,92	9,3	325
Intervenções legais e operações de guerra	1	0,0	0,2	1	0,0	0,2	2	0,1	0,3	11	0,3	1,6	5	0,15	0,7	2	0,06	0,3	22
Demais causas externas	45	1,2	7,0	54	1,2	8,2	63	1,8	9,4	61	1,7	8,8	45	1,37	6,3	46	1,28	6,2	314
Toral de óbitos por causas externas	627	16,4	97,7	681	15,1	104,0	636	18,5	94,4	616	**17,3**	88,6	**573**	**17,4**	**79,9**	**677**	**18,9**	**91,6**	**3810**
Total geral de mortalidade por todas as causas	3816	100,0		4516			3445			3552			**3288**			**3590**			**22207**

Fonte: SIM/NSIS/CGVS – Dados atualizados em 07/2026. Ano sujeitos a revisão

ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia do Ministério da Saúde voltada à promoção da saúde, prevenção de doenças e incentivo à adoção de modos de vida saudáveis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Instituído pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, e atualmente regulamentado pelas Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, o programa integra a Rede de Atenção à Saúde e está alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e das estratégias nacionais de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

O programa tem como objetivo ampliar o acesso da população às ações de promoção da saúde por meio da implantação de polos dotados de infraestrutura adequada para o desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas, educação alimentar e nutricional, educação em saúde, práticas integrativas e complementares, mobilização comunitária e outras ações voltadas à melhoria da qualidade de vida e à redução dos fatores de risco para as DCNT, como sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras condições crônicas.

As atividades desenvolvidas nos polos são organizadas de forma articulada com as equipes da Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo a integralidade do cuidado. Entre as principais ações realizadas destacam-se grupos de caminhada, treinamento funcional, ginástica, dança, práticas corporais, educação alimentar e nutricional, rodas de conversa, ações de promoção da saúde mental, prevenção das violências, incentivo ao autocuidado, práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e atividades educativas voltadas ao controle dos fatores de risco das doenças crônicas. O monitoramento do programa é realizado por meio dos sistemas de informação da Atenção Primária, permitindo acompanhar a oferta das ações e subsidiar o planejamento das políticas públicas de promoção da saúde.

No estado de Roraima, o Programa Academia da Saúde representa uma importante estratégia para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, observa-se que parte dos polos implantados se encontra com funcionamento parcial ou desativado, em decorrência de dificuldades relacionadas à disponibilidade de recursos humanos,

manutenção da infraestrutura, registro das atividades nos sistemas de informação e cumprimento dos critérios necessários para permanência do incentivo federal.

Outro desafio identificado refere-se ao monitoramento das ações desenvolvidas, uma vez que grande parte das atividades do programa é registrada pelos sistemas da Atenção Primária à Saúde, dificultando a consolidação das informações pela Vigilância em Saúde.

Considerando o crescente impacto das doenças crônicas não transmissíveis sobre a morbimortalidade da população de Roraima, o fortalecimento do Programa Academia da Saúde constitui uma estratégia fundamental para ampliar o acesso às práticas de promoção da saúde, estimular estilos de vida saudáveis, reduzir fatores de risco modificáveis e contribuir para a diminuição da demanda por serviços especializados e internações relacionadas às DCNT.

PROJETO VIDA NO TRÂNSITO (PVT)

Os sinistros de trânsito permanecem como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, representando uma das principais causas de morte prematura, incapacidades e perda de anos potenciais de vida, principalmente entre adolescentes, adultos jovens e pessoas em idade economicamente ativa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 1,19 milhão de pessoas morrem anualmente no mundo em decorrência de sinistros de trânsito, além de milhões de pessoas sofrerem lesões não fatais que podem resultar em sequelas físicas, psicológicas e sociais permanentes.

No Brasil, os sinistros de trânsito constituem uma importante causa de morbimortalidade, gerando impacto significativo na rede de atenção à saúde, especialmente nos serviços de urgência e emergência, reabilitação e assistência hospitalar. Além dos custos diretos para o Sistema Único de Saúde (SUS), esses eventos produzem impactos sociais e econômicos relacionados à perda de produtividade, afastamentos, incapacidades e mortalidade precoce.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde implantou o Projeto Vida no Trânsito (PVT) como uma estratégia nacional de enfrentamento das mortes e lesões graves decorrentes do trânsito. O programa foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 2.268, de 10 de agosto de 2010, inicialmente como parte das ações brasileiras vinculadas à Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011–2020), proposta pela

Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O PVT tem como objetivo principal reduzir mortes e lesões graves no trânsito por meio de uma abordagem integrada, baseada em evidências epidemiológicas, qualificação das informações, identificação dos principais fatores de risco e implementação de intervenções intersetoriais. Entre os fatores prioritários inicialmente definidos destacam-se o consumo de álcool associado à direção, excesso de velocidade, além de outros fatores relacionados à segurança viária, como o uso inadequado de motocicletas, ausência de capacete e cinto de segurança, comportamento de risco dos condutores e condições da infraestrutura viária.

A estratégia do Projeto Vida no Trânsito fundamenta-se na articulação entre diferentes setores governamentais e da sociedade civil, envolvendo principalmente as áreas da Saúde, Transporte, Segurança Pública, Educação, Planejamento Urbano e órgãos de fiscalização de trânsito. Essa integração possibilita a análise dos dados de mortalidade e morbidade, identificação dos pontos críticos e definição de ações direcionadas para redução dos acidentes e qualificação da segurança no trânsito.

No estado de Roraima, os sinistros de transporte terrestre representam importante componente da mortalidade por causas externas, com impacto significativo principalmente entre indivíduos do sexo masculino e adultos jovens. As características territoriais do estado, como extensas áreas rurais, longas distâncias entre municípios, crescimento populacional, aumento da frota de veículos e utilização frequente de motocicletas, contribuem para a ocorrência desses eventos e reforçam a necessidade de ações estruturadas de prevenção.

Diante da relevância epidemiológica desse agravo, a Vigilância em Saúde de Roraima vem articulando a retomada do Projeto Vida no Trânsito no estado, com apoio técnico do Ministério da Saúde, visando reorganizar o comitê estadual e instituir um grupo de trabalho intersetorial para condução das ações. A reimplantação do PVT permitirá fortalecer a análise dos dados de acidentes e óbitos, identificar fatores associados aos eventos, estabelecer prioridades de intervenção e desenvolver ações integradas para redução da morbimortalidade no trânsito

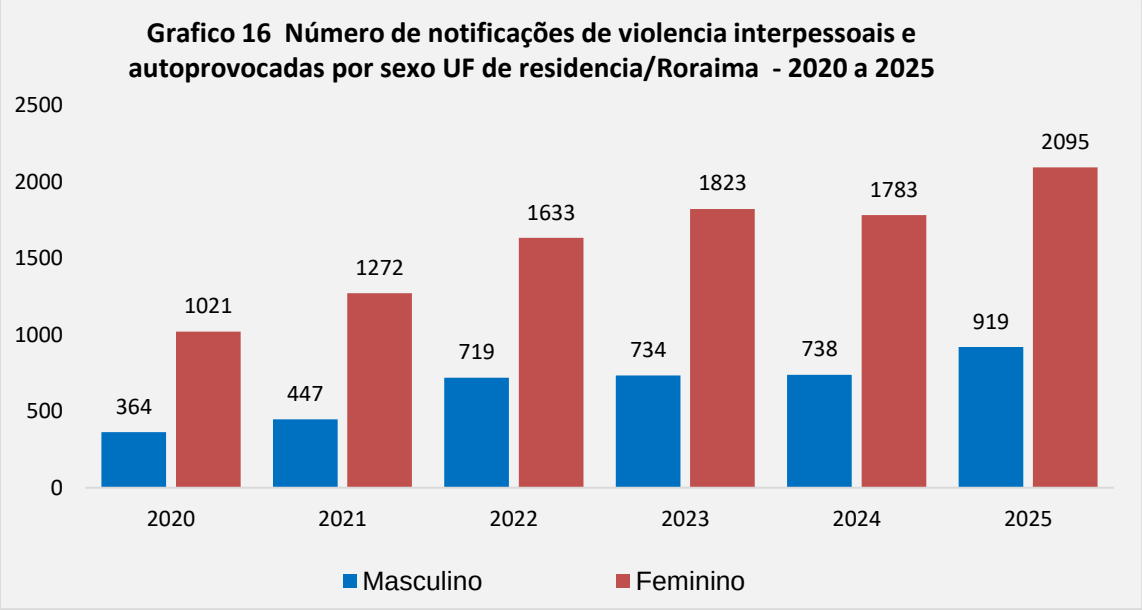
NOTIFICAÇÃO

No período de 2020 a 2025, foram registradas 3.035.710 notificações de

violência interpessoal e autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), evidenciando a elevada magnitude desse agravo como problema de saúde pública no Brasil. A vigilância das violências integra o Sistema VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes), cujo objetivo é subsidiar ações de prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

A análise temporal demonstra crescimento expressivo das notificações ao longo da série histórica. Em 2020, foram registradas 326.503 notificações no Brasil, das quais 21.931 ocorreram na Região Norte. Em 2025, esses números aumentaram para 688.328 notificações no Brasil e 41.719 na Região Norte, representando um crescimento de 110,8% e 90,2%, respectivamente.

Em Roraima, a tendência de crescimento também foi evidente. O estado registrou 1.385 notificações em 2020, aumentando para 3.015 em 2025, o que corresponde a um incremento de aproximadamente 117,7%, percentual superior ao observado tanto no Brasil quanto na Região Norte. Gráfico 16. Além disso, durante todo o período analisado, foram registradas 13.551 notificações, distribuídas entre 9.627 mulheres (71,0%), 3.921 homens (28,9%) e apenas três registros com sexo ignorado, mantendo praticamente a mesma distribuição proporcional observada nacionalmente.

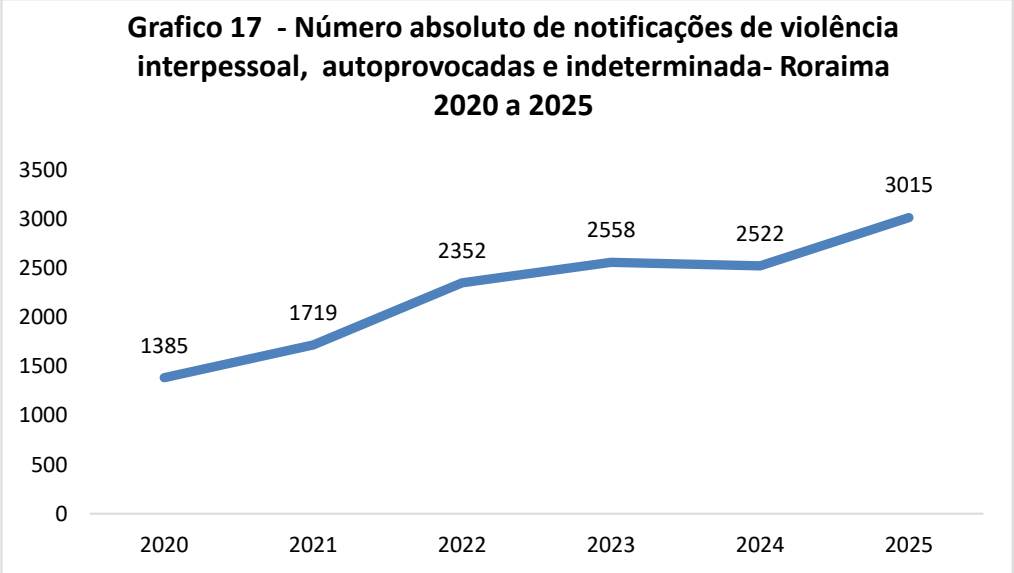


Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito à revisão)

No Brasil a violência interpessoal representou a maior parcela das notificações, com 2.062.218 registros (68,0%), seguida pela violência autoprovocada, com 906.683 casos (30,0%), enquanto 66.809 notificações (2,0%) permaneceram classificadas

como indeterminadas. Roraima segue perfil do registrados no Brasil, com 8.516 (62,8%) registros de violência interpessoal, seguida pela violência autoprovocada 4.346 (32,1%) notificações e 689 (5,1%) notificações classificadas com indeterminadas. Com Esse perfil demonstra que as agressões praticadas por terceiros continuam sendo a principal demanda dos serviços de saúde, embora as lesões autoprovocadas também apresentem elevada frequência, refletindo a crescente necessidade de fortalecimento das políticas de prevenção ao suicídio e promoção da saúde mental.

A evolução anual das notificações em Roraima demonstra crescimento contínuo até 2023, quando foram registrados 2.558 casos, seguido de discreta redução em 2024 (2.522 casos) e novo aumento em 2025 (3.015 notificações). Esse comportamento pode refletir oscilações na capacidade de vigilância epidemiológica, alterações no acesso aos serviços de saúde, melhorias na qualidade da notificação compulsória ou mesmo mudanças na ocorrência real das violências no estado. Gráfico 17.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito à revisão)

Em relação aos municípios que mais notificaram violências, destaca-se Boa Vista (53,5%), Rorainópolis (11,1%) e Alto Alegre (6,1%) no período avaliado. Tabela 4.

Tabela 4 – Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada por município de residência no período 2020 a 2025

Município de Residência	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Alto Alegre	58	85	117	220	141	203	824
Amajari	23	16	28	52	53	83	255
Boa Vista	709	796	1246	1388	1447	1663	7249
Bonfim	42	57	71	85	64	75	394
Cantá	30	35	82	72	79	78	376
Caracaraí	93	98	139	140	124	164	758
Caroebe	13	18	19	34	30	25	139
Iracema	17	14	30	30	46	51	188
Mucajaí	56	54	97	65	110	108	490
Normandia	11	13	30	51	55	132	292
Pacaraima	20	17	12	64	84	102	299
Rorainópolis	230	433	379	200	136	127	1505
São João da Baliza	26	20	28	64	56	65	259
São Luiz	14	11	13	18	21	19	96
Uiramutã	43	52	61	74	74	118	422
municipio ignorado	0	0	0	1	2	2	5
Total	1385	1719	2352	2558	2522	3015	13551

Fonte: SINAN/DVE/CGVS/SESAU/RR. Tabulados dia: 14/07/2025 (sujeito à revisão)

Esse comportamento sugere fortalecimento da vigilância epidemiológica estadual, maior sensibilização dos profissionais para o preenchimento da ficha de notificação e possível aumento da demanda pelos serviços de atenção às pessoas em situação de violência. Entretanto, não se pode descartar que parte desse crescimento também reflita aumento real da ocorrência das violências, especialmente em um estado que apresenta características particulares, como intenso fluxo migratório internacional, extensa faixa de fronteira, desigualdades socioeconômicas, presença de populações indígenas e dificuldades de acesso aos serviços especializados.

Em conjunto, os resultados evidenciam que as violências interpessoais e autoprovocadas continuam apresentando tendência de crescimento no Brasil, na Região Norte e em Roraima. O aumento progressivo das notificações demonstra tanto o fortalecimento do sistema de vigilância quanto a necessidade de ampliar ações de prevenção, diagnóstico precoce, acolhimento das vítimas e organização da Rede de

REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL – RCBP/RR

O Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) constitui uma importante ferramenta de vigilância do câncer, sendo responsável pela coleta, armazenamento, processamento e análise sistemática e contínua de informações sobre todos os casos novos de câncer ocorridos em uma população definida e em uma área geográfica específica. Seu principal objetivo é produzir informações sobre a incidência do câncer, sua distribuição e suas tendências temporais, segundo características como localização primária do tumor, sexo, faixa etária e outras variáveis epidemiológicas.

As informações produzidas pelos RCBP são fundamentais para a vigilância epidemiológica do câncer, permitindo identificar padrões de ocorrência da doença, grupos populacionais de maior risco e mudanças no perfil epidemiológico ao longo do tempo

No Brasil, os RCBP integram a estrutura de vigilância do câncer coordenada pelo Ministério da Saúde, tendo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) como referência técnica nacional. A maioria dos registros utiliza o SisBasepopWeb, sistema desenvolvido e disponibilizado pelo INCA para estruturação das bases de dados, gerenciamento da coleta e produção das informações.

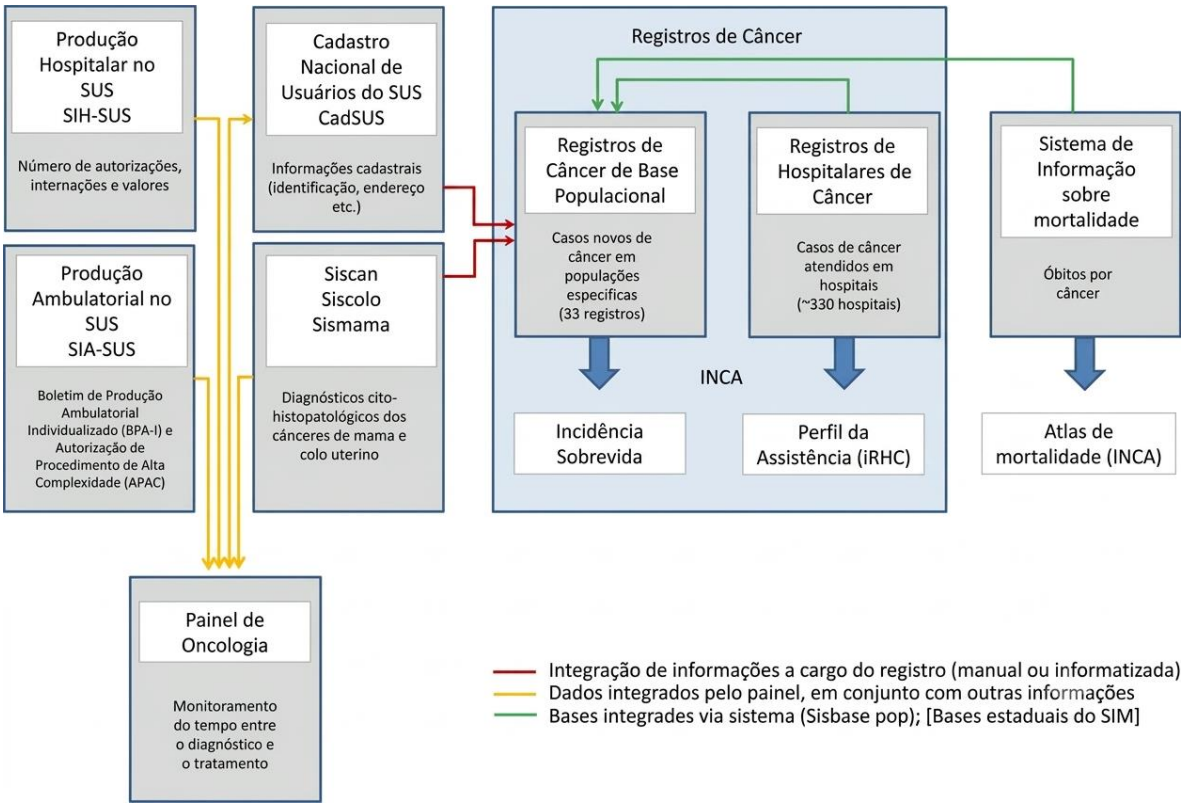
O RCBP/RR realiza a coleta e consolidação de informações referentes aos casos novos de câncer em residentes no estado, utilizando diferentes fontes notificadoras. Documentos anteriores da Vigilância em Saúde de Roraima registram a participação de unidades assistenciais, laboratórios, registros hospitalares e sistemas de informação como fontes para a identificação e confirmação dos casos. Entre as fontes historicamente utilizadas estão serviços especializados, hospitais, laboratórios de anatomia patológica e citopatologia, o Registro Hospitalar de Câncer e o Sistema de Informação sobre Mortalidade.

O Registro de câncer de Base Populacional Roraima (RCBP-RR) tem cobertura total do estado, ou seja, notifica todos os municípios. 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.

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 01. 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 01. Cobertura do Registro de Câncer de Base Populacional no Estado de Roraima



O Registro de Câncer de Base Populacional de Roraima (RCBP-RR) é uma importante ferramenta de vigilância epidemiológica para o monitoramento da ocorrência de câncer no estado, permitindo conhecer o perfil de incidência das neoplasias malignas, identificar grupos populacionais mais afetados e subsidiar o planejamento das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e organização da rede de atenção oncológica.

Atualmente, o RCBP-RR desenvolve suas atividades conforme planejamento técnico e cronograma pactuado junto ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), com foco na qualificação da coleta, validação e análise dos dados provenientes das fontes

notificadoras. As ações envolvem a busca ativa de casos, atualização das unidades notificadoras, melhoria da completude das informações registradas e fortalecimento da qualidade do banco de dados epidemiológico sobre câncer no estado.

Além da produção de informações epidemiológicas, o RCBP-RR participa da organização dos fluxos assistenciais relacionados ao câncer, contribuindo para a construção de estratégias que integrem a Atenção Primária à Saúde, serviços especializados e unidades de referência. Essas ações têm como objetivo reduzir os atrasos no reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos, ampliar o diagnóstico oportuno e favorecer o início precoce do tratamento, fatores diretamente relacionados ao prognóstico e à sobrevida dos pacientes.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção do câncer, o registro participa de ações educativas, campanhas de conscientização, reuniões técnicas, seminários, congressos, videoconferências e atividades articuladas com o INCA e instituições parceiras. Essas iniciativas fortalecem a vigilância do câncer e contribuem para o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas aos principais fatores de risco e grupos vulneráveis.

A análise dos registros de neoplasias malignas segundo localização primária demonstra que, entre os homens residentes em Roraima, o câncer de próstata apresentou a maior frequência de registros no período analisado, representando 42,8% dos casos, seguido pelo câncer de brônquios e pulmões, responsável por 23,6% dos registros. Tabela 05.

A predominância do câncer de próstata evidencia a importância do fortalecimento das ações de atenção integral à saúde do homem, especialmente aquelas relacionadas à identificação precoce de sinais e sintomas, avaliação clínica, acompanhamento dos indivíduos pertencentes aos grupos de maior risco e ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento.

Tabela 5. Proporção de casos (%) no sexo masculino segundo localização primária mais frequente em Roraima no período de 2013 a 2019*.

Localização primária	%
(C61) Próstata	42,8
(C34) Brônquios e Pulmões	23,6
(C16) Estômago	21,7
(C18) Cólon	6,9
(C20) Reto	5,0
Total	100

*Foram considerados somente os anos com base de dados consolidada.

Entre as mulheres residentes em Roraima, os registros apontam que o câncer de mama apresentou a maior proporção de casos, correspondendo a 42,8% dos registros, seguido pelo câncer de colo do útero, com 30,5% dos casos no período analisado. Tabela 06.

Tabela 6. Proporção de casos (%) no sexo feminino segundo localização primária mais frequente em Roraima no período de 2013 a 2019*.

Localização primária	**%**
(C53) Colo do útero	30,5
(C50) Mama	42,8
(C34) Brônquios e Pulmões	10,5
(C16) Estômago	11,5
(C73) Tireóide	7,5
Total	**100**

*Foram considerados somente os anos com base de dados consolidada.

A elevada ocorrência do câncer do colo do útero representa um importante desafio para a saúde pública estadual, considerando que essa neoplasia apresenta alto potencial de prevenção por meio da vacinação contra o HPV, rastreamento adequado pelo exame citopatológico (Papanicolau), identificação das lesões

precursoras e tratamento oportuno. A persistência desse câncer entre as principais neoplasias femininas evidencia a necessidade de fortalecer as estratégias de ampliação da cobertura do rastreamento, especialmente entre mulheres na faixa etária recomendada e populações com maior vulnerabilidade de acesso aos serviços de saúde.

O câncer de mama também apresenta grande relevância epidemiológica, sendo uma das principais causas de morbimortalidade por câncer entre mulheres. O diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e sintomas suspeitos e da realização dos exames recomendados conforme as diretrizes nacionais, permanece como estratégia fundamental para aumentar as possibilidades de tratamento efetivo e reduzir a mortalidade.

Diante desse panorama, torna-se fundamental fortalecer a integração entre a Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde e Rede de Atenção Oncológica, garantindo o acompanhamento longitudinal das mulheres, ampliação das ações educativas, qualificação dos registros epidemiológicos e redução das oportunidades perdidas de diagnóstico precoce.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório Epidemiológico Anual de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) – Roraima, 2025 evidencia que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) permanecem como um dos principais desafios para a saúde pública estadual, representando importante parcela da morbimortalidade da população. As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas continuam entre os principais grupos responsáveis pela carga de adoecimento, mortalidade prematura e impacto econômico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise epidemiológica demonstra que o enfrentamento das DCNT em Roraima está diretamente relacionado à presença de fatores de risco modificáveis, como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, alimentação inadequada, excesso de peso, sedentarismo e baixa prática de atividades físicas. Esses fatores, associados aos determinantes sociais da saúde, às características territoriais e às desigualdades de acesso aos serviços, contribuem para a manutenção de elevados

níveis de adoecimento e mortalidade, reforçando a necessidade de ações contínuas de promoção da saúde, prevenção e cuidado integral.

O perfil das neoplasias malignas analisado pelo Registro de Câncer de Base Populacional de Roraima (RCBP-RR) demonstra a relevância do câncer como importante causa de morbimortalidade no estado. Esses achados reforçam a necessidade de ampliar as ações de rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e organização da linha de cuidado oncológica, especialmente considerando as particularidades territoriais de Roraima e as barreiras de acesso existentes para parte da população.

Além das DCNT, as causas externas permanecem como importante componente do perfil epidemiológico estadual, com destaque para os homicídios, acidentes de transporte terrestre, lesões autoprovocadas e afogamentos. A análise dos acidentes de transporte reforça a necessidade de fortalecimento das ações intersetoriais de segurança viária e prevenção, especialmente por meio da retomada e consolidação do Projeto Vida no Trânsito (PVT) em Roraima.

As ações de promoção da saúde, como o Programa Academia da Saúde, representam estratégias essenciais para redução dos fatores de risco associados às DCNT e ampliação das oportunidades de cuidado no território. Entretanto, os desafios relacionados à manutenção dos polos, disponibilidade de profissionais, registro das atividades e monitoramento das ações evidenciam a necessidade de fortalecer a articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde e gestão municipal, garantindo maior efetividade e sustentabilidade dessas iniciativas.

Diante do cenário apresentado, torna-se imprescindível fortalecer a Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, ampliando a capacidade de análise, monitoramento e resposta às necessidades de saúde da população.

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 Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2006-2024: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: disponvivel em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2024.pdf Acessado em julho de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

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. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2024. Rio de Janeiro: disponivel https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html . Acesso em: jul. 2026.

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.

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 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://www.who.int/publications. Acesso em: 2 jul. 2025.

(OMS, junho de 2024), disponível em https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity, Acessado em 07/2026.

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2026 Disponível em: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet . Acessado em julho de 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. disponível em https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico.pdf/cb6c7fda-2fef-f969-c6b1-a119f4aa2ffc Acesso em julho de 2026

3.16 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ana Paula Carvalhal Barbosa
Danubia Basílio Boaventura
Emerson Ferreira Martins
Letícia Moreno Dantas Menezes
Luiz Henrique da Silva Junior (Apoiador do CIEVS)

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 interinstitucionalmente 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



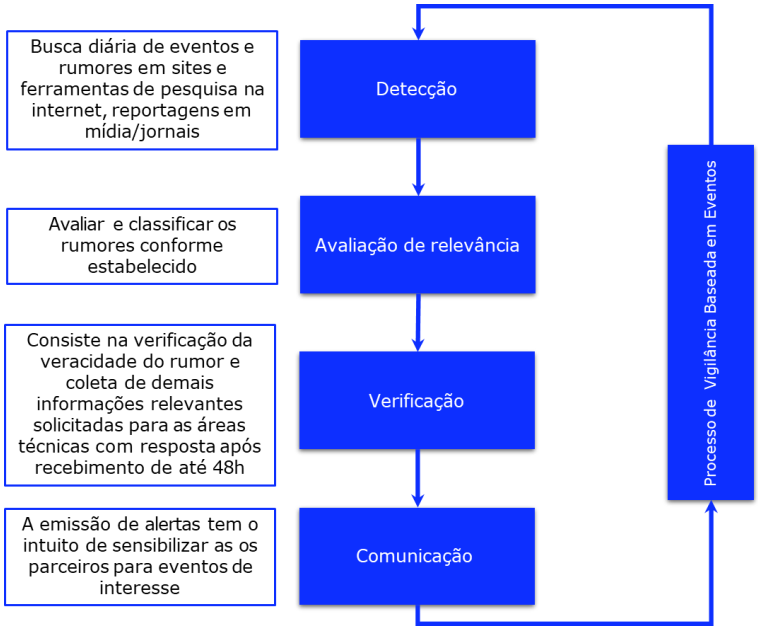
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde – CIEVS Nacional (2023)

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 2025

ASSUNTO	RELEVANTE	NÃO RELEVANTE	TOTAL
Doenças respiratórias	56	5	61
Arboviroses	57	2	59
Gripe Aviária	34	4	38
Sarampo	31	0	31
Ambiental/Desastres	11	5	16
Zoonoses	6	1	7
Coqueluche	6	1	7
Desassistência	5	0	5
Mpox	4	0	4
Doença Misteriosa	3	1	4
Oropouche	3	0	3
Meningite	2	0	2
Intoxicação	2	1	3
Botulismo	1	1	2
Fungos	1	0	1
Bactérias Multirresistentes	1	0	1
HIV/AIDS	1	0	1
Marburg	1	0	1
Febre do Nilo	0	2	2
Leishmaniose	0	1	1
Malária	0	1	1
Total	**225**	**25**	**250**

Fonte: Instrumento de Detecção de Rumores e Eventos 2025 /CIEVS – RR

Em 2025, o monitoramento de rumores resultou na captação de aproximadamente 19.700 notícias. Dessas, foram inseridas no Instrumento de Detecção de Rumores e Eventos, 250 rumores e eventos, sendo 225 (90%) relevantes conforme critérios de relevância e 25 (10%) foram considerados não relevantes (**Tabela 1**). O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) de Roraima manteve, ao longo de 2025, 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 33 eventos registrados e monitorados pelo CIEVS/RR, 30 apresentaram confirmação da doença relacionada ao evento notificado. Após a confirmação, foram adotadas medidas de resposta pelas respectivas gerências técnicas e/ou instituições envolvidas, incluindo o DSEI Yanomami, conforme as especificidades de cada situação. O CIEVS/RR permaneceu realizando o monitoramento dos eventos até o encerramento.

RESPOSTA

Em 2025, o monitoramento de rumores realizado pelo CIEVS/RR resultou na análise de 250 rumores e eventos submetidos à avaliação de relevância. Desse total, 197 eventos foram divulgados nos Clippings Epidemiológicos Semanais, distribuídos em 53 edições produzidas ao longo do ano, conforme as semanas epidemiológicas.

No mesmo período, foram emitidos cinco alertas epidemiológicos, relacionados a óbito por dengue, síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e aumento do número de casos de COVID-19. Além disso, foram realizados compartilhamentos de informações com as áreas técnicas da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), responsáveis pelo monitoramento e pela resposta aos diferentes agravos e eventos de saúde pública, abrangendo temas como COVID-19, Febre Amarela, Vírus Mayaro, Febre do Oropouche, Estiagem, SRAG, Influenza

Aviária, Sarampo, Meningite, Influenza, Coqueluche, Encefalite Equina e Chikungunya.

Tabela 2. Eventos monitorados pelo CIEVS/RR no estado de Roraima/2025

Evento	Município/ país de residência	Classificação final do evento
Raiva	Boa Vista	Descartado
Coqueluche	Boa Vista	Confirmado
Coqueluche	Boa Vista	Confirmado
Coqueluche	Amajari	Confirmado
Coqueluche	Rorainópolis	Confirmado
Coqueluche	Caroebe	Confirmado
Coqueluche	Alto Alegre	Confirmado
Doença Diarreica Aguda	Boa Vista	Confirmado
Doença Diarreica Aguda	Boa Vista	Confirmado
Febre Amarela	Pacaraima	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
Febre Amarela	Boa Vista	Descartado
Febre Maculosa	Bonfim	Descartado
Febre Maculosa	Boa Vista	Descartado
Febre Maculosa	Boa Vista	Confirmado
Febre Tifóide	Boa Vista	Descartado
Febre Tifóide	Boa Vista	Descartado
Hantavirose	Alto Alegre	Descartado
Leptospirose	Bonfim	Descartado
Leptospirose	Guiana	Descartado
Leptospirose	Mucajaí	Descartado
Leptospirose	Caracarai	Descartado
Leptospirose	Boa Vista	Descartado
Leptospirose	Boa Vista	Confirmado
Mpox	Boa Vista	Descartado
Mpox	Boa Vista	Descartado
PFA/Poliomielite	Uiramutã	Descartado
Sarampo	Boa Vista	Descartado
Sarampo	Boa Vista	Descartado
Sarampo	Boa Vista	Descartado
Síndrome Febril Ictérica Aguda	Boa Vista	Descartado

Fonte: Sistema de Informa de Agravos Notificáveis /SINAN
Sistema de Informação de Mortalidade/ SIM
Gerenciamento de Ambiente Laboratorial/ Gal
E-SUS Notifica

Também foram elaboradas avaliações de risco referentes à Dengue, Vírus Respiratórios, COVID-19 e Arboviroses, subsidiando o processo de monitoramento, a

análise da situação epidemiológica e a adoção oportuna de medidas de vigilância e resposta.

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.

REFERÊNCIAS

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. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 1.247 p. Disponível em: > https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2024-vol.-1.pdf > Acesso em: 23/07/2026.

3.17 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

Priscila Barros Alves Bitencourt

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 - NHE	Unidade de Vigilância Epidemiológica - UVE	Integrante da Renaveh	Integrante da Reveh-RR
Alto alegre	Hospital Epitácio de Andrade Lucena		X		X
Amajarí	Centro de Saúde Jair da Silva Mota		X		X
Boa Vista	Hospital Geral de Roraima	X		X	X
Boa Vista	Hospital da Criança Santo Antônio	X		X	X
Boa Vista	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth	X		X	X
Boa Vista	Casa de Saúde do Índio Yanomami e Ye'kwana (CASAI-YY)		X		X
Boa Vista	Hospital Universitário - HU-UFRR	X			X
Boa Vista	Hospital Ville Roy		X		X
Boa Vista	Hospital Lotty Iris		X		X
Boa Vista	Clínica Médica Especializada Coronel Mota		X		X
Boa Vista	UPA 24h Cosme e Silva		X	X	X
Boa Vista	Centro de Referência da Saúde da Mulher		X		X
Bonfim	Hospital Pedro Álvares Rodrigues		X		X
Caracaraí	Unidade Mista de Caracaraí		X		X
Caroebe	Unidade Mista de Caroebe		X		X
Iracema	Unidade Mista Irmã Camila		X		X
Mucajaí	Hospital Estadual Vereador José Guedes Catão		X		X
Normandia	Unidade Mista Ruth Quitéria		X		X
Pacaraima	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá		X		X
Rorainópolis	Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Pinto		X		X
São João da Baliza	Unidade Mista de São João da Baliza		X		X
São Luiz	Hospital Francisco Ricardo de Macedo		X		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 2016 a 2025, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), registrou pelo estado de Roraima, um total de 118.407 notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), já as notificações dos estabelecimentos de saúde vinculados à Reveh/RR notificaram 86.182 DNC, representando 72,78 % (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

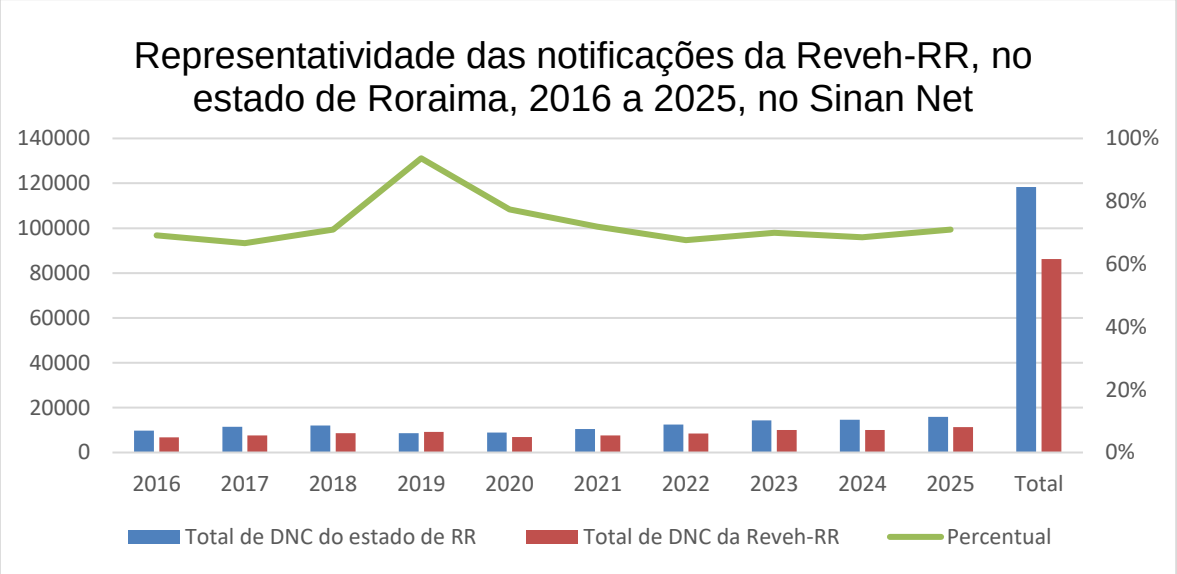


Figura 1. Distribuição das Notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), por agravo notificado em Roraima, 2016 a 2025

Agravos Compulsórios	**2017**	**2018**	**2019**	**2016**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**Total**
Atendimento Antirrábico	4221	4054	4316	3636	3307	3878	4490	5282	5921	6185	45290
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1095	1313	1956	892	1389	1730	2363	2570	2557	3057	18922
Acidente por animais peçonhentos	933	1145	1310	644	1001	940	1140	1276	1198	1496	11083
Intoxicações Exógenas	500	782	999	490	694	547	804	850	1154	960	7780
Sífilis Adquirida	181	673	672	267	436	545	850	978	826	1023	6451
AIDS	591	653	601	335	387	516	513	625	531	466	5218
Hepatites Virais	723	561	379	1191	241	273	190	219	225	319	4321
Tuberculose	223	277	333	175	336	387	518	626	577	602	4054
Leishmaniose Tegumentar Americana	320	429	248	208	253	542	441	400	416	328	3585
Sífilis em Gestante	105	209	297	145	343	448	467	573	424	440	3451
Sindrome do Corrimento Uretral Masculino	251	354	329	161	133	115	113	151	157	188	1952
Sífilis Congênita	81	78	76	53	70	206	165	219	171	162	1281
Hanseníase	192	132	120	105	56	80	64	76	68	77	970
Leishmaniose Visceral	93	74	66	141	31	36	45	93	91	107	777
Doenças Exantemáticas	6	586	58	7	5	30	45	14	6	11	768
Gestantes HIV +	58	64	72	36	80	82	76	84	67	68	687
Criança Exposta ao HIV	21	37	57	46	44	71	55	87	59	61	538
Meningite	42	18	40	56	27	31	58	70	70	83	495
Coqueluche	29	18	38	16	15	4	4	0	43	60	227
Leptospirose	8	14	19	13	13	13	25	20	28	63	216
Doenças de Chagas Aguda	3	3	19	6	7	10	7	14	11	53	133
Febre Maculosa	5	5	6	5	3	6	6	5	10	25	76
Febre Amarela	4	2	2	1	1	1	0	1	9	6	27
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	1	0	1	1	2	0	2	1	5	6	19
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	18

Difteria	2	2	0	1	0	0	0	8	0	0	13
Malária	3	1	4	1	1	1	0	0	0	2	13
Febre Tifóide	1	0	0	3	0	0	0	1	1	3	9
Hantaviroses	0	2	0	1	1	0	0	1	2	2	9
Raiva Humana	0	0	1	1	0	0	1	0	3	2	8
Tétano Acidental	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	5
Esquistossomose	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Febre do Nilo	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	4
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Eventos Adversos Pós-vacina	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Síndrome Respiratória Aguda	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	9694	11491	12019	8638	8877	10493	12444	14244	14648	15859	118407

Fonte: Sinan net, NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR, acesso em 27/07/2026, sujeitos à alteração.

Figura 2. Distribuição das notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), por estabelecimento de saúde vinculado à Reveh-RR, 2016 a 2025

Agravos Compulsórios	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**Total**
Atendimento Antirrábico	3389	4001	3697	3770	2942	3313	3325	3992	4232	4443	37104
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	853	1001	1188	1802	1279	1526	2117	2246	2261	2647	16920
Acidente por animais peçonhentos	466	663	874	1083	777	741	916	1075	960	1191	8746
Intoxicações Exógenas	303	490	767	931	688	535	765	833	844	918	7074
Hepatites Virais	714	364	344	217	189	205	94	122	122	198	2569
Tuberculose	106	138	127	181	141	129	148	259	281	306	1816
Sindrome do Corrimento Uretral Masculino	140	228	321	298	122	106	109	140	151	182	1797
Sífilis Adquirida	95	149	204	198	142	125	136	194	227	290	1760
Sífilis em Gestante	63	42	99	154	168	227	204	287	216	202	1662
AIDS	86	112	174	134	108	132	114	170	153	135	1318
Sífilis Congênita	51	81	78	75	70	205	164	217	171	160	1272
Leishmaniose Visceral	141	89	74	66	31	34	41	91	91	106	764
Leishmaniose Tegumentar Americana	102	86	59	42	24	69	63	55	47	69	616
Gestantes HIV +	23	44	53	59	57	65	60	60	47	55	523
Meningite	56	41	18	40	26	30	56	69	69	83	488
Criança Exposta ao HIV	21	15	34	54	42	37	39	87	58	61	448
Doenças Exantemáticas	7	6	329	18	2	13	12	3	2	6	398
Hanseníase	40	55	43	49	19	22	10	23	16	23	300
Leptospirose	13	8	14	19	13	13	23	19	28	44	194
Coqueluche	15	28	18	15	15	4	4	0	9	40	148
Doenças de Chagas Aguda	2	2	3	6	6	7	3	10	7	51	97
Febre Maculosa	5	4	5	6	3	6	6	5	5	19	64
Febre Amarela	1	4	2	2	0	0	0	1	8	6	24
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	1	1	0	1	2	0	2	1	5	6	19
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	18
Febre Tifóide	3	1	0	0	0	0	0	1	1	3	9
Difteria	1	2	2	0	0	0	0	3	0	0	8

Hantaviroses	1	0	2	0	1	0	0	1	1	2	8
Esquistossomose	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	4
Febre do Nilo	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	4
Raiva Humana	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4
Tétano Acidental	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Síndrome Respiratória Aguda	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	6700	7656	8534	9221	6868	7545	8414	9964	10031	11249	86182

Fonte: Sinan net, NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR, acesso em 27/07/2026, sujeitos à alteração.

Conforme demostrado, 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 supera 65% 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 2025.

Unidade de saúde	Sivep-malária	e-Sus Sinan (Monkeypox)	e-Sus notifica (covid-19)	Sivep-gripe (SRAG)
HCSA	0	0	1.261	1362
HGR	616	0	555	248
HMINSN	394	0	124	60
PACS	1529	11	233	0

Fonte: NCPFIT/DVE/CGVS, NCDST/DVE/CGS e Sivep Malária.

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 com contratação de um apoiador técnico para fortalecer a gestão estadual, tanto as capacitações virtuais e reuniões estratégicas, são ações que fortalecem e fomentam ainda mais atuação da VEH no território.

Atualmente, a Reveh-RR e a Renaveh-RR, estão normatizadas e funcionam de forma ativa dento do estado, com atuações estratégicas com os diversos setores da saúde, fortalecendo assim as atividades de vigilância epidemiológica hospitalar desenvolvidas no estado e com 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 SESAU. 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.

4 MORTALIDADE

A mortalidade, sob a ótica da vigilância epidemiológica, é muito mais do que um dado estatístico sobre o fim da vida: ela é um dos principais eventos sentinela para a saúde pública. O monitoramento contínuo, sistemático e oportuno dos óbitos permite mapear o perfil epidemiológico de uma população, identificar vulnerabilidades sociais e detectar precocemente o surgimento ou o agravamento de epidemias e outras ameaças à saúde. Reduzir a mortalidade evitável é o objetivo central de qualquer sistema de saúde pública estruturado.

A declaração de óbito funciona como o documento de entrada de todo o sistema. Preenchida pelo médico, ela é o instrumento padrão nacional que coleta dados demográficos, epidemiológicos e a cadeia de causas que levou à morte. Ao registrar detalhadamente a causa básica e as causas consequenciais, a declaração de óbito transforma um encerramento biológico em um dado clínico e social de extremo valor.

Esses dados espalhados pelo país são consolidados e processados pelo SIM. Criado pelo Ministério da Saúde, o SIM é a base de dados oficial que informatiza e centraliza a produção de estatísticas de mortalidade no Brasil. É por meio do SIM que a vigilância epidemiológica consegue transformar dados brutos em informação para a ação, permitindo o cálculo de taxas, a identificação de áreas de risco e o monitoramento de mortes evitáveis. Assim, a sinergia entre a DO e o SIM garante o subsídio técnico necessário para o planejamento estratégico, o direcionamento de recursos e a formulação de políticas públicas eficazes para o SUS.

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; a possibilidade da falta de precisão na causa básica; possibilidade de subnotificação de óbitos; a inexistência do Serviço de Verificação de óbito; e o preenchimento incompleto/inadequado da declaração de óbito. A existência de campos ignorados ou em branco na declaração de óbito afetam a qualidade dos dados e, consequentemente, podem influenciar na análise de situação de saúde da população.

O SIM captou em Roraima o total de 34.838 óbitos em residentes no período de 2016 a 2025. Em 2025, foram registrados 3.507 óbitos, uma média mensal de 292 óbitos e de 9,6 óbitos por dia, e 4,0% (n=140) foram óbitos fetais (Tabela 1).

Tabela 1. Número e percentual de óbito fetal e não fetal, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Fetal		Não Fetal		Total
	Nº	%	Nº	%	
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	149	4,6	3.059	95,4	3.208
2025	140	4,0	3.367	96,0	3.507

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2025 (sujeitos à alteração).

4.1 TAXA DE MORTALIDADE GERAL

A taxa de mortalidade geral 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, 2024).

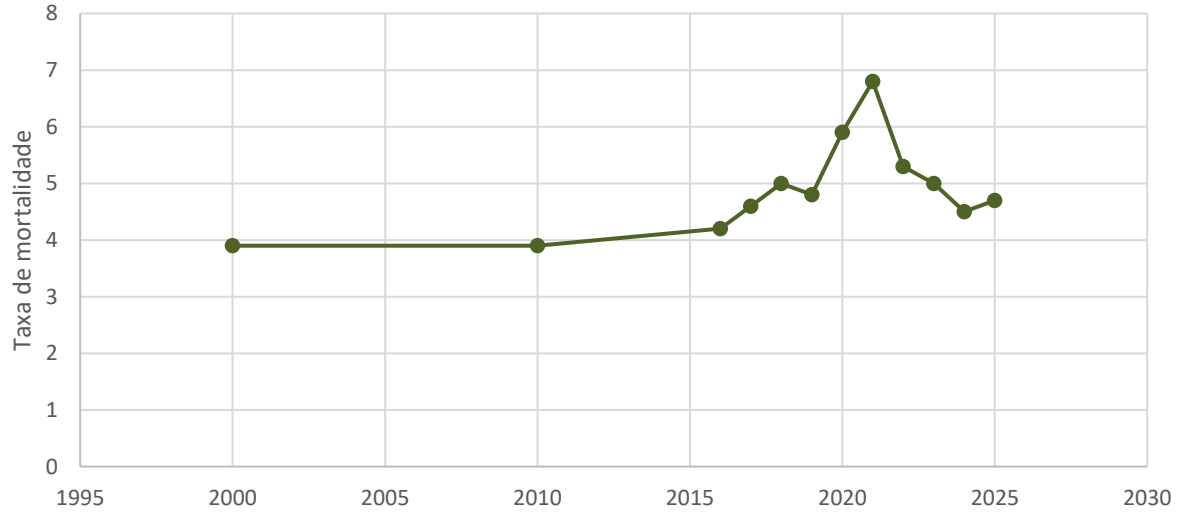
Tabela 2. Número de óbitos e taxa geral de mortalidade (por 1.000 habitantes), de residentes em Roraima, 2000, 2010, 2016 a 2025

Ano	População*	Nº de Óbitos	Taxa geral de mortalidade
2000	324.397	1.265	3,9
2010	450.479	1.517	3,9
2016	548.233	2.293	4,2
2017	564.013	2.595	4,6
2018	587.497	2.930	5,0
2019	618.125	2.987	4,8
2020	640.975	3.770	5,9
2021	654.972	4.463	6,8
2022	636.707	3.391	5,3
2023	695.270	3.475	5,0
2024	716.793	3.208	4,5
2025	738.772	3.507	4,7

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*DATASUS/MS. Disponível em: ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/.

A taxa geral de mortalidade em 2025 foi de 4,7 óbitos por mil habitantes. Essa taxa de 4,7 por mil habitantes indica o retorno a um patamar padrão ou abaixo da média histórica (Tabela 2 e Figura 1). A redução na taxa de mortalidade pode estar refletindo uma tendência positiva na saúde pública do estado, entretanto, uma taxa de mortalidade geral menor que 5 óbitos por 1.000 habitantes pode estar sugerindo 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, 2010, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Desde 2021, quando o estado alcançou a taxa de 6,8 por mil habitantes, maior dos últimos anos, está em queda acentuada – a redução de 6,8 para 4,7 em apenas quatro anos é uma mudança demográfica muito rápida. Em condições normais, as taxas de mortalidade flutuam de forma lenta (décimas por ano) –. O dado aponta para uma recomposição demográfica no estado após os anos críticos da pandemia. O índice de 6,8 óbitos por mil habitantes em 2021 reflete o ápice da crise sanitária global e local,

que sobrecarregou a infraestrutura de saúde e inflou os indicadores de mortalidade naquele período.

A taxa bruta de mortalidade do Brasil gira em torno de 6,9 a 7,1 óbitos por mil habitantes a partir do ano de 2023, de acordo com os dados consolidados pelo IBGE e análises demográficas recentes (IBGE, 2024). O patamar reflete o cenário pós-pandemia e a tendência de envelhecimento populacional do país, mantendo-se nessa média histórica nos anos subsequentes, incluindo 2024 e 2025.

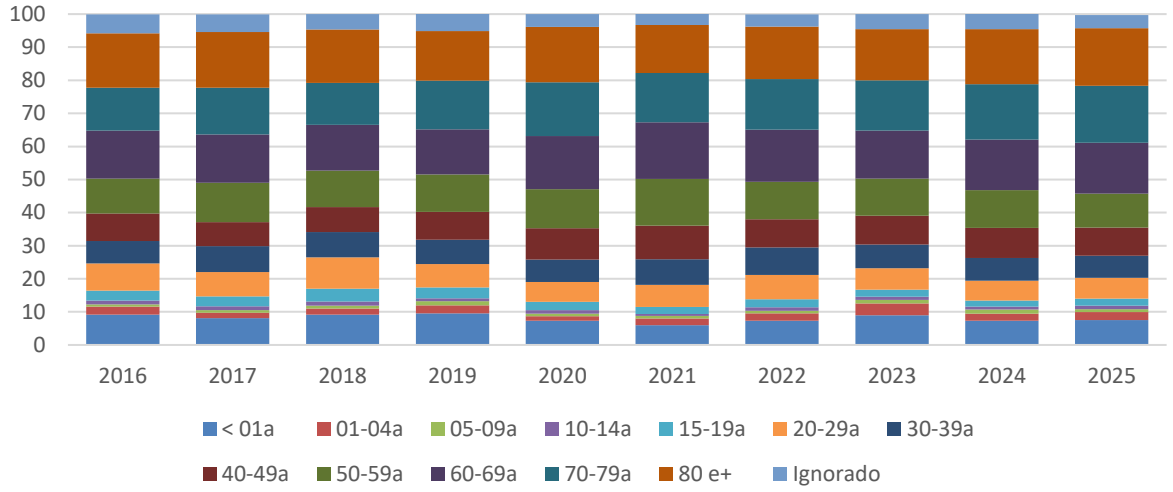
4.2 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

A série histórica entre 2016 e 2025, traz os grandes eventos locais como a crise migratória venezuelana a partir de 2017–2018 (o estado recebeu centenas de milhares de imigrantes jovens na última década, a população total aumentou muito rápido. Isso faz com que algumas taxas pareçam menores em anos recentes, como a queda de 20-29 anos para 6,3% em 2025, mesmo que o número absoluto de mortes possa ter continuado alto); a pandemia de Covid-19 (as faixas de 50-59 anos, saltando de 11,8% para 14%, e 60-69 anos, de 13,7% para 17,1% em 2021, registraram os maiores picos de suas respectivas séries históricas. Isso evidencia o impacto direto da pandemia nas populações de maior vulnerabilidade biológica); e a crise Yanomami em 2021 (a Terra Indígena Yanomami enfrentou um colapso humanitário e sanitário impulsionada pela explosão do garimpo ilegal, a crise atingiu severamente a infância, registrando estimativas trágicas de até 133 mortes infantis para cada mil nascidos vivos e 10,7 óbitos para cada mil habitantes (G1, 2023). O avanço do garimpo destruiu os rios com mercúrio e criou focos de água parada, desencadeando um ciclo devastador de surtos de malária, pneumonia e desnutrição grave. Diante do abandono de postos de saúde na floresta por falta de segurança, o sistema de saúde colapsou, transformando o ano de 2021 em um dos episódios mais letais da história recente da região (Oliveira; Hisayasu, 2021) desconfigurando os padrões tradicionais de mortalidade do estado (Tabela 3).

Nesse período, observa-se o avanço na saúde dos mais jovens e o desafio com o envelhecimento da população. O estado conseguiu reduzir proporcionalmente as mortes de bebês e jovens, além de melhorar a qualidade de seus registros de saúde. Por outro lado, metade de todos os óbitos agora se concentra em pessoas acima de 60

anos, com um salto expressivo na faixa dos 70 anos. Isso mostra que as políticas públicas locais precisam, urgentemente, focar no tratamento de doenças crônicas e na assistência à terceira idade (Figura 2).

Figura 2. Percentual de óbitos por faixa etária, de residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A comparação do perfil de mortalidade entre os anos de 2016 e 2025 revela uma clara transição demográfica, marcada pelo envelhecimento da população e pelo aumento expressivo do volume total de óbitos, que saltou de 2.293 para 3.507 ocorrências. Proporcionalmente, o estado registrou avanços na saúde pública e na segurança, evidenciados pela redução na participação de óbitos de menores de um ano (de 9,2% para 7,5%), de jovens de 20 a 29 anos (de 8,2% para 6,3%) e na melhoria das notificações oficiais (dados ignorados caíram de 5,7% para 4,0%). Em contrapartida, houve uma forte concentração da mortalidade na população idosa, com destaque absoluto para a faixa etária de 70 a 79 anos, cuja representatividade no total de mortes cresceu de 13,0% para 17,2%, consolidando a necessidade de direcionar políticas públicas para a atenção de média e alta complexidade na terceira idade.

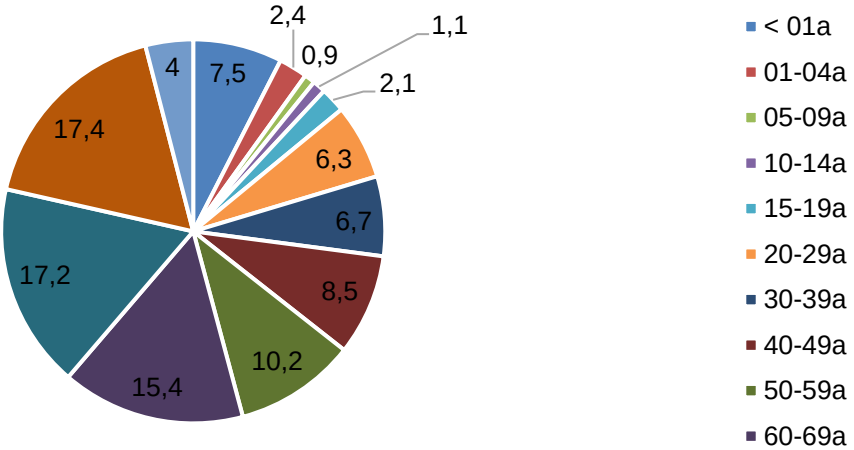
Tabela 3. Variação no percentual de óbitos por faixa etária, de residentes em Roraima, entre 2016 e 2025

Faixa Etária	% em 2016	% em 2025	Variação real (Pontos percentuais)	Tendência proporcional
< 01 ano	9,2%	7,5%	-1,7%	Queda na proporção
01 a 04	2,4%	2,4%	0,0%	Estável
05 a 09	0,7%	0,9%	+0,2%	Leve aumento
10 a 14	1,1%	1,1%	0,0%	Estável
15 a 19	3,0%	2,1%	-0,9%	Queda na proporção
20 a 29	8,2%	6,3%	-1,9%	Queda na proporção
30 a 39	6,8%	6,7%	-0,1%	Praticamente estável
40 a 49	8,3%	8,5%	+0,2%	Leve aumento
50 a 59	10,6%	10,2%	-0,4%	Leve queda
60 a 69	14,5%	15,4%	+0,9%	Aumento
70 a 79	13,0%	17,2%	+4,2%	Grande aumento
80 e +	16,4%	17,4%	+1,0%	Aumento
Ignorado	5,7%	4,0%	-1,7%	Melhoria nos dados
Total	2.293	3.507	+1.214 óbitos no total	Crescimento geral

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Em 2025, a distribuição etária da mortalidade evidencia dois polos de maior vulnerabilidade. De um lado, a mortalidade no primeiro ano de vida (< 01 ano) atinge o patamar de 7,5%, demandando atenção para as políticas de saúde neonatal. Do outro lado, observa-se o desgaste biológico natural nas faixas seniores, onde a população com 80 anos ou mais concentra o maior índice registrado, de 17,4% (Figura 3).

Figura 3. Percentual de óbitos por faixa etária, de residentes em Roraima, 2025

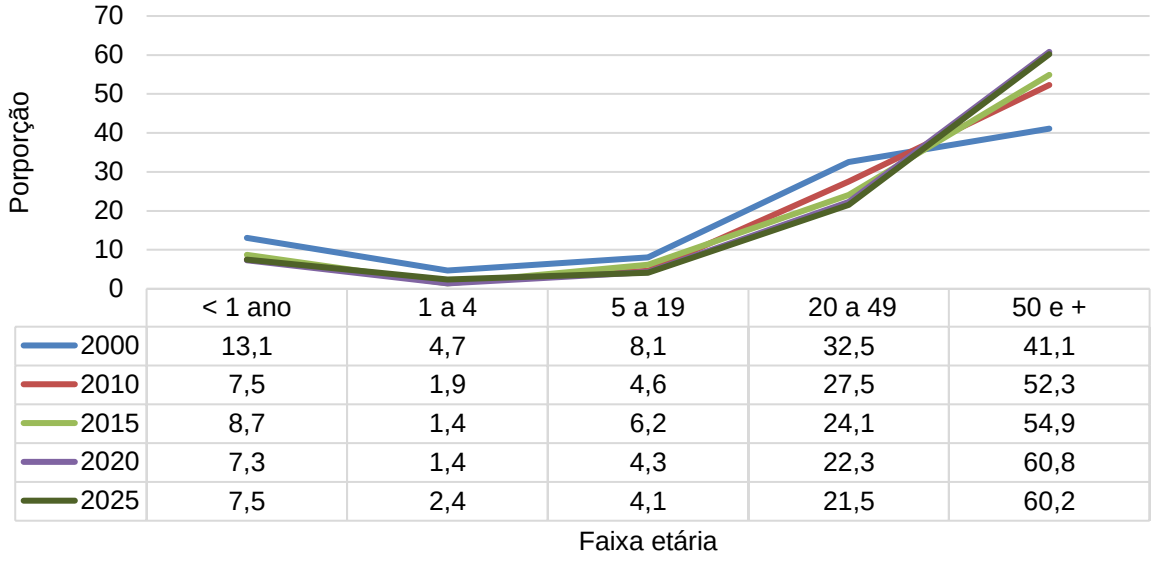


Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O cenário apresentado na Figura 4 aponta para uma transição epidemiológica,

caracterizada pela concentração dos óbitos nas idades mais avançadas. Houve uma redução expressiva na mortalidade infantil e infanto-juvenil (menores de 19 anos), com destaque para a faixa de menor de 1 ano, que caiu de 13,1% para 7,5%. O grupo de adultos jovens (20 a 49 anos) também registrou recuo constante, diminuindo de 32,5% para 21,5% do total de óbitos. Em contrapartida, a mortalidade concentrou-se de forma majoritária na população idosa. O segmento de 50 anos ou mais saltou de 41,1% para expressivos 60,2% do total (Tabela 4). Esse comportamento reflete o aumento da expectativa de vida, indicando que as pessoas estão falecendo mais tarde e que as políticas de saúde pública conseguiram reduzir o peso das mortes precoces ao longo das últimas décadas.

Figura 4. Curva de mortalidade proporcional (Nélson de Moraes), de residentes em Roraima, 2000, 2010, 2015, 2020 e 2025



	< 1 ano	1 a 4	5 a 19	20 a 49	50 e +
2000	13,1	4,7	8,1	32,5	41,1
2010	7,5	1,9	4,6	27,5	52,3
2015	8,7	1,4	6,2	24,1	54,9
2020	7,3	1,4	4,3	22,3	60,8
2025	7,5	2,4	4,1	21,5	60,2

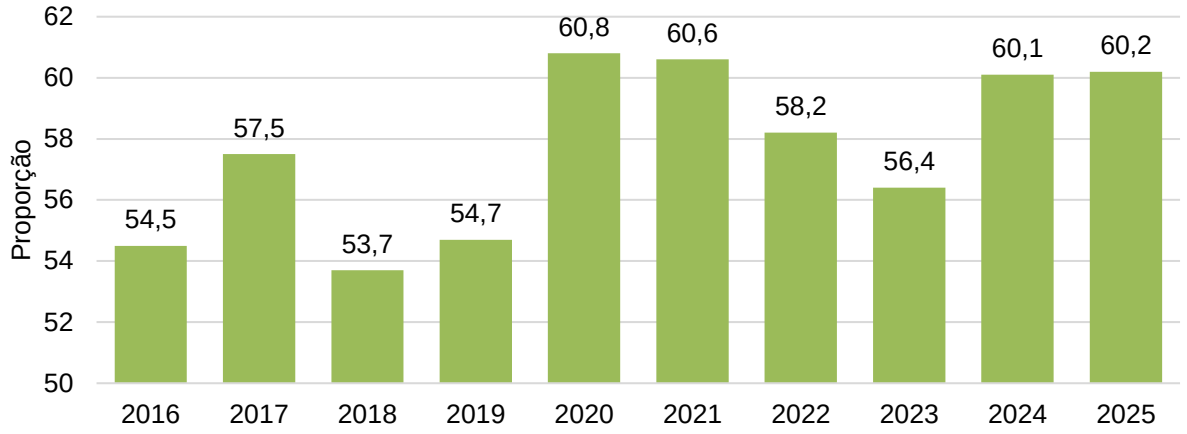
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Tabela 4. Número e percentual de óbitos por faixa etária, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Faixa etária	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 01	212	9,2	210	8,1	270	9,2	287	9,6	275	7,3	269	6,0	249	7,3	313	9,0	233	7,3	264	7,5
01-04	55	2,4	41	1,6	54	1,8	71	2,4	51	1,4	90	2,0	79	2,3	125	3,6	69	2,2	84	2,4
05-09	17	0,7	22	0,8	26	0,9	35	1,2	31	0,8	34	0,8	24	0,7	36	1,0	37	1,2	33	0,9
10-14	26	1,1	32	1,2	35	1,2	27	0,9	39	1,0	26	0,6	38	1,1	35	1,0	28	0,9	40	1,1
15-19	68	3,0	78	3,0	114	3,9	98	3,3	96	2,5	93	2,1	82	2,4	73	2,1	57	1,8	75	2,1
20-29	188	8,2	190	7,3	278	9,5	212	7,1	225	6,0	298	6,7	252	7,4	225	6,5	193	6,0	222	6,3
30-39	157	6,8	204	7,9	223	7,6	219	7,3	257	6,8	345	7,7	283	8,3	250	7,2	220	6,9	236	6,7
40-49	191	8,3	187	7,2	222	7,6	250	8,4	359	9,5	455	10,2	287	8,5	301	8,7	292	9,1	297	8,5
50-59	242	10,6	308	11,9	323	11,0	339	11,3	446	11,8	631	14,1	382	11,3	390	11,2	365	11,4	359	10,2
60-69	332	14,5	380	14,6	404	13,8	409	13,7	603	16,0	763	17,1	536	15,8	505	14,5	492	15,3	541	15,4
70-79	298	13,0	368	14,2	373	12,7	438	14,7	613	16,3	663	14,9	518	15,3	528	15,2	536	16,7	604	17,2
80 e+	376	16,4	437	16,8	474	16,2	448	15,0	628	16,7	645	14,5	536	15,8	538	15,5	537	16,7	610	17,4
Ignorado	131	5,7	138	5,3	134	4,6	154	5,2	147	3,9	151	3,4	125	3,7	156	4,5	149	4,6	142	4,0
Total	2.293	100,0	2.595	100,0	2.930	100,0	2.987	100,0	3.770	100,0	4.463	100,0	3.391	100,0	3.475	100,0	3.208	100,0	3.507	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Figura 5. Indicador *Swaroop-Uemura* (50 anos e mais), de residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O indicador *Swaroop-Uemura* mede a mortalidade proporcional entre os maiores de 50 anos de idade. Em Roraima, nos últimos 10 anos esse indicador teve um aumento de cerca de 10%. Entre 2016 e 2025, apresentou um comportamento oscilatório, mas com uma clara tendência de consolidação em patamares elevados. O período evidencia o impacto direto de eventos sanitários na distribuição dos óbitos no topo da pirâmide etária. Entre 2016 e 2019, o indicador manteve-se estável na casa dos 54%, com uma breve oscilação positiva em 2017 (57,5%). Contudo, nos anos de 2020 e 2021, observa-se o pico da série histórica, com o índice saltando para 60,8% e 60,6%, respectivamente (Figura 5).

Esse aumento expressivo reflete o impacto severo da pandemia de Covid-19, que vitimou majoritariamente a população mais madura e idosa. Após o arrefecimento da crise sanitária, os anos de 2022 e 2023 registraram uma queda gradual, recuando até 56,4%. Essa redução temporária, no entanto, foi revertida no biênio final (2024-2025), quando a mortalidade proporcional desse grupo retornou e se estabilizou no patamar de 60%. Esse movimento final reforça que, superada a flutuação da pandemia, o envelhecimento populacional segue como o principal motor do perfil de mortalidade no país.

O percentual encontrado em Roraima está abaixo do percentual de 70% que equivale a um nível de saúde elevado, característico de países desenvolvidos. No Brasil a participação dos óbitos da população acima de 50 anos de idade está em elevação há cerca de duas décadas (Brasil, 2013).

Os dados da Tabela 5 e Figura 6 evidenciam a coexistência de desafios

históricos de saúde pública, como a mortalidade infantil, o impacto severo de causas externas na população jovem e o reflexo natural do envelhecimento populacional na base da pirâmide de óbitos. No panorama geral, observa-se uma marcada desigualdade de gênero: os homens representam a maioria absoluta das vítimas, correspondendo a 59,1% (2.074 óbitos) do total, enquanto o sexo feminino responde por 40,6% (1.425 óbitos).

Tabela 5. Número e percentual de óbitos por faixa etária e sexo, de residentes em Roraima, 2025

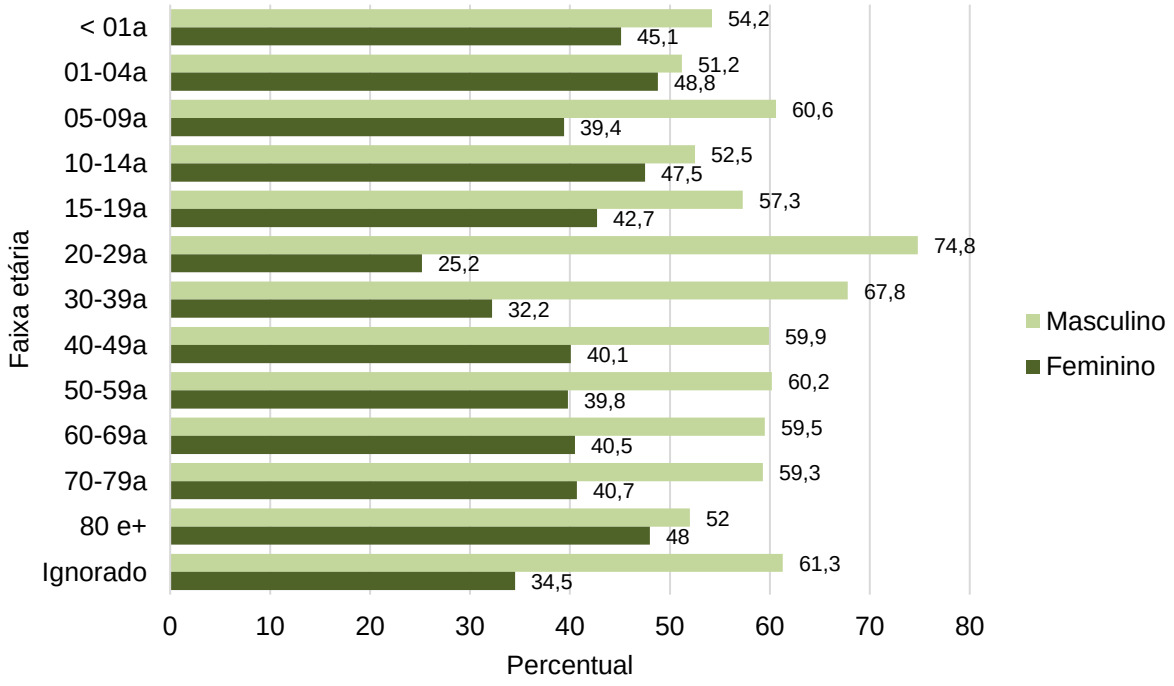
	Masculino		Feminino		Ignorado		
Faixa etária	N	%	N	%	N	%	Total
< 01a	143	54,2	119	45,1	2	0,8	264
01-04a	43	51,2	41	48,8	0	0,0	84
05-09a	20	60,6	13	39,4	0	0,0	33
10-14a	21	52,5	19	47,5	0	0,0	40
15-19a	43	57,3	32	42,7	0	0,0	75
20-29a	166	74,8	56	25,2	0	0,0	222
30-39a	160	67,8	76	32,2	0	0,0	236
40-49a	178	59,9	119	40,1	0	0,0	297
50-59a	216	60,2	143	39,8	0	0,0	359
60-69a	322	59,5	219	40,5	0	0,0	541
70-79a	358	59,3	246	40,7	0	0,0	604
80 e+	317	52,0	293	48,0	0	0,0	610
Ignorado	87	61,3	49	34,5	6	4,2	142
Total	2.074	59,1	1.425	40,6	8	0,2	3.507

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O indicador mais crítico aponta para o fenômeno da sobremortalidade masculina na população jovem e adulta, concentrada principalmente na faixa dos 20 aos 39 anos. No grupo de 20 a 29 anos, o predomínio de óbitos masculinos atinge o ápice de 74,8%, reduzindo ligeiramente para 67,8% na faixa de 30 a 39 anos. Do ponto de vista da saúde pública, essa assimetria epidemiológica é um marcador clássico de óbitos por Causas Externas (como homicídios, acidentes de trânsito e conflitos agrários ou territoriais).

Outro ponto de extrema vulnerabilidade social e sanitária reside na faixa etária menor de 1 ano, que registrou um volume expressivo de 264 óbitos. Este número é alarmante, pois supera o somatório de todas as mortes ocorridas entre as crianças e adolescentes de 1 a 19 anos combinado (232 óbitos). A alta concentração de óbitos no primeiro ano de vida funciona como um indicador sentinela, sinalizando gargalos na rede de assistência ao pré-natal, falhas na cobertura vacinal, dificuldades no acompanhamento do parto e vulnerabilidades socioeconômicas que afetam diretamente as populações mais expostas do estado, incluindo comunidades indígenas e migrantes.

Figura 6. Percentual de óbitos por faixa etária e sexo, de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Em contrapartida, o maior volume absoluto de mortes se concentra a partir dos

60 anos, culminando em 604 óbitos na faixa de 70 a 79 anos e 610 óbitos no grupo de 80 anos ou mais. Esse comportamento reflete a transição demográfica e epidemiológica esperada, onde a maior parte da população falece em decorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como patologias cardiovasculares, neoplasias e complicações metabólicas. Interessantemente, nesta fase avançada da vida, a proporção entre os sexos atinge o equilíbrio (52% de homens e 48% de mulheres no grupo de 80 anos ou mais), uma vez que geralmente o impacto das causas externas sobre o sexo masculino cessa nas idades avançadas.

Por fim, o sistema de vigilância epidemiológica estadual demonstra necessidade de fortalecimento na captação e qualidade de dados, já que 142 registros (4% do total) foram classificados com a idade "Ignorada". A falta de preenchimento adequado de variáveis básicas como idade e sexo na Declaração de Óbito compromete o planejamento preciso de políticas públicas e aponta para a existência de óbitos de indivíduos sem identificação civil ou fragilidades na busca ativa do SIM em regiões isoladas do estado.

4.2.1 Causas de mortalidade em menores de 1 ano

Entre os menores de 1 ano ocorreram 264 óbitos em 2025. Mais da metade de todas as mortes (52,7%) decorre de apenas dois grupos de causas: as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas. Esse padrão exige um olhar atento da vigilância epidemiológica, pois evidencia um predomínio de causas consideradas, em sua maioria, evitáveis por meio de intervenções eficientes na rede de saúde pública (Tabela 6).

A principal causa de mortalidade infantil no estado corresponde às afecções originadas no período perinatal, responsáveis por 36,4% (96 óbitos) do total. Este grupo engloba condições como a prematuridade, a síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido e a asfixia ao nascer. Na literatura de saúde pública, a alta prevalência deste indicador está diretamente correlacionada a falhas na cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como a deficiências no suporte tecnológico e assistencial durante o parto e no ambiente de terapia intensiva neonatal.

Em segundo lugar, figuram as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, com 16,3% (43 óbitos). Embora muitas dessas anomalias

possuam etiologia complexa e difícil prevenção, o diagnóstico precoce por meio de exames de imagem no pré-natal é decisivo para o planejamento de partos em centros de referência, aumentando as chances de sobrevida do neonato.

O segundo bloco de maior impacto na mortalidade infantil reflete as condições socioeconômicas e ambientais da região. As doenças do aparelho respiratório representam 13,3% (35 óbitos), frequentemente associadas a quadros de pneumonia e bronquiolite. Logo em seguida, empatadas com 11,7% (31 óbitos cada), surgem as doenças infecciosas e parasitárias e as causas externas de morbidade e mortalidade.
O peso expressivo de mortes por doenças infecciosas e respiratórias em menores de um ano é um forte indicativo de vulnerabilidade social, apontando para desafios no saneamento básico, na nutrição infantil, na habitação e no acesso oportuno à atenção primária à saúde. Já a presença marcante de causas externas (como sufocamentos acidentais, engasgos, acidentes de trânsito ou violência) nesta faixa etária acende um alerta sobre a necessidade de ações educativas direcionadas aos cuidadores e de proteção social no ambiente doméstico.

Tabela 6. Número e percentual de óbitos em menores de 1 ano segundo o grupo de causas (Capítulo da CID 10), de residentes em Roraima, 2025

Causa (Capítulos da CID10)	N	%
Algumas afec originadas no período perinatal	96	36,4
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	43	16,3
Doenças do aparelho respiratório	35	13,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	11,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	31	11,7
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	12	4,5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	2,7
Doenças do aparelho circulatório	3	1,1
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	0,8
Doenças do sistema nervoso	2	0,8
Doenças do aparelho digestivo	1	0,4
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,4
Total	264	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Os sintomas, sinais e achados anormais (4,5% / 12 óbitos) representam óbitos cuja causa básica não pôde ser precisamente identificada pelo sistema de saúde (mortes mal definidas), o que também sinaliza gargalos na investigação de óbitos

domiciliares ou de trâmite rápido. As demais causas listadas (como doenças endócrinas, circulatórias, do sistema nervoso, digestivo e geniturinário) apresentam participações residuais, somando juntas menos de 7% do total, o que é esperado para este grupo etário.

Em suma, o perfil de mortalidade infantil no estado reforça que a redução desses índices depende primordialmente do fortalecimento de políticas públicas estruturadas em três eixos: o acompanhamento rigoroso e qualificado das gestantes (foco no perinatal), a ampliação do acesso à atenção básica de saúde nos municípios e áreas isoladas (foco em infecciosas e respiratórias) e o suporte social e econômico às famílias em situação de extrema vulnerabilidade, incluindo populações migrantes e indígenas locais.

As afecções perinatais lideram de forma isolada com 36,4% (96 óbitos), impulsionadas principalmente por “transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal” (17,4%). As malformações congênitas aparecem em seguida com 16,3% (43 óbitos), com destaque para as “anomalias do aparelho circulatório” (9,1%). Juntos, esses grupos revelam a necessidade crítica de aprimorar a qualidade do pré-natal e a infraestrutura das UTIs neonatais (Tabela 7).

O impacto das doenças do aparelho respiratório é severo, respondendo por 13,3% (35 óbitos), sendo a pneumonia isolada a responsável por 7,2% do total. As doenças infecciosas e parasitárias somam 11,7% (31 óbitos), com destaque para as doenças infecciosas intestinais (4,9%, incluindo diarreias e gastroenterites) e septicemias (1,5%). Esse bloco reflete diretamente a vulnerabilidade sanitária, nutricional e de acesso rápido à atenção primária de saúde.

Registrando 31 óbitos (11,7% do total), as causas externas é um indicador que acende um grave alerta social. A grande maioria dessas mortes foi classificada como agressões (23 óbitos), um número atipicamente elevado para a primeira infância que expõe o contexto de extrema violência e vulnerabilidade doméstica e humanitária no estado.

Os óbitos por “sintomas e achados anormais não classificados” somam 4,5% (12 óbitos), evidenciando falhas na investigação diagnóstica pós-óbito. Já as doenças endócrinas e nutricionais representam 2,7% (7 óbitos), com a desnutrição respondendo diretamente por 1,5% das perdas. As demais patologias (cardíacas, renais, neurológicas e digestivas) apresentam caráter residual.

Tabela 7. Número e percentual de óbitos em menores de 1 ano segundo a causa básica (CID10), de residentes em Roraima, 2025

Causa (CID10 BR)	N	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	31	11,7
Doenças Infecciosas intestinais	13	4,9
Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	4	1,5
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	2	0,8
Tuberculose	3	1,1
Tuberculose respiratoria	2	0,8
Outras tuberculoses	1	0,4
Outras Doenças bacterianas	9	3,4
Coqueluche	2	0,8
Septicemia	4	1,5
Infeccoes com transm predominant sexual	3	1,1
Doencas virais	2	0,8
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	1	0,4
Hepatite viral	1	0,4
Helmintiases	2	0,8
Restante de Helmintíases	2	0,8
Restante de algumas doenc infecc e parasit	2	0,8
D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	2	0,8
Anemias	1	0,4
Rest d sangue, org hemat e alg transt imuni	1	0,4
D Endocrinas, Nutricionais e Metabolicas	7	2,7
Desnutricao	4	1,5
Rest doencas endocr, nutricion e metabol	3	1,1
Doenças do Sistema Nervoso	2	0,8
Restante das doenças do Sistema Nervoso	2	0,8
Doenças do Aparelho Circulatorio	3	1,1
Outras doenças cardíacas	3	1,1
Doenças do Aparelho Respiratório	35	13,3
Influenza (Gripe)	3	1,1
Pneumonia	19	7,2
Out infec agudas das vias aereas inferiores	9	3,4
Bronquiolite	7	2,7
Restante doencas do aparelho respiratório	4	1,5
Doenças do Aparelho Digestivo	1	0,4
Ulcera gastrica, duodenal e peptica	1	0,4
Doenças do Aparelho Geniturinário	1	0,4
Insuficiência renal	1	0,4
Alg Afecções origin no período perinatal	96	36,4
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	16	6,1
Transt relac duracao gestacao e cresc fetal	7	2,7
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	46	17,4

Rest afec originadas no periodo perinatal	27	10,2
Malf Congen, Deform e Anomal Cromossomicas	43	16,3
Malformações congenitas do Sistema Nervoso	4	1,5
Malf congênitas do aparelho circulatorio	24	9,1
Rest de malf cong, deform e anomal cromoss	15	5,7
Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	12	4,5
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	12	4,5
Causas externas de morbidade e mortalidade	31	11,7
Agressões	23	8,7
Demais causas externas	8	3,0
Total	264	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.2.2 Causas de mortalidade na faixa etária de 1 a 9 anos

Na faixa etária de 1 a 9 anos ocorreram 117 óbitos em 2025, e essa mortalidade está concentrada na faixa da primeira infância (1 a 4 anos, com 71,8% dos óbitos) e é liderada por causas evitáveis e acidentais. As causas externas lideram o *ranking* com 24 óbitos (20,5%), apresentando forte incidência tanto de 1-4 anos (14) quanto de 5-9 anos (10). Esse dado aponta para o impacto severo de acidentes, violência ou traumas nessa faixa etária. somadas, as doenças do aparelho respiratório (18,8% / 22 óbitos) e doenças infecciosas e parasitárias (16,2% / 19 óbitos) representam mais de um terço das mortes. Ambas mostram uma concentração esmagadora no grupo de 1 a 4 anos (35 dos 41 óbitos), evidenciando a alta vulnerabilidade imunológica e sanitária das crianças menores. As doenças do sistema nervoso respondem por 10,3% (12 óbitos). já as neoplasias (tumores), as doenças endócrinas/nutricionais (incluindo desnutrição) e as malformações congênitas aparecem empatadas com 6,8% cada (8 óbitos por causa). Os sintomas mal definidos (5,1%) e as demais patologias (aparelho circulatório, digestivo, geniturinário e outras) somam juntas os 12 óbitos restantes da Tabela 8.

Os dados da Tabela 9 revelam que 71,8% dos óbitos (84) concentram-se na primeira infância (1 a 4 anos) e são fortemente marcados por causas externas acidentais e doenças respiratórias agudas. O grupo lidera a mortalidade na infância com 24 óbitos. O principal vilão isolado são os afogamentos e submersões acidentais, responsáveis por 11,1% do total de mortes (13 óbitos), afetando gravemente ambas as faixas etárias. As agressões respondem por 3,4% (4 óbitos).

Tabela 8. 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, 2025

Causa (Cap CID10)	01-04a	05-09a	Total	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	14	10	24	20,5
Doenças do aparelho respiratório	19	3	22	18,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	3	19	16,2
Doenças do sistema nervoso	7	5	12	10,3
Neoplasias (tumores)	4	4	8	6,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	1	8	6,8
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	1	8	6,8
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	2	6	5,1
Doenças do aparelho circulatório	2	1	3	2,6
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	2	1,7
Doenças do aparelho digestivo	1	1	2	1,7
Doenças do aparelho geniturinário	1	1	2	1,7
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	1	0,9
Total	84	33	117	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As doenças respiratórias somam 22 mortes, sendo a pneumonia isolada a maior causa de óbito clínico com 17,9% do total geral (21 óbitos). Dessas mortes por pneumonia, 18 ocorreram no grupo de 1 a 4 anos, indicando alta vulnerabilidade a infecções respiratórias graves. Registrando 19 óbitos, o grupo é impulsionado pelas Doenças Infecciosas Intestinais (8,5% / 10 óbitos). Também há registros críticos na região, como casos de malária (1), leishmaniose (1) e helmintíases (3). Das 8 mortes por causas endócrinas e metabólicas, 6 foram provocadas diretamente pela desnutrição (5,1%), com quase a totalidade dos casos (5 óbitos) concentrada na faixa de 1 a 4 anos, servindo como um forte indicador de vulnerabilidade social e insegurança alimentar.

As doenças do sistema nervoso somam 10,3% (12 óbitos), com registro de 2 mortes por meningite. as neoplasias (6,8% / 8 óbitos) destacam-se por tumores no sistema nervoso central (3) e leucemias (2). As malformações congênitas respondem por 6,8% (8 óbitos), metade delas no aparelho circulatório (4). Os sintomas mal definidos (5,1%) e as demais patologias somadas (sistemas circulatório, digestivo, geniturinário, sangue e ouvido) respondem pelos 16 óbitos restantes.

Tabela 9. 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 (CID10 BR)	01-04a	05-09a	Total	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	16	3	19	16,2
Doenças Infecciosas intestinais	8	2	10	8,5
Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	2	0	2	1,7
Tuberculose	1	0	1	0,9
Tuberculose respiratória	1	0	1	0,9
Outras Doenças bacterianas	0	1	1	0,9
Septicemia	0	1	1	0,9
Doenças devidas a Protozoários	2	0	2	1,7
Malária	1	0	1	0,9
Leishmaniose	1	0	1	0,9
Helmintíases	3	0	3	2,6
Restante de Helmintíases	3	0	3	2,6
Restante de algumas doenc infecc e parasit	2	0	2	1,7
Neoplasias	4	4	8	6,8
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	1	2	3	2,6
Leucemia	2	0	2	1,7
Restante de neoplasias malignas	1	2	3	2,6
Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	1	1	2	1,7
Anemias	0	1	1	0,9
Rest d sangue, org hemat e alg transt imuni	1	0	1	0,9
D Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	7	1	8	6,8
Desnutricao	5	1	6	5,1
Rest doencas endocr, nutricion e metabol	2	0	2	1,7
Doenças do Sistema Nervoso	7	5	12	10,3
Meningite	2	0	2	1,7
Epilepsia	1	0	1	0,9
Restante das doenças do Sistema Nervoso	4	5	9	7,7
Doenças do Ouvido e da Apofise Mastoide	1	0	1	0,9
Doenças do Aparelho Circulatorio	2	1	3	2,6
Febre reumat aguda e doen reum cron coracao	0	1	1	0,9
Outras doenças cardíacas	1	0	1	0,9
Doenças cerebrovasculares	1	0	1	0,9
Doenças do Aparelho Respiratório	19	3	22	18,8
Pneumonia	18	3	21	17,9
Restante doenças do aparelho respiratório	1	0	1	0,9
Doenças do Aparelho Digestivo	1	1	2	1,7
Rest doenças do aparelho digestivo	1	1	2	1,7
Doenças do Aparelho Geniturinário	1	1	2	1,7
D glomerulares e d renais tubulo-interstic	1	0	1	0,9
Insuficiência renal	0	1	1	0,9
Malf Congen, Deform e Anomal Cromossômicas	7	1	8	6,8

Malf congenitas do aparelho circulatorio	3	1	4	3,4
Rest de malf cong, deform e anomal cromoss	4	0	4	3,4
Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	4	2	6	5,1
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	4	2	6	5,1
Causas externas de morbidade e mortalidade	14	10	24	20,5
Acidentes de transporte	2	0	2	1,7
Afogamento e submersões acidentais	8	5	13	11,1
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	2	1	3	2,6
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0	1	1	0,9
Agressões	2	2	4	3,4
Demais causas externas	0	1	1	0,9
Total	84	33	117	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.2.3 Causas de mortalidade na faixa etária de 10 a 19 anos

Na faixa etária de 10 a 19 anos ocorreram 115 óbitos em 2025. Os dados revelam uma transição radical no perfil epidemiológico: as causas clínicas (doenças) recuam e o cenário passa a ser amplamente dominado por fatores sociais e ambientais, com 65,2% dos óbitos (75) concentrados na transição para a idade adulta (15 a 19 anos). As causas externas (violência, acidentes e traumas) lideram o ranking de forma esmagadora com 69 óbitos. O impacto é severo na adolescência tardia: o grupo de 15 a 19 anos concentra 78,2% dessas mortes (54 óbitos). Esse dado consolida a violência urbana/territorial e os acidentes de trânsito como a principal ameaça à vida dos jovens roraimenses (Tabela 10).

As neoplasias aparecem como a segunda maior causa geral, acumulando 10 óbitos. Diferente das causas externas, o impacto maior ocorre entre os 10 e 14 anos (7 óbitos), mostrando a relevância do câncer infantojuvenil nessa etapa do desenvolvimento. As doenças do aparelho respiratório respondem por 7,0% (8 óbitos), com maior frequência no grupo de 15 a 19 anos. Já as doenças do sistema nervoso representam 5,2% (6 óbitos), com forte concentração nos adolescentes de 10 a 14 anos (5). Embora com registro residual em números absolutos, há 1 óbito por gravidez, parto e puerpério (0,9%) na faixa de 10 a 14 anos, um indicador crítico que sinaliza as graves consequências da gestação na adolescência precoce no estado. Os sintomas mal definidos (4,3%) e as demais patologias somadas (sistemas circulatório, endócrino, infecciosas, sangue, osteomuscular, pele e digestivo) respondem pelas 16 mortes restantes.

Tabela 10. 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, 2025

Causa (Cap CID10)	10-14a	15-19a	Total	%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15	54	69	60,0
II. Neoplasias (tumores)	7	3	10	8,7
X. Doenças do aparelho respiratório	2	6	8	7,0
VI. Doenças do sistema nervoso	5	1	6	5,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	3	2	5	4,3
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	1	5	4,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	2	3	2,6
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	2	2	1,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	2	1,7
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	1	2	1,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	1	1	0,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	1	0,9
XV. Gravidez parto e puerpério	1	0	1	0,9
Total	40	75	115	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O detalhamento das causas básicas confirma o predomínio absoluto das causas não naturais entre os adolescentes roraimenses, com destaque para a alarmante prevalência de sofrimento mental e violência urbana na faixa de 15 a 19 anos (responsável por 65,2% do total de óbitos) (Tabela 11). Das 69 mortes por causas externas, a imensa maioria se concentra em três subgrupos letais, afetando drasticamente os adolescentes mais velhos: Lesões autoprovocadas voluntariamente (Suicídio) que é a maior causa isolada de morte em toda a tabela, respondendo por 18,3% do total geral (21 óbitos), com 17 casos concentrados entre os 15 e 19 anos. Esse dado acende um alerta máximo para a necessidade de políticas de saúde mental voltadas à juventude no estado; Acidentes de transporte que representam 15,7% (18 óbitos), sendo 15 deles na faixa de 15 a 19 anos, refletindo a alta vulnerabilidade associada ao trânsito; e as agressões (Homicídios) que respondem por 14,8% (17 óbitos), distribuídos de forma alarmante também entre os mais jovens (4 casos de 10 a 14 anos e 13 casos de 15 a 19 anos).

As neoplasias (8,7% / 10 óbitos) são a principal causa clínica e têm maior peso entre os 10 e 14 anos (7 óbitos), lideradas por tumores no sistema nervoso central (3) e leucemias (2). As doenças do sistema nervoso somam 5,2% (6 óbitos), concentradas quase totalmente na faixa de 10 a 14 anos (5 óbitos, incluindo 2 casos de epilepsia). O

grupo respiratório responde por 7,0% (8 óbitos), impulsionado pela pneumonia (5,2% / 6 óbitos) e o grupo circulatório soma 4,3% (5 óbitos), onde as doenças cerebrovasculares (AVCs) registram 3 casos.

O registro de um óbito por causas obstétricas diretas na faixa de 10 a 14 anos aponta para o extremo risco da gravidez na infância e adolescência precoce. Sintomas mal definidos somam 4,3% (5 óbitos) e as demais doenças clínicas da tabela aparecem com dados residuais.

Tabela 11. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2025

Causa (CID10 BR)	10-14a	15-19a	Total	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	0	2	2	1,7
Outras Doenças bacterianas	0	1	1	0,9
Septicemia	0	1	1	0,9
Doenças virais	0	1	1	0,9
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	0	1	1	0,9
Neoplasias	7	3	10	8,7
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	2	1	3	2,6
Linfoma nao-Hodgkin	1	0	1	0,9
Leucemia	1	1	2	1,7
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	0	1	1	0,9
Restante de neoplasias malignas	3	0	3	2,6
D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	1	1	2	1,7
Rest d sangue, org hemat e alg transt imuni	1	1	2	1,7
D Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	1	2	3	2,6
Desnutrição	0	1	1	0,9
Rest doenças endocr, nutricion e metabol	1	1	2	1,7
Doenças do Sistema Nervoso	5	1	6	5,2
Epilepsia	2	0	2	1,7
Restante das doenças do Sistema Nervoso	3	1	4	3,5
Doenças do Aparelho Circulatório	3	2	5	4,3
Outras doenças cardíacas	1	1	2	1,7
Doenças cerebrovasculares	2	1	3	2,6
Doenças do Aparelho Respiratório	2	6	8	7,0
Influenza (Gripe)	0	1	1	0,9
Pneumonia	2	4	6	5,2
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	0	1	1	0,9
Doenças do Aparelho Digestivo	0	1	1	0,9
Rest doenças do aparelho digestivo	0	1	1	0,9
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	0	1	1	0,9
Doenças Sist Osteomusc e Tecido Conjuntivo	1	1	2	1,7

Gravidez, Parto e Puerpério	1	0	1	0,9
Outras mortes obstetricas diretas	1	0	1	0,9
Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	4	1	5	4,3
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	4	1	5	4,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	15	54	69	60,0
Acidentes de transporte	3	15	18	15,7
Quedas	1	0	1	0,9
Afogamento e submersões acidentais	1	2	3	2,6
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	17	21	18,3
Agressões	4	13	17	14,8
Eventos(fatos) cuja intencao e indetermin	0	4	4	3,5
Demais causas externas	2	3	5	4,3
Total	40	75	115	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.2.4 Causas de mortalidade na faixa etária de 20 a 29 anos

Na faixa etária de 20 a 29 anos ocorreram 222 óbitos em 2025 (Tabela 12). Nesta faixa etária, observa-se o ápice da transição epidemiológica para causas não naturais. A mortalidade de jovens adultos é massivamente governada por fatores socioambientais e de violência, restando pouca expressividade para as causas clínicas tradicionais. As causas externas (violência, acidentes e traumas) dominam de forma avassaladora, respondendo por 155 dos 222 óbitos. Sete em cada 10 jovens que morrem perdem a vida por causas não naturais, consolidando esta como a maior crise de segurança e saúde pública para a juventude do estado.

As neoplasias aparecem como a principal causa clínica nesta faixa, registrando 14 óbitos (6,3%), seguidas de perto por doenças infecciosas e parasitárias, com 12 óbitos (5,4%). O registro de 6 óbitos por gravidez, parto e puerpério acende um importante alerta epidemiológico. Embora o percentual pareça baixo, para mulheres na idade fértil (20 a 29 anos), essas mortes por causas obstétricas evidenciam a necessidade de fortalecer a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e evitar mortes maternas evitáveis no estado.

As doenças do aparelho circulatório (4,1%), do sistema nervoso (3,2%) e do aparelho respiratório (2,7%) somam juntas 22 óbitos, refletindo o início da manifestação de patologias crônicas ou complicações agudas em adultos jovens. As doenças geniturinárias, digestivas, sintomas mal definidos e demais patologias somadas respondem pelas 13 mortes restantes da base.

Tabela 12. 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, 2025

Causa (Cap CID10)	N	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	155	69,8
Neoplasias (tumores)	14	6,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	5,4
Doenças do aparelho circulatório	9	4,1
Doenças do sistema nervoso	7	3,2
Doenças do aparelho respiratório	6	2,7
Gravidez parto e puerpério	6	2,7
Doenças do aparelho geniturinário	4	1,8
Doenças do aparelho digestivo	3	1,4
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	1,4
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,5
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	0,5
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0,5
Total	222	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O detalhamento das causas básicas consolida a juventude como o grupo mais vulnerável ao impacto da violência e das lesões não naturais, restando às causas clínicas uma participação marginal. Das 155 mortes violentas ou acidentais, três subgrupos específicos desenham a grave crise de segurança e saúde mental que afeta os jovens adultos no estado: Agressões (Homicídios) que é a maior causa isolada de morte em toda a tabela, respondendo por 27,9% do total geral (62 óbitos). Esse dado evidencia o forte impacto da criminalidade e dos conflitos violentos sobre a população na década dos 20 anos; Acidentes de transporte que configuram a segunda maior causa de óbito, com 20,3% (45 mortes), expondo a letalidade do trânsito para os jovens locais; e as lesões autoprovocadas voluntariamente (Suicídio) que se mantém em patamar alarmante com 11,3% (25 óbitos), reforçando a urgência de políticas de prevenção ao suicídio e suporte psicológico continuado após a adolescência. Registram-se ainda 9 afogamentos (4,1%) e 7 mortes com intenção indeterminada (3,2%) (Tabela 13).

As neoplasias (6,3% / 14 óbitos) lideram os óbitos por patologias, impulsionadas pelas Leucemias (3 casos) e tumores no Sistema Nervoso Central (2). O aparelho circulatório registra 9 mortes (4,1%), com destaque para 3 casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) e 3 de doenças cerebrovasculares (AVC) surgindo precocemente

nessa faixa etária. O aparelho respiratório soma 6 óbitos (2,7%, incluindo 2 casos de Asma), enquanto doenças neurológicas (7 óbitos), geniturinárias (4) e digestivas (3).

As doenças infecciosas e parasitárias (5,4% / 12 óbitos) chamam a atenção pelo impacto da tuberculose respiratória (4 óbitos / 1,8%) e de complicações decorrentes do HIV (5 óbitos / 2,3%), duas condições crônicas transmissíveis altamente atreladas à vulnerabilidade social.

Os seis óbitos do capítulo de gravidez, parto e puerpério são desmembrados em 4 mortes obstétricas diretas (decorrentes de complicações na assistência ou no parto) e 2 indiretas. Esse dado indica falhas pontuais que necessitam de intervenção na rede de atenção obstétrica no estado.

Tabela 13. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2025

Causa (CID10 BR)	N	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	12	5,4
Tuberculose	4	1,8
Tuberculose respiratória	4	1,8
Doenças virais	6	2,7
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	5	2,3
Doenças devidas a Protozoários	1	0,5
Leishmaniose	1	0,5
Restante de algumas doenc infecc e parasit	1	0,5
Neoplasias	14	6,3
Neoplasia maligna do esôfago	1	0,5
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	2	0,9
Linfoma nao-Hodgkin	1	0,5
Leucemia	3	1,4
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	1	0,5
Restante de neoplasias malignas	6	2,7
Doenças do Sistema Nervoso	7	3,2
Epilepsia	2	0,9
Restante das doenças do Sistema Nervoso	5	2,3
Doenças do Aparelho Circulatório	9	4,1
Doenças hipertensivas	1	0,5
Doenças isquêmicas do coração	3	1,4
Infarto agudo do miocárdio	3	1,4
Outras doenças cardíacas	2	0,9
Doenças cerebrovasculares	3	1,4
Doenças do Aparelho Respiratório	6	2,7
Pneumonia	3	1,4

Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	2	0,9
Asma	2	0,9
Restante doenças do aparelho respiratório	1	0,5
Doenças do Aparelho Digestivo	3	1,4
Doenças do fígado	2	0,9
Outras doenças do fígado	2	0,9
Rest doenças do aparelho digestivo	1	0,5
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	1	0,5
Doenças Sist Osteomas e Tecido Conjuntivo	1	0,5
Doenças do Aparelho Geniturinário	4	1,8
D glomerulares e das renais tubulo-interstic	1	0,5
Insuficiência renal	2	0,9
Rest doenças do aparelho geniturinário	1	0,5
Gravidez, Parto e Puerpério	6	2,7
Outras mortes obstétricas diretas	4	1,8
Mortes obstétricas indiretas	2	0,9
Malf Congen, Deform e Anomal Cromossômicas	1	0,5
Rest de malf cong, deform e anomal cromoss	1	0,5
Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	3	1,4
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	3	1,4
Causas externas de morbidade e mortalidade	155	69,8
Acidentes de transporte	45	20,3
Afogamento e submersões acidentais	9	4,1
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	1	0,5
Lesoes autoprovocadas voluntariamente	25	11,3
Agressoes	62	27,9
Eventos(fatos) cuja intencao e indetermin	7	3,2
Intervenções legais e operações de guerra	1	0,5
Demais causas externas	5	2,3
Total	222	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.2.5 Causas de mortalidade na faixa etária de 30 a 59 anos

Na faixa etária de 30 a 59 anos ocorreram 892 óbitos em 2025 (Tabela 14). Esta faixa etária marca uma fase de transição epidemiológica crucial. Conforme a idade avança dos 30 para os 59 anos, o peso das causas externas encolhe drasticamente, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis disparam e assumem o protagonismo da mortalidade. Embora ainda liderem o acumulado geral com 266 óbitos, as mortes por causas violentas e acidentais sofrem uma redução acentuada com o avanço da idade. Elas representam a maioria absoluta na faixa de 30 a 39 anos (114

óbitos), mantêm-se elevadas de 40 a 49 anos (104 óbitos), mas despencam para menos da metade de 50 a 59 anos (48 óbitos). Juntos, os tumores e as doenças cardíacas/vasculares somam 319 mortes, consolidando-se como a principal ameaça à vida do adulto maduro: Neoplasias (Tumores) saltam de 33 mortes (30-39 anos) para 82 mortes (50-59 anos), somando 177 óbitos (19,8%); Doenças do Aparelho Circulatório apresentam o crescimento mais agressivo da tabela, multiplicando-se por cinco entre as faixas etárias, saltando de 16 casos na faixa dos 30 anos para 83 mortes na faixa dos 50 anos (142 óbitos no total / 15,9%).

As doenças infecciosas e Parasitárias (7,1% / 63 óbitos) mantêm uma distribuição linear constante nas três faixas etárias, refletindo a persistência de patologias transmissíveis crônicas. As doenças do aparelho digestivo (6,3% / 56 óbitos) e do aparelho respiratório (5,6% / 50 óbitos) também crescem progressivamente, dobrando o número de vítimas no grupo de 50 a 59 anos em comparação às décadas anteriores.

Tabela 14. 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, 2025

Causa (Cap CID10)	30-39a	40-49a	50-59a	Total	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	114	104	48	266	29,8
Neoplasias (tumores)	33	62	82	177	19,8
Doenças do aparelho circulatório	16	43	83	142	15,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	22	25	63	7,1
Doenças do aparelho digestivo	16	13	27	56	6,3
Doenças do aparelho respiratório	7	15	28	50	5,6
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	14	24	42	4,7
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10	13	11	34	3,8
Doenças do aparelho geniturinário	5	4	12	21	2,4
Doenças do sistema nervoso	2	1	7	10	1,1
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	2	1	8	0,9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1	5	8	0,9
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	1	2	5	0,6
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	4	4	0,4
Gravidez parto e puerpério	3	1	0	4	0,4
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	1	0	1	0,1
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0	0	1	0,1
Total	236	297	359	892	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Registram-se quatro óbitos por gravidez, parto e puerpério, concentrados majoritariamente na faixa de 30 a 39 anos (3 casos), evidenciando o risco obstétrico em gestações mais tardias. sintomas mal definidos somam 3,8% (34 óbitos) e as demais condições crônicas (endócrinas, renais, neurológicas) completam os dados.

O detalhamento das causas básicas revela uma forte coexistência entre a violência urbana, o avanço rápido de doenças cardiovasculares crônicas e o impacto de condições metabólicas. As agressões (Homicídios) é a maior causa isolada de morte, acumulando 90 óbitos (10,1%), com forte impacto na faixa de 30-39 anos (44) e 40-49 anos (38). Os acidentes de transporte respondem por 74 mortes (8,3%), atingindo de forma severa a faixa dos 30 anos (32). As lesões autoprovocadas (Suicídio) registram 19 casos, mantendo-se constante entre as três faixas etárias (Tabela 15).

Observa-se uma explosão do IAM e AVC no capítulo das doenças do aparelho circulatório (15,9% / 142 óbitos). Este grupo apresenta o crescimento mais agressivo com a idade. O IAM isolado matou 49 pessoas (5,5%), saltando de 5 casos (30-39 anos) para 30 casos (50-59 anos). As doenças cerebrovasculares seguem o mesmo padrão, somando 32 óbitos (3,6%), com 22 deles concentrados na faixa dos 50 anos. As neoplasias (19,8% / 177 óbitos) distribuem-se por múltiplos sítios, com destaque para a categoria de restante de neoplasias malignas (44 óbitos). O diabetes *mellitus* desponta como uma grande ameaça metabólica, respondendo por 31 óbitos (3,5%), concentrando 18 mortes na faixa de 50-59 anos. Entre as doenças respiratórias e infecciosas (12,7%), a pneumonia lidera o grupo respiratório com 34 óbitos (3,8%), sendo 20 deles na faixa dos 50 anos. No grupo infeccioso, destacam-se as complicações por HIV (21 óbitos / 2,4%) e a tuberculose respiratória (9 óbitos / 1,0%), reforçando o papel das vulnerabilidades sociais na saúde pública local.

Tabela 15. Número e percentual de óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos segundo a causa básica (CID 10), de residentes em Roraima, 2025

Causa (CID10)	**30-39a**	**40-49a**	**50-59a**	**Total**	
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	16	22	25	63	7,1
Doenças Infecciosas intestinais	0	0	2	2	0,2
Tuberculose	4	5	2	11	1,2
Tuberculose respiratória	2	5	2	9	1,0
Outras tuberculoses	2	0	0	2	0,2
Outras Doenças bacterianas	4	2	3	9	1,0
Septicemia	4	2	3	9	1,0

Doenças virais	5	13	11	29	3,3
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	0	1	0	1	0,1
Hepatite viral	1	0	3	4	0,4
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	4	11	6	21	2,4
Doenças devidas a Protozoários	2	2	3	7	0,8
Malária	1	1	0	2	0,2
Leishmaniose	0	1	1	2	0,2
Toxoplasmose	0	0	1	1	0,1
Restante de algumas doenc infecc e parasit	1	0	4	5	0,6
Neoplasias	33	62	82	177	19,8
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	0	2	5	7	0,8
Neoplasia maligna do esofago	0	0	4	4	0,4
Neoplasia maligna do estomago	5	4	11	20	2,2
Neoplasia maligna do colo,reto e anus	0	4	4	8	0,9
Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	2	1	3	6	0,7
Neoplasia maligna do pancreas	0	2	3	5	0,6
Neoplasia maligna da laringe	1	0	1	2	0,2
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	0	2	1	3	0,3
Neoplasia maligna da pele	1	1	0	2	0,2
Neoplasia maligna da mama	4	11	6	21	2,4
Neoplasia maligna do colo do útero	9	11	6	26	2,9
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	0	3	2	5	0,6
Neoplasia maligna do ovário	2	1	4	7	0,8
Neoplasia maligna da próstata	0	0	1	1	0,1
Neopl malig mening,encef e out partes SNC	1	0	2	3	0,3
Linfoma nao-Hodgkin	0	1	0	1	0,1
Leucemia	1	2	2	5	0,6
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	1	3	3	7	0,8
Restante de neoplasias malignas	6	14	24	44	4,9
D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	5	2	1	8	0,9
Anemias	4	2	1	7	0,8
Rest d sangue, org hemat e alg transt imuni	1	0	0	1	0,1
D Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4	14	24	42	4,7
Diabetes *mellitus*	2	11	18	31	3,5
Desnutrição	1	0	2	3	0,3
Rest doenças endocr, nutricion e metabol	1	3	4	8	0,9
Transtornos Mentais e Comportamentais	0	0	4	4	0,4
Transt ment e comport uso subst psicoativas	0	0	4	4	0,4
Trans ment e comport devid uso álcool	0	0	3	3	0,3
Doenças do Sistema Nervoso	2	1	7	10	1,1
Doença de Alzheimer	0	0	2	2	0,2
Epilepsia	0	0	1	1	0,1
Restante das doenças do Sistema Nervoso	2	1	4	7	0,8
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide	0	1	0	1	0,1

Doenças do Aparelho Circulatório	16	43	83	142	15,9
Febre reumat aguda e doen reum cron coracao	0	1	0	1	0,1
Doenças hipertensivas	1	3	7	11	1,2
Doenças isquêmicas do coração	5	16	32	53	5,9
Infarto agudo do miocárdio	5	14	30	49	5,5
Outras doenças cardíacas	3	10	8	21	2,4
Doenças cerebrovasculares	7	12	33	52	5,8
Aterosclerose	0	0	1	1	0,1
Rest doenças do aparelho circulatório	0	1	2	3	0,3
Doenças do Aparelho Respiratório	7	15	28	50	5,6
Influenza (Gripe)	0	2	1	3	0,3
Pneumonia	5	9	20	34	3,8
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	0	2	1	3	0,3
Bronquiolite	0	1	0	1	0,1
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	0	0	2	2	0,2
Asma	0	0	1	1	0,1
Restante doenças do aparelho respiratório	2	2	4	8	0,9
Doenças do Aparelho Digestivo	16	13	27	56	6,3
Ulcera gástrica, duodenal e péptica	2	2	3	7	0,8
Doenças do fígado	9	6	12	27	3,0
Doença alcoólica do fígado	5	3	5	13	1,5
Fibrose e cirrose do fígado	4	2	6	12	1,3
Outras doenças do fígado	0	1	1	2	0,2
Rest doenças do aparelho digestivo	5	5	12	22	2,5
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	2	1	5	8	0,9
Doenças Sist Osteomusc e Tecido Conjuntivo	2	1	2	5	0,6
Doenças do Aparelho Geniturinário	5	4	12	21	2,4
D glomerulares e d renais tubulo-interstic	0	0	1	1	0,1
Insuficiência renal	3	1	8	12	1,3
Rest doenças do aparelho geniturinário	2	3	3	8	0,9
Gravidez, Parto e Puerpério	3	1	0	4	0,4
Outras mortes obstétricas diretas	1	1	0	2	0,2
Mortes obstétricas indiretas	2	0	0	2	0,2
Malf Congen, Deform e Anomal Cromossômicas	1	0	0	1	0,1
Rest de malf cong, deform e anomal cromoss	1	0	0	1	0,1
Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	10	13	11	34	3,8
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	10	13	11	34	3,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	114	104	48	266	29,8
Acidentes de transporte	32	21	21	74	8,3
Quedas	1	5	0	6	0,7
Afogamento e submersões acidentais	6	6	3	15	1,7
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	2	0	1	3	0,3
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	1	0	0	1	0,1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	5	10	4	19	2,1

Agressões	44	38	8	90	10,1
Eventos(fatos) cuja intenção e indetermin	16	14	9	39	4,4
Intervenções legais e operações de guerra	1	0	0	1	0,1
Demais causas externas	6	10	2	18	2,0
Total	236	297	359	892	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.2.6 Causas de mortalidade na faixa etária de 60 e mais anos

Na faixa etária de 60 e mais anos ocorreram 1.754 óbitos em 2025 (Tabela 16). Esta faixa etária consolida a conclusão da transição demográfica e epidemiológica do estado. O perfil é amplamente governado pelas doenças crônicas não transmissíveis e pelo declínio funcional natural do envelhecimento, concentrando o maior volume absoluto de mortes de toda a série histórica. As doenças cardíacas e vasculares lideram o ranking de forma isolada com 516 óbitos. O crescimento acompanha o envelhecimento biológico, escalando de 118 mortes (60-69 anos) para o pico de 213 mortes no grupo de 80 anos ou mais, tornando-se o principal foco de atenção cardiológica na terceira idade. Os tumores são a segunda maior causa geral, acumulando 322 óbitos. Diferente do aparelho circulatório, o impacto das neoplasias atinge seu ápice nas faixas de 60-69 anos (125) e 70-79 anos (124), sofrendo um recuo expressivo nos octogenários (73), sugerindo uma maior letalidade precoce por câncer em adultos maduros. Registrando 254 óbitos, as afecções respiratórias (como pneumonias e DPOC) mostram um aumento progressivo e linear a cada década, saltando de 61 casos na faixa dos 60 anos para 109 mortes nos idosos acima de 80 anos, refletindo a vulnerabilidade imunológica do sistema respiratório senil. As Doenças Endócrinas e Metabólicas (como o diabetes) mantêm forte relevância, somando 128 óbitos (7,3%), concentradas sobretudo dos 60 aos 79 anos. As doenças do aparelho digestivo (6,3%) e geniturinário (4,5%, com aumento de infecções/insuficiência renal nos octogenários) ganham relevância. Sintomas mal definidos somam 3,1% (54 óbitos) e as demais condições crônicas de caráter neurológico, dermatológico e mental completam os dados residuais. As Causas Externas (6,7% / 118 óbitos) perdem o protagonismo avassalador que tinham na juventude, recuando gradativamente conforme a idade avança (caindo de 55 para 29 casos), estando comumente associadas a quedas e acidentes domésticos nessa fase da vida.

Tabela 16. 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, 2025

Causa (Cap CID10)	60-69a	70-79a	80 e+	Total	%
Doenças do aparelho circulatório	118	185	213	516	29,4
Neoplasias (tumores)	125	124	73	322	18,4
Doenças do aparelho respiratório	61	84	109	254	14,5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	41	50	37	128	7,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	55	34	29	118	6,7
Doenças do aparelho digestivo	43	46	22	111	6,3
Doenças do aparelho geniturinário	26	21	32	79	4,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	21	22	69	3,9
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	19	11	24	54	3,1
Doenças do sistema nervoso	13	11	27	51	2,9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	9	11	27	1,5
Transtornos mentais e comportamentais	1	1	9	11	0,6
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	3	1	7	0,4
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	3	1	7	0,4
Total	541	603	610	1754	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O detalhamento evidenciado na Tabela 15 revela que quase metade de todas as mortes de idosos no estado (47,7%) decorre do impacto combinado de infartos, AVCs e pneumonias, refletindo o perfil clássico de fragilidade na terceira idade. As Doenças Isquêmicas somam 144 mortes (8,2%), sendo o IAM a causa de 130 delas, com distribuição equilibrada e alta em todas as faixas (acima de 40 casos por grupo). As doenças cerebrovasculares destacam-se como uma das maiores causas isoladas com 173 óbitos (9,9%), atingindo o pico na faixa de 70 a 79 anos (71 mortes). As doenças hipertensivas registram 90 casos (5,1%), escalando fortemente nos idosos com 80 anos ou mais (47 mortes).

A pneumonia é a segunda maior causa clínica isolada, respondendo por 148 óbitos (8,4%) e mostrando um crescimento linear severo à medida que o idoso envelhece (saltando de 37 para 65 casos nos octogenários). O câncer de pulmão/traqueia lidera o grupo das neoplasias com 39 óbitos (2,2%), seguido pelo câncer de cólon e reto (29), próstata (23) e mama (20). O Diabetes *mellitus* consolida-se como a principal patologia metabólica, provocando 99 óbitos (5,6%), concentrados majoritariamente dos 60 aos 79 anos. As doenças do fígado registram 44 mortes (2,5%), impulsionadas pela cirrose/fibrose (18) e pela doença alcoólica do fígado (11), afetando principalmente os idosos abaixo de 80 anos.

Entre as condições senis e neurodegenerativas (2,1%), a doença de Alzheimer responde por 26 óbitos (1,5%), manifestando-se de forma esmagadora no grupo de 80 anos ou mais (16 casos). A senilidade como causa mal definida registra 10 casos nessa mesma faixa avançada. Observa-se uma clara mudança de comportamento da mortalidade nos idosos "jovens" (60-69 anos), os acidentes de trânsito (13) e as agressões (15) ainda são expressivos. Já nos idosos acima de 80 anos, as quedas assumem o protagonismo do grupo com 16 óbitos, evidenciando a perda de mobilidade e os acidentes domésticos.

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, 2025

Causa (CID10 BR)	60-69a	70-79a	80 e+	Total	
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	26	21	22	69	3,9
Doenças Infecciosas intestinais	5	4	9	18	1,0
Diarr e Gastroenter orig infec presumível	2	2	4	8	0,5
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	1	1	0	2	0,1
Tuberculose	7	1	7	15	0,9
Tuberculose respiratória	7	1	5	13	0,7
Outras tuberculoses	0	0	2	2	0,1
Outras Doenças bacterianas	8	12	5	25	1,4
Septicemia	8	7	5	20	1,1
Infecções com transm predominant sexual	0	2	0	2	0,1
Doenças virais	4	1	0	5	0,3
Hepatite viral	1	0	0	1	0,1
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	3	1	0	4	0,2
Doenças devidas a Protozoários	0	1	0	1	0,1
Malária	0	1	0	1	0,1
Restante de algumas doenc infecc e parasit	2	2	1	5	0,3
Neoplasias	125	124	73	322	18,4
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	1	2	2	5	0,3
Neoplasia maligna do esôfago	3	1	1	5	0,3
Neoplasia maligna do estomago	9	7	1	17	1,0
Neoplasia maligna do colo, reto e anus	7	15	7	29	1,7
Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	6	9	3	18	1,0
Neoplasia maligna do pâncreas	6	8	5	19	1,1
Neoplasia maligna da laringe	2	4	2	8	0,5
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	13	15	11	39	2,2
Neoplasia maligna da pele	0	0	2	2	0,1
Neoplasia maligna da mama	13	6	1	20	1,1
Neoplasia maligna do colo do útero	9	2	3	14	0,8
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	5	1	1	7	0,4

Neoplasia maligna do ovário	2	0	1	3	0,2
Neoplasia maligna da próstata	5	10	8	23	1,3
Neoplasia maligna da bexiga	1	2	2	5	0,3
Neopl malig mening, encef e out partes SNC	4	7	0	11	0,6
Linfoma nao-Hodgkin	4	0	1	5	0,3
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	2	5	0	7	0,4
Leucemia	1	6	0	7	0,4
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	4	2	3	9	0,5
Restante de neoplasias malignas	28	22	19	69	3,9
D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	3	3	1	7	0,4
Anemias	3	1	0	4	0,2
Rest d sangue, org hemat e alg transt imuni	0	2	1	3	0,2
D Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	41	50	37	128	7,3
Diabetes *mellitus*	31	39	29	99	5,6
Desnutrição	2	3	3	8	0,5
Rest doenças endocr, nutricion e metabol	8	8	5	21	1,2
Transtornos Mentais e Comportamentais	1	1	9	11	0,6
Transt ment e comport uso subst psicoativas	0	1	2	3	0,2
Trans ment e comport devid uso álcool	0	1	1	2	0,1
Rest transtornos mentais e comportamentais	1	0	7	8	0,5
Doenças do Sistema Nervoso	13	11	27	51	2,9
Doença de Alzheimer	4	6	16	26	1,5
Epilepsia	1	0	0	1	0,1
Restante das doenças do Sistema Nervoso	8	5	11	24	1,4
Doenças do Aparelho Circulatório	118	185	213	516	29,4
Febre reumat aguda e doen reum cron coração	0	1	0	1	0,1
Doenças hipertensivas	18	25	47	90	5,1
Doenças isquêmicas do coração	43	53	48	144	8,2
Infarto agudo do miocárdio	40	46	44	130	7,4
Outras doenças cardíacas	12	18	51	81	4,6
Doenças cerebrovasculares	38	71	64	173	9,9
Aterosclerose	0	0	1	1	0,1
Rest doenças do aparelho circulatório	7	17	2	26	1,5
Doenças do Aparelho Respiratório	61	84	109	254	14,5
Influenza (Gripe)	3	4	4	11	0,6
Pneumonia	37	46	65	148	8,4
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	3	0	3	6	0,3
Bronquiolite	1	0	1	2	0,1
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	10	22	21	53	3,0
Asma	0	1	1	2	0,1
Restante doenças do aparelho respiratório	8	12	16	36	2,1
Doenças do Aparelho Digestivo	43	46	22	111	6,3
Ulcera gástrica, duodenal e péptica	3	4	3	10	0,6
Peritonite	0	1	0	1	0,1

Doenças do fígado	18	24	2	44	2,5
Doença alcoólica do fígado	6	5	0	11	0,6
Fibrose e cirrose do fígado	7	10	1	18	1,0
Outras doenças do fígado	5	9	1	15	0,9
Colecistite	2	2	1	5	0,3
Rest doenças do aparelho digestivo	20	15	16	51	2,9
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	7	9	11	27	1,5
Doenças Sist Osteomusc e Tecido Conjuntivo	3	3	1	7	0,4
Doenças do Aparelho Geniturinário	26	21	32	79	4,5
D glomerulares e d renais tubulo-interstic	2	0	1	3	0,2
Insuficiência renal	13	8	13	34	1,9
Rest doenças do aparelho geniturinário	11	13	18	42	2,4
Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	19	11	24	54	3,1
Senilidade	0	1	9	10	0,6
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	19	10	15	44	2,5
Causas externas de morbidade e mortalidade	55	34	29	118	6,7
Acidentes de transporte	13	14	2	29	1,7
Quedas	8	2	16	26	1,5
Afogamento e submersões acidentais	4	0	1	5	0,3
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	1	1	0	2	0,1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	4	1	9	0,5
Agressões	15	3	3	21	1,2
Eventos(fatos) cuja intenção e indetermin	7	8	2	17	1,0
Demais causas externas	3	2	4	9	0,5
Total	541	603	610	1754	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.3 MORTALIDADE POR SEXO

Os dados de uma década revelam uma trajetória de crescimento acentuado nos óbitos totais, seguida de estabilização, mantendo uma marcante e persistente desigualdade de gênero ao longo de todos os anos. O volume geral de óbitos saltou de 2.293 em 2016 para o ápice histórico de 4.463 em 2021 (um aumento de 94,6% em apenas 5 anos). Este salto agudo concentrado entre 2020 (3.770) e 2021 reflete diretamente o impacto da pandemia de Covid-19 e as crises humanitárias/sanitárias simultâneas enfrentadas pelo estado no período. A partir de 2022, há uma redução expressiva com o avanço da vacinação e controle da crise sanitária, fazendo os números recuarem para a faixa de 3,2 mil a 3,5 mil óbitos anuais. Contudo, o total de 2025 (3.507 óbitos) ainda se mantém consideravelmente superior ao patamar registrado no início da série em 2016 (Tabela 17 e Figura 7).

A distribuição percentual entre os sexos biológicos permaneceu praticamente inalterada e rígida ao longo de todos os dez anos analisados. Do total acumulado de 32.619 óbitos na década: O sexo masculino responde pela ampla maioria absoluta com 60,9% (19.868 óbitos), flutuando sempre muito próximo da média de 60% ano a ano; O sexo feminino representa 38,9% (12.696 óbitos) do acumulado histórico; A razão de sexo mostra-se estável, indicando que morrem aproximadamente 1,5 a 1,7 homens para cada 1 mulher anualmente no estado, padrão impulsionado pelas causas externas na juventude e adultos jovens, conforme observado nas tabelas anteriores. O número de óbitos com sexo "Ignorado" permaneceu residual durante todo o período, representando apenas 0,2% (55 casos) do total acumulado, o que demonstra uma boa consistência do sistema de informação epidemiológica local nesta variável específica.

Tabela 17. Número e percentual de óbitos por sexo e razão de mortalidade masculino/feminino, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Masculino		Feminino		Ignorado		Razão de sexo M/F	Total
	N	%	N	%	N	%		
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	39,0	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	39,0	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	40,0	3	0,1	1,5	3.475
2024	1.896	59,1	1.305	40,7	7	0,2	1,5	3.208
2025	2.074	59,1	1.425	40,6	8	0,2	1,5	3.507

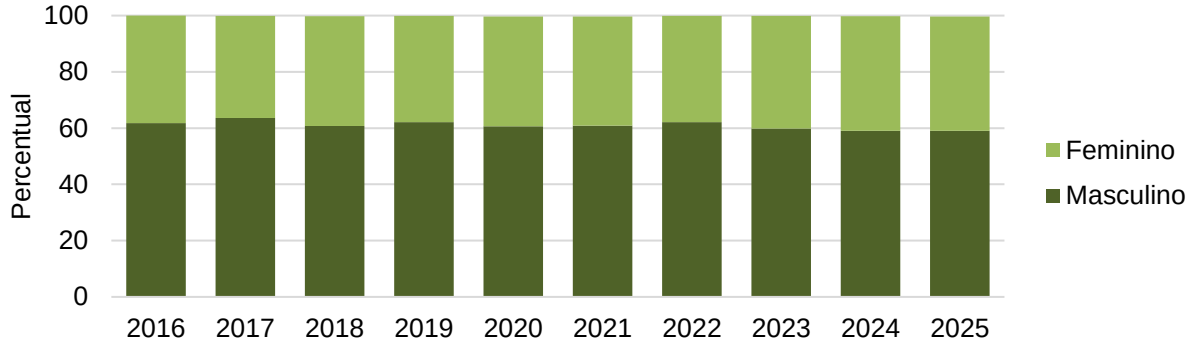
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

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; O sexo masculino é 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; 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 7. Percentual de óbitos por sexo e ano, de residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As causas externas são a segunda maior causa de morte no estado e apresentam a maior disparidade de sexo: 74,7% das vítimas são do sexo masculino (496 óbitos). Esse abismo estatístico (3 homens para cada 1 mulher) é o principal fator que puxa o total geral de óbitos para o lado masculino (59,1% vs. 40,6%). As doenças do aparelho circulatório lideram o volume absoluto com 678 mortes, mantendo o predomínio masculino (56,3% / 382 óbitos). As doenças do aparelho respiratório (375 óbitos) seguem lógica semelhante, com o sexo masculino representando 59,2% das vítimas. As “Afecções originadas no período perinatal” revelam uma maior vulnerabilidade biológica dos recém-nascidos do sexo masculino, que concentram 61,3% (141 óbitos) dessas perdas na primeiríssima infância. O sexo masculino também morre substancialmente mais de doenças do aparelho digestivo (62,6%), geniturinário (62,6%) e apresentam maior taxa de mortes sem diagnóstico conclusivo (Sintomas e achados anormais com 64,3%)

As neoplasias consolidam-se como a terceira maior causa geral e apresentam uma importante particularidade epidemiológica: são mais letais no sexo feminino que respondem por 51,0% dos casos (271 óbitos), superando sutilmente o sexo masculino (260). As doenças endócrinas/metabólicas (como o diabetes) repetem esse

comportamento, com 51,1% de presença do sexo feminino (Tabela 18).

Tabela 18. Percentual de óbitos por sexo e capítulos da CID 10, de residentes em Roraima, 2025

Causa (Cap CID10)	Masculino		Feminino		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	107	54,6	88	44,9	1	0,5	196
Neoplasias (tumores)	260	49,0	271	51,0	0	0,0	531
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	8	38,1	13	61,9	0	0,0	21
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	92	48,9	96	51,1	0	0,0	188
Transtornos mentais e comportamentais	7	46,7	8	53,3	0	0,0	15
Doenças do sistema nervoso	47	53,4	41	46,6	0	0,0	88
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Doenças do aparelho circulatório	382	56,3	296	43,7	0	0,0	678
Doenças do aparelho respiratório	222	59,2	153	40,8	0	0,0	375
Doenças do aparelho digestivo	109	62,6	65	37,4	0	0,0	174
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22	59,5	15	40,5	0	0,0	37
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	46,7	8	53,3	0	0,0	15
Doenças do aparelho geniturinário	67	62,6	40	37,4	0	0,0	107
Gravidez parto e puerpério	0	0,0	11	100,0	0	0,0	11
Algumas afec originadas no período perinatal	141	61,3	84	36,5	5	2,2	230
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	31	52,5	26	44,1	2	3,4	59
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	74	64,3	41	35,7	0	0,0	115
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	496	74,7	168	25,3	0	0,0	664
Total	2073	59,1	1425	40,6	8	0,2	3506

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.4 MORTALIDADE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

A informação sobre o município de residência é fundamental para avaliar a situação de saúde da população e direcionar ações de prevenção e controle de doenças. Além disso, 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.

Em 2025, a análise geográfica dos dados revela uma forte centralização dos óbitos na capital e uma disparidade expressiva no risco de morte (Taxa de mortalidade por 1.000 habitantes) entre os municípios do interior. Boa Vista concentra 65,6% de todos os óbitos do estado (2.302 mortes), o que é esperado dado que abriga a maior parte da população roraimense (485.477 habitantes). A sua taxa de mortalidade (4,7 por 1.000 hab.) é exatamente igual à média geral do estado.

Embora tenham volumes absolutos menores, alguns municípios apresentam um risco de morte individual muito superior ao da capital: Alto Alegre, registra a maior taxa de mortalidade do estado (8,7 por 1.000 hab.), um valor alarmante que indica severa vulnerabilidade socioambiental, sanitária ou picos localizados de violência/causas externas; Amajari, apresenta a segunda maior taxa (6,4 por 1.000 hab.), evidenciando também a necessidade de atenção prioritária em saúde pública e segurança; Uiramutã e Caracaraí, empatam com uma taxa de 4,9 por 1.000 hab., ficando acima da média estadual. No caso de Uiramutã, o dado é fortemente atrelado às vulnerabilidades de comunidades indígenas isoladas. Alto Alegre e Amajarí também possuem extensas áreas indígenas (Tabela 19).

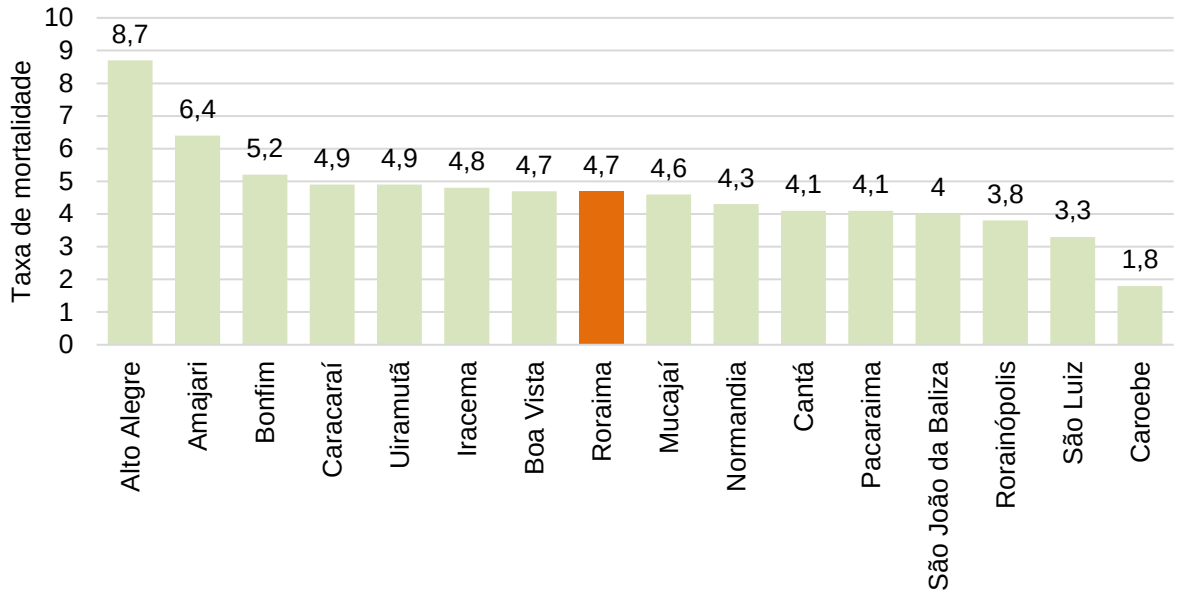
Tabela 19. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes) por município de residência, Roraima, 2025

Município de residência	N	%	População	Taxa de mortalidade
Alto Alegre	206	5,9	23.589	8,7
Amajari	103	2,9	16.112	6,4
Boa Vista	2.302	65,6	485.477	4,7
Bonfim	81	2,3	15.570	5,2
Cantá	86	2,5	21.102	4,1
Caracaraí	112	3,2	22.750	4,9
Caroebe	22	0,6	12.004	1,8
Iracema	52	1,5	10.937	4,8
Mucajaí	92	2,6	20.006	4,6
Normandia	70	2,0	16.323	4,3
Pacaraima	94	2,7	23.112	4,1
Rorainópolis	142	4,0	37.787	3,8
São João da Baliza	40	1,1	9.969	4,0
São Luiz	26	0,7	7.848	3,3
Uiramutã	79	2,3	16.186	4,9
Total	3.507	100,0	738.772	4,7

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Municípios como Iracema (4,8), Mucajaí (4,6) e Normandia (4,3) orbitam próximos à média. Destaca-se Rorainópolis que, apesar de ser o segundo município mais populoso, conseguiu manter uma taxa de mortalidade controlada de 3,8 por 1.000 hab. (abaixo da média de Roraima). Caroebe registra a menor taxa de mortalidade de forma isolada (1,8 por 1.000 hab. / apenas 22 óbitos), seguido por São Luiz (3,3). Epidemiologicamente, taxas excessivamente baixas em municípios pequenos e distantes exigem cautela, pois podem mascarar problemas de subnotificação de óbitos ou a migração de doentes graves para morrer na capital (Figura 8).

Figura 8. Taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes) por município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

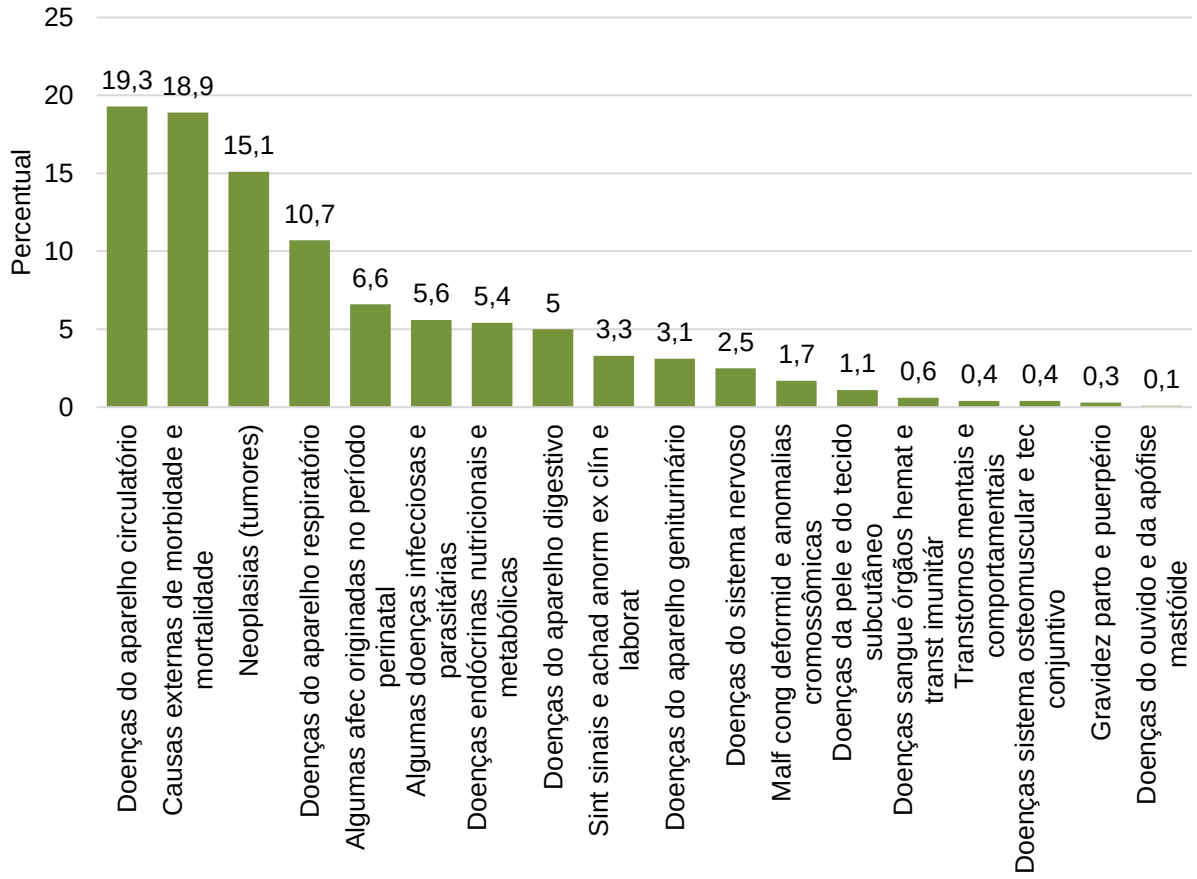
4.5 MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS

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 da população, direcionar ações de saúde pública e avaliar o impacto de políticas de saúde. Além disso, 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, 2024a,b).

As doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) é a principal causa de morte no estado, somando 678 óbitos (19,3% do total), seguido das causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX) que ocupa o segundo lugar de forma muito próxima, com 664 óbitos (18,9%). Este dado indica um impacto severo de acidentes, violência e traumas na região. As neoplasias (Capítulo II), é responsável por 531 óbitos (15,1%), e as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X) por 375 óbitos (10,7%) (Figura 9).

Figura 9. Percentual de óbitos por causa (Capítulo CID 10) de residentes de Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise das taxas por 100 mil habitantes revela um retrato epidemiológico severo: o estado enfrenta uma dupla carga de mortalidade, onde as doenças crônicas do envelhecimento e a violência urbana disputam quase na mesma proporção o topo

da letalidade geral. As doenças cardíacas e vasculares consolidam-se como a maior causa de morte no estado, apresentando uma taxa expressiva de 91,8 óbitos por 100.000 habitantes. Esse dado reforça a necessidade urgente de políticas de prevenção secundária (controle de hipertensão e infartos) na atenção primária. Praticamente empatadas com o primeiro lugar, as mortes violentas e acidentais registram a alarmante taxa de 89,9 óbitos por 100.000 habitantes. Na saúde pública, uma taxa de causas externas desse patamar é considerada altíssima, evidenciando o impacto brutal dos homicídios, suicídios e acidentes de trânsito na população local (Tabela 20).

Tabela 20. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causa (Capítulo CID 10) de residentes de Roraima, 2025

Causa (Cap CID10)	N	%	Taxa de mortalidade
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	196	5,6	26,5
Neoplasias (tumores)	531	15,1	71,9
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	21	0,6	2,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	188	5,4	25,4
Transtornos mentais e comportamentais	15	0,4	2,0
Doenças do sistema nervoso	88	2,5	11,9
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,1	0,3
Doenças do aparelho circulatório	678	19,3	91,8
Doenças do aparelho respiratório	375	10,7	50,8
Doenças do aparelho digestivo	174	5,0	23,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	37	1,1	5,0
Doenças sistema osteomuscular e tec conjuntivo	15	0,4	2,0
Doenças do aparelho geniturinário	107	3,1	14,5
Gravidez parto e puerpério	11	0,3	1,5
Algumas afec originadas no período perinatal	230	6,6	31,1
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	59	1,7	8,0
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	115	3,3	15,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	664	18,9	89,9
Total	3506	100,0	474,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As Neoplasias ocupam a terceira posição com uma força de mortalidade de 71,9 por 100.000 hab. (15,1% dos óbitos), sinalizando gargalos no diagnóstico precoce e tratamento oncológico. As doenças respiratórias aparecem logo em seguida com uma taxa de 50,8 por 100.000 hab. (10,7%), impulsionadas fortemente pelas pneumonias nas extremidades da vida (idosos e bebês). As afecções perinatais registram uma taxa

de 31,1 por 100.000 hab. (230 óbitos). Por ser um indicador calculado sobre a população geral (e não apenas sobre nascidos vivos), esse número é considerado muito elevado e denuncia fragilidades na assistência materno-infantil.

As doenças infecciosas (26,5 por 100.000 hab.) e endócrinas/nutricionais (25,4 por 100.000 hab.) demonstram a persistência de patologias transmissíveis e metabólicas (como diabetes e desnutrição) penalizando o estado. A taxa de 15,6 óbitos por 100.000 hab. com causas não especificadas (Mal definidas) aponta para a necessidade de melhorar os mecanismos de investigação e preenchimento de declarações de óbito.

Tabela 21. Número de óbitos por causa (Capítulo CID 10) e município de residência, Roraima, 2025

Município	I	II	III	IV	V	VI	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XX	Total
Alto Alegre	20	5	2	11	2	3	0	7	26	5	2	0	0	0	28	1	8	86	206
Amajari	8	5	0	9	0	1	0	5	13	6	0	0	0	3	16	2	5	30	103
Boa Vista	122	18	15	107	12	71	2	500	240	122	21	10	78	5	120	33	53	372	2301
Bonfim	4	7	0	7	0	3	0	9	8	6	1	1	4	0	8	2	5	16	81
Cantá	3	8	0	3	0	0	0	23	9	4	4	1	1	0	7	3	7	13	86
Caracaraí	4	9	0	9	0	2	0	20	9	7	1	0	4	1	3	2	8	33	112
Caroebe	3	1	0	3	0	0	0	3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	5	22
Iracema	0	6	1	2	0	1	0	7	9	0	3	1	1	0	3	0	0	18	52
Mucajaí	3	4	0	7	0	2	0	26	7	2	1	0	4	0	6	1	2	17	92
Normandia	2	9	0	2	0	1	0	12	10	5	1	0	2	0	4	3	7	12	70
Pacaraima	7	1	1	5	0	0	0	22	13	3	1	0	3	1	9	1	3	14	94
Rorainópolis	9	0	0	11	0	3	0	22	14	5	1	1	7	0	7	3	10	29	142
São João da Baliza	1	5	1	4	0	0	0	13	2	2	0	0	1	0	3	2	1	5	40
São Luiz	0	5	0	3	0	0	0	5	2	1	0	0	0	0	2	2	1	5	26
Uiramutã	10	8	1	5	1	1	0	4	12	5	1	0	2	0	13	3	4	9	79
Total	196	31	21	188	15	88	2	678	375	174	37	15	107	11	230	59	115	664	3.506

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 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A distribuição geográfica mostra o predomínio de óbitos na capital Boa Vista que centralizou 65,6% de todo o estado. Fora da capital, os municípios com maior volume absoluto de mortes são Alto Alegre (206 óbitos) e Rorainópolis (142 óbitos). Os municípios de Caroebe (22 óbitos) e São Luiz (26 óbitos) registraram os menores números absolutos do estado (Tabela 21).

O município de Alto Alegre chama a atenção pelo desvio do padrão estadual. As causas externas (Capítulo XX) representam sozinhas 41,7% (86 óbitos) de todas as mortes da cidade, superando até mesmo as causas naturais locais. O território do município de Alto Alegre abrange uma parte significativa da Terra Indígena Yanomami. Relatórios de segurança e órgãos de saúde apontam que a região atua como um forte ponto de convergência para o garimpo ilegal. Entre 2021 e 2023, o município registrou taxa de 92,4 mortes violentas a cada 100 mil habitantes. A cidade, localizada ao Norte do estado, é rota de garimpos ilegais e disputada por facções criminosas nacionais, que também atuam no garimpo (G1 RR, 2024). Das 230 mortes causadas por afecções originadas no período perinatal (Capítulo XVI), 120 ocorreram em Boa Vista. Isso reflete a forte concentração dos leitos e atendimentos de alta complexidade para recém-nascidos e gestantes na capital.

Tabela 22. Número e percentual das 10 principais causas básicas (CID 10) de óbito em residentes de Roraima, 2025

Causa básica (CID10)	**N°**	**%**
Infarto agudo do miocárdio	182	5,2
Pneumonia p/ microrganismo não especificado	137	3,9
Agressão disparo outra arma de fogo ou não especificado	92	2,6
Pneumonia bacteriano NCOP (Não consta em outra parte)	82	2,3
Outras doenças cerebrovasculares	75	2,1
Outras causas mal definidas e não especificado de mortalidade	75	2,1
Lesão autoprovocadas intencionalmente, enforcamento, estrangulamento, sufocação	66	1,9
Morte fetal de causa não especificado	64	1,8
Hemorragia intracerebral	60	1,7
Insuficiência cardíaca	58	1,7
Sub total	**891**	25,4
Demais causas	2.615	74,6
Total	**3.506**	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As 10 principais causas de morte concentram apenas 25,4% do total de óbitos (891 de 3.506), indicando um perfil de mortalidade altamente pulverizado e diversificado

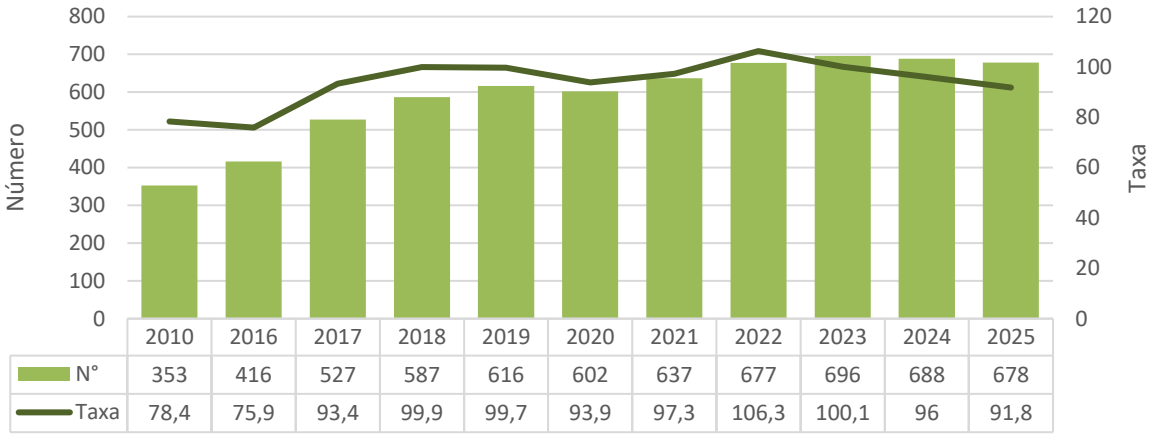
no estado (74,6% em demais causas). O IAM lidera isolado com 182 óbitos (5,2%), confirmando o peso das doenças cardiovasculares no estado. A pneumonia por microrganismo não especificado causa com 137 mortes (3,9%), evidenciando forte impacto de infecções respiratórias agudas, e a agressão por arma de fogo com 92 óbitos (2,6%), destaca a violência letal intencional como fator crítico de saúde pública. Ocupando posições alarmantes no *ranking*, os homicídios por arma de fogo (2,6%) somados aos suicídios por enforcamento/sufocação (66 óbitos / 1,9%) representam 4,5% de todas as mortes no estado, um índice crítico para causas externas. Somadas, as duas principais categorias de pneumonia (não especificada e bacteriana) atingem 219 óbitos (6,2%), superando o IAM. A morte fetal de causa não especificada (64 óbitos / 1,8%) aponta para vulnerabilidades na assistência ao pré-natal e ao parto. As "outras causas mal definidas" aparecem empatadas em 5º lugar com 75 mortes (2,1%), sinalizando óbitos sem assistência médica adequada ou sem elucidação diagnóstica (Tabela 22).

4.5.1 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. O número de óbitos por doenças circulatórias praticamente dobrou no período, saltando de 353 mortes em 2010 para 678 em 2025. O pico absoluto de mortes foi registrado em 2023, com 696 óbitos. Apesar do aumento no volume, o impacto percentual dessas doenças sobre o total de mortes no estado manteve-se altamente estável, oscilando historicamente em torno de 19% a 21%.

Nos anos de 2020 e 2021, a proporção caiu drasticamente para 16% e 14,3%, respectivamente. Essa queda percentual não significa menos mortes cardíacas, mas sim um reflexo do aumento explosivo de óbitos por outras causas (como a Covid-19), o que inflou o denominador total de mortes no estado.

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*, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2024.

A taxa de mortalidade atingiu o seu pior patamar histórico em 2022, chegando a 106,3 mortes por 100 mil habitantes. Nos últimos três anos (2023 a 2025), a taxa apresentou uma tendência de queda contínua, recuando de 100,1 para 91,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2025. Esse recuo foi impulsionado, provavelmente, pelo crescimento populacional acelerado do estado, que cresceu mais rápido do que o aumento absoluto dos óbitos (Tabela 23 e Figura 10).

Tabela 23. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos total	População residente	Aparelho circulatório		
			N°	%	Taxa
2010	1.740	450.479	353	20,3	78,4
2016	2292	548.233	416	18,2	75,9
2017	2595	564.013	527	20,3	93,4
2018	2930	587.497	587	20,0	99,9
2019	2978	618.125	616	20,7	99,7
2020	3767	640.975	602	16,0	93,9
2021	4458	654.972	637	14,3	97,3
2022	3388	636.707	677	20,0	106,3
2023	3474	695.270	696	20,0	100,1
2024	3207	716.793	688	21,5	96,0
2025	3507	738.772	678	19,3	91,8

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2024.

As doenças cerebrovasculares e as isquêmicas dominam o cenário, sendo responsáveis por 63,7% de todas as mortes cardiovasculares no estado. As doenças cerebrovasculares (como o AVC) é a principal causa isolada do grupo, provocando 232 óbitos (34,2%) e registrando a maior taxa de mortalidade (31,4 mortes por 100 mil habitantes), as doenças isquêmicas do coração ocupam o segundo lugar com 200 óbitos (29,5%) e taxa de 27,1. Desse grupo, o IAM é o protagonista absoluto, respondendo por 182 das 200 mortes. Juntas, as outras doenças cardíacas (16,2%) e as doenças hipertensivas (102 óbitos / 15,0%) completam o bloco de maior peso assistencial. As doenças ligadas à febre reumática crônica (3 óbitos) e à aterosclerose (2 óbitos) possuem impacto estatístico quase nulo no total do estado, com taxas inferiores a 0,5 por 100 mil habitantes (Tabela 24).

Três fatores principais ajudam a entender por que os AVC e os IAM lideram as estatísticas: O predomínio de doenças cerebrovasculares (34,2%) e doenças hipertensivas (15%) está diretamente ligado ao controle ineficaz da hipertensão arterial. A pressão alta é o principal gatilho para o AVC. A falta de diagnóstico precoce e a baixa adesão ao uso contínuo de medicamentos fazem com que a doença evolua silenciosamente até culminar em um evento fatal. O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio e gorduras saturadas, aliado ao sedentarismo na população urbana acelera o entupimento das artérias (isquemias).

Tanto o IAM (26,8%) quanto o AVC são condições "tempo-dependentes", a chance de sobrevivência diminui drasticamente a cada minuto sem socorro médico. Pacientes do interior do estado enfrentam longos tempos de deslocamento até a capital. Como Boa Vista concentra os únicos hospitais com capacidade para realizar procedimentos de alta complexidade (como cateterismo, angioplastia ou uso de trombolíticos para AVC), pode ocorrer que pessoas não conseguem receber o atendimento especializado dentro da "janela de tempo" ideal.

Embora Roraima historicamente tenha uma população mais jovem em comparação com as regiões Sul e Sudeste, o estado passa por um processo de envelhecimento progressivo. Com o aumento da expectativa de vida, cresce naturalmente a parcela da população exposta ao desgaste natural do sistema circulatório, elevando os índices dessas doenças crônicas.

Tabela 24. Número, percentual e taxa (por 100 mil habitantes) de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e causa básica, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do Aparelho Circulatório	N	%	Taxa
Febre reumat aguda e doen reum cron coração	3	0,4	0,4
Doenças hipertensivas	102	15,0	13,8
Doenças isquêmicas do coração	200	29,5	27,1
Infarto agudo do miocárdio	182	26,8	24,6
Outras doenças cardíacas	110	16,2	14,9
Doenças cerebrovasculares	232	34,2	31,4
Aterosclerose	2	0,3	0,3
Rest doenças do aparelho circulatório	29	4,3	3,9
Total	678	100,0	91,8

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O sexo masculino é a principal vítima das doenças do aparelho circulatório no estado, concentrando 56,3% dos óbitos (382 mortes) contra 43,7% no sexo feminino (296 mortes). O sexo masculino lidera em quase todas as subcategorias. A maior disparidade de gênero ocorre nas doenças isquêmicas. O sexo masculino responde por 59% dos óbitos por doenças isquêmicas e 58,2% dos IAM (106 mortes masculinas contra 76 femininas). Outras doenças cardíacas seguem o mesmo padrão de forte concentração masculina, atingindo 61,8% dos registros deste grupo. As doenças cerebrovasculares e hipertensivas apresentam um cenário mais equilibrado entre os sexos, embora o sexo masculino ainda lidera. Nos AVC, a divisão é de 53,4% (masculino) contra 46,6% (feminino). Nas doenças hipertensivas, 52% contra 48% (Tabela 25).

A única exceção feminina é a febre reumática crônica. As mulheres representam 66,7% dos óbitos. Contudo, por se tratar de um volume absoluto muito baixo (apenas 2 mortes femininas de um total de 3), o dado não altera a tendência geral de vulnerabilidade masculina. Esse padrão é globalmente conhecido e costuma estar associado a fatores biológicos (hormônios que protegem as mulheres até a menopausa) e comportamentais, já que os homens historicamente buscam menos os serviços de saúde preventiva e apresentam maior exposição a fatores de risco como tabagismo e alcoolismo.

Tabela 25. Número e percentual de mortes por doenças do aparelho circulatório segundo a causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do Aparelho Circulatório	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Febre reumat aguda e doen reum cron coração	1	33,3	2	66,7	3
Doenças hipertensivas	53	52,0	49	48,0	102
Doenças isquêmicas do coração	118	59,0	82	41,0	200
Infarto agudo do miocárdio	106	58,2	76	41,8	182
Outras doenças cardíacas	68	61,8	42	38,2	110
Doenças cerebrovasculares	124	53,4	108	46,6	232
Aterosclerose	1	50,0	1	50,0	2
Rest doenças do aparelho circulatório	17	58,6	12	41,4	29
Total	382	56,3	296	43,7	678

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (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 26. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo a causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do Aparelho Circulatório	< 01		1-9		10-19		20-29a		30-59		60 e +		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Febre reumat aguda e doen reum cron coração	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	3
Febre reumat aguda e doen reum cron coração	0	0	0	0	0	0	1	1	11	10,8	90	88,2	102
Doenças hipertensivas	0	0	0	0	0	0	3	1,5	53	26,5	144	72	200
Doenças isquêmicas do coração	0	0	0	0	0	0	3	1,6	49	26,9	130	71,4	182
Infarto agudo do miocárdio	3	2,7	1	0,9	2	1,8	2	1,8	21	19,1	81	73,6	110
Outras doenças cardíacas	0	0	1	0,4	3	1,3	3	1,3	52	22,4	173	74,6	232
Doenças cerebrovasculares	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	2
Aterosclerose	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10,3	26	89,7	29
Rest doenças do aparelho circulatório	3	0,4	3	0,4	5	0,7	9	1,3	142	20,9	516	76,1	678

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Em Roraima, as mortes por doenças do aparelho circulatório estão concentradas

na terceira idade. A faixa etária de 60 anos e mais concentra entre 71% e 89% dos óbitos na quase totalidade das categorias específicas descritas. Os adultos Jovens (30 a 59 anos) concentram 20,9% das mortes (142 óbitos), com destaque para doenças isquêmicas e hipertensivas na idade adulta produtiva. Em menores de 30 anos, houve o registro de apenas 20 óbitos no total (cerca de 2,9%), distribuídos em causas como outras doenças cardíacas e febre reumática (Tabela 26).

4.5.2 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. Podem levar a internações hospitalares prolongadas, incapacidades permanentes e óbitos, além de gerar custos significativos para os sistemas de saúde e para a sociedade.

A mortalidade por causas externas apresentou forte crescimento na última década, atingindo seu pico entre 2017 e 2018. Após um período de queda, voltou a subir significativamente em 2025. A taxa saltou de 78,4 por 100 mil habitantes em 2010 para o recorde de 119,3 em 2018. O número de óbitos por causas externas dobrou em menos de uma década, passando de 353 (2010) para 701 (2018). A partir de 2019, a taxa iniciou uma trajetória de recuo, chegando ao menor patamar recente em 2024 (77,7 por 100 mil). O impacto das causas externas no total de mortes do estado caiu de 23,9% (2018) para 17,4% (2024). Em 2025, houve uma inversão da tendência de queda, com os óbitos subindo para 664 e a taxa saltando para 89,9 por 100 mil habitantes (Tabela 27 e Figura 11).

As principais explicações para o comportamento dessa série histórica dividem-se em três momentos. Primeiro, o pico histórico (2017–2018) em que houve um salto drástico para o recorde de 119,3 mortes por 100 mil habitantes em 2018 é explicado por dois fatores simultâneos: Entre 2016 e 2018, o estado tornou-se um dos principais

palcos da ruptura e do confronto direto entre grandes facções criminosas nacionais pelo controle das rotas de tráfico na região Norte. Isso gerou rebeliões violentas em presídios e uma explosão no número de homicídios nas ruas (Brandão, 2018). O fluxo migratório intenso a partir de 2016 sobrecarregou os serviços públicos, o policiamento e a infraestrutura urbana do estado. O rápido crescimento populacional desordenado em cidades como Boa Vista e Pacaraima aumentou a vulnerabilidade social, alimentando tanto a violência urbana quanto os acidentes (Aquino, 2023).

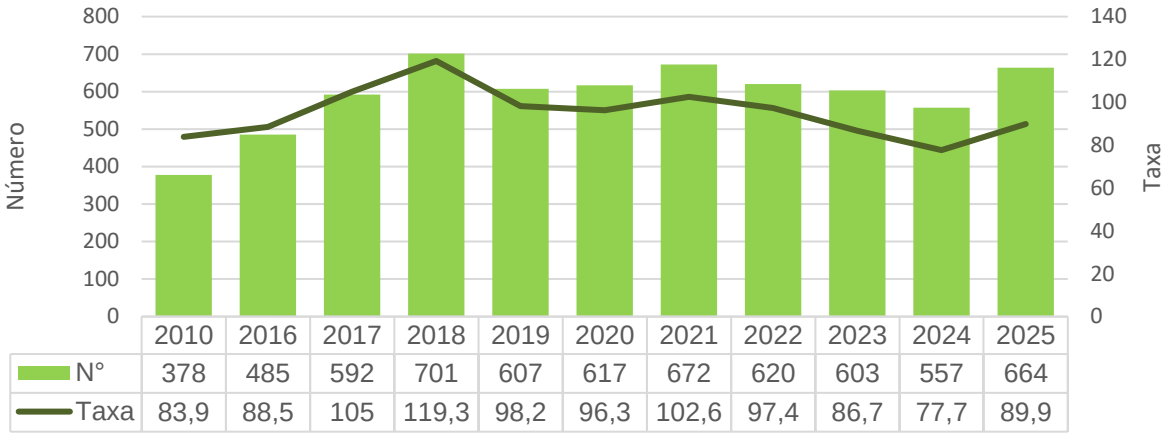
Tabela 27. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos total	População residente	Causas externas		
			N°	%	Taxa
2010	1.740	450.479	378	21,7	83,9
2016	2292	548.233	485	21,2	88,5
2017	2595	564.013	592	22,8	105,0
2018	2930	587.497	701	23,9	119,3
2019	2978	618.125	607	20,4	98,2
2020	3767	640.975	617	16,4	96,3
2021	4458	654.972	672	15,1	102,6
2022	3388	636.707	620	18,3	97,4
2023	3474	695.270	603	17,4	86,7
2024	3207	716.793	557	17,4	77,7
2025	3507	738.772	664	18,9	89,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório anual de Vigilância epidemiologica de Roraima de 2024.

Segundo a redução gradual até o patamar mais baixo em 2024 (77,7 por 100 mil) ocorreu devido a ações de estabilização. Intervenções federais e estaduais nas penitenciárias do estado conseguiram retomar o controle das unidades, desarticulando a comunicação de lideranças criminosas com as ruas. O conflito aberto entre as facções reduziu de intensidade à medida que um dos grupos estabeleceu maior controle territorial, diminuindo os assassinatos em série (Brandão, 2018). A presença contínua da Operação Acolhida estruturou a recepção e a interiorização de migrantes, reduzindo os impactos da vulnerabilidade social imediata no aumento da criminalidade local.

Figura 11. Número e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, de residentes em Roraima, 2010, 2016 a 2025



	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	378	485	592	701	607	617	672	620	603	557	664
Taxa	83,9	88,5	105	119,3	98,2	96,3	102,6	97,4	86,7	77,7	89,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Terceiro, a nova inversão da tendência em 2025, fazendo os óbitos por causas externas subirem para 664, liga o sinal de alerta por novos fatores: O ressurgimento ou a interiorização de conflitos ligados à exploração de minérios e invasões de terras (como na Terra Indígena Yanomami) aumentaram os homicídios no interior do estado. O estado voltou a registrar tensões pelo controle de rotas fluviais e terrestres de contrabando e drogas na fronteira internacional. Com o aumento contínuo da frota de veículos e a infraestrutura urbana pressionada, os acidentes de transporte (principalmente envolvendo motocicletas) mantêm-se como uma fatia pesada e crescente das mortes não naturais no estado (Agência Senado, 2025).

Tabela 28. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas segundo a causa básica da CID-10, de residentes em Roraima, 2025

Causas externas	N	%	Taxa
Acidentes de transporte	168	25,3	22,7
Quedas	33	5,0	4,5
Afogamento e submersões acidentais	45	6,8	6,1
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	6	0,9	0,8
Envenenamento, intoxicação por ou expos a substância nociva	5	0,8	0,7
Lesões autoprovocadas voluntariamente	74	11,1	10,0
Agressões	217	32,7	29,4
Eventos(fatos) cuja intenção e indeterminada	68	10,2	9,2
Intervenções legais e operações de guerra	2	0,3	0,3
Demais causas externas	46	6,9	6,2
Total	664	100,0	89,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Em 2025, do total de 664 mortes por causas externas, destacam-se as agressões (32,7%) e os acidentes de transporte (25,3%) como as principais causas, totalizando uma taxa de 89,9 por 100 mil habitantes. A mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente atingiu 11,1% dos casos, enquanto eventos de intenção indeterminada representaram 10,2%, sugerindo alta subnotificação nas categorias principais (Tabela 28).

As agressões lideram o *ranking*, representando 32,7% do total, com uma taxa expressiva de 29,4 por 100 mil. Esse dado confirma o impacto direto das disputas territoriais de facções criminosas na fronteira e o aumento da violência letal no interior do estado, impulsionada por conflitos em áreas de garimpo ilegal e vulnerabilidade social nas periferias urbanas.

Os acidentes de transporte são a segunda maior causa, respondendo por 25,3% das mortes (taxa de 22,7 por 100 mil) e reflete o crescimento desordenado das cidades (como Boa Vista), o aumento expressivo da frota de motocicletas (veículo com maior índice de letalidade) e a precariedade de fiscalização ou infraestrutura nas rodovias que cortam o estado.

Tabela 29. Número e percentual de mortes por causas externas segundo a causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2025

	Masculino		Feminino		Total
Causas externas	N	%	N	%	
Acidentes de transporte	125	74,4	43	25,6	168
Quedas	16	48,5	17	51,5	33
Afogamento e submersões acidentais	35	77,8	10	22,2	45
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	4	66,7	2	33,3	6
Envenenamento, intoxicação por ou expos a substância nociva	3	60,0	2	40,0	5
Lesões autoprovocadas voluntariamente	57	77,0	17	23,0	74
Agressões	171	78,8	46	21,2	217
Eventos(fatos) cuja intenção e indeterminada	53	77,9	15	22,1	68
Intervenções legais e operações de guerra	2	100,0	0	0,0	2
Demais causas externas	30	65,2	16	34,8	46
Total	496	74,7	168	25,3	664

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Quanto as lesões autoprovocadas (11,1% / Taxa 10,0) Roraima historicamente apresenta taxas de suicídio superiores à média nacional. Isso é explicado por forte pressão psicossocial, isolamento geográfico em certas regiões e a vulnerabilidade

socioeconômica extrema que afeta tanto populações migrantes quanto comunidades indígenas locais.

As mortes violentas com causa indeterminada (10,2% / Taxa 9,2) apresentam uma taxa elevada e aponta para dificuldades nas investigações e na perícia técnica. Muitas dessas mortes são, na realidade, homicídios ou suicídios que não puderam ser devidamente classificados por falta de esclarecimento das circunstâncias do óbito (Cerqueira; Lins, 2025).

Em 2025, o sexo masculino representou 74,7% das 664 mortes por causas externas, com destaque para a alta prevalência masculina em agressões (78,8%), lesões autoprovocadas (77,0%) e acidentes de transporte (74,4%). O sexo feminino constituiu a maioria apenas nas mortes por quedas (51,5%), evidenciando um padrão de risco de gênero (Tabela 29).

Tabela 30. Número e percentual de mortes por causas externas segundo a causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2025

Causas externas	< 01a		1 a 9		10 a19		20-29a		30 a 59		60 e +		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acidentes de transporte	0	0	2	1,2	18	10,7	45	26,8	74	44	29	17,3	0	0	168
Quedas	0	0	0	0	1	3	0	0	6	18,2	26	78,8	0	0	33
Afogamento e submersões acidentais	0	0	13	28,9	3	6,7	9	20	15	33,3	5	11,1	0	0	45
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	0	0	3	50	0	0	0	0	3	50	0	0	0	0	6
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0	0	1	20	0	0	1	20	1	20	2	40	0	0	5
Lesões autoprovocadas voluntariamente	0	0	0	0	21	28,4	25	33,8	19	25,7	9	12,2	0	0	74
Agressões	23	10,6	4	1,8	17	7,8	62	28,6	90	41,5	21	9,7	0	0	217
Eventos(fatos) cuja intenção e indetermin	0	0	0	0	4	5,9	7	10,3	39	57,4	17	25	1	1,5	68
Intervenções legais e operações de guerra	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2
Demais causas externas	8	17,4	1	2,2	5	10,9	5	10,9	18	39,1	9	19,6	0	0	46
Total	31	4,7	24	3,6	69	10,4	155	23,3	266	40,1	118	17,8	1	0,2	664

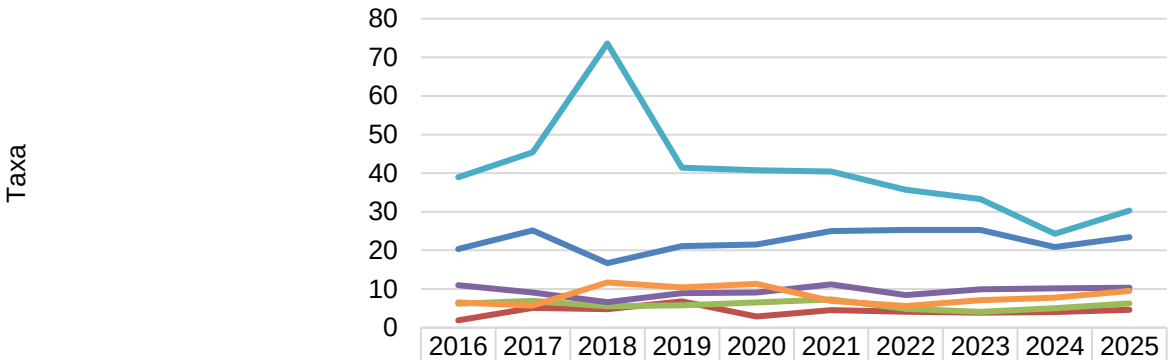
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As crianças (0 a 9 anos) registram baixa letalidade geral, mas chamam atenção

os afogamentos (13 mortes entre 1 e 9 anos). Jovens (20 a 29 anos) apresentam o maior índice de lesões autoprovocadas voluntariamente (33,8% desta categoria). A soma das faixas de 20 a 59 anos responde por 63,4% de todas as mortes externas do estado. Adultos de 30 a 59 anos concentram o maior volume geral de mortes (266 óbitos, 40,1%). Idosos (60 anos e +) concentram a imensa maioria das mortes por quedas (26 óbitos, 78,8% dessa causa específica) (Tabela 30).

As agressões lideram com a maior taxa em todo o período analisado, atingiram o patamar máximo de 73,6 neste em 2018 com queda consistente em agressões de 2019 (41,4) até 2024 (24,3). O ano de 2025 mostra alta em agressões (30,3) e acidentes (23,4). Os acidentes de transporte mantêm-se como a segunda maior causa, oscilando entre 16,7 e 25,3. As lesões autoprovocadas possui estabilidade crônica, orbitando quase sempre a faixa da taxa de 8 a 11. As quedas e afogamentos registram os menores índices, sem grandes explosões estatísticas. Os eventos indeterminados tiveram alta entre 2018 e 2020, recuaram, e voltam a subir em 2025 (9,5) (Figura 14).

Figura 14. Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas de residentes em Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Acidentes de transporte	20,4	25,2	16,7	21,1	21,5	25	25,3	25,3	20,9	23,4
Quedas	1,9	5,1	4,8	6,8	2,9	4,5	4,1	3,9	4	4,6
Afogamento e submersoes acidentais	6,2	6,9	5,5	5,8	6,5	7,3	4,9	4,1	5	6,3
Lesoes autoprovocadas voluntariamente	11	9,1	6,6	8,9	9,1	11,2	8,4	9,9	10,2	10,3
Agressoes	38,9	45,4	73,6	41,4	40,8	40,4	35,7	33,3	24,3	30,3
Eventos(fatos) cuja intencao e indetermin	6,5	5,7	11,7	10,4	11,3	6,9	5,6	7,1	7,8	9,5

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As possíveis explicações e os fatores contextuais que justificam o comportamento desses indicadores para o pico e queda das agressões (2018–2024)

são de guerras de facções criminosas ou picos de letalidade violenta em contextos regionais. A queda subsequente pode ser explicada por novos investimentos em inteligência policial, armistícios temporários entre grupos criminosos ou políticas públicas de desarmamento e integração de forças de segurança.

O patamar persistentemente alto (sempre acima de 16,7) dos acidentes de transporte decorre do crescimento da frota de veículos (especialmente motocicletas), aliado a gargalos de fiscalização e infraestrutura viária inadequada. A variação na taxa reflete diretamente os períodos de maior ou menor policiamento, atividade econômica e circulação de pessoas.

A estabilidade das lesões voluntárias (entre 8 e 11) aponta para um problema crônico de saúde mental na população, frequentemente mascarado por tabus sociais. Quando os números de "Eventos indeterminados" sobem (como entre 2018 e 2020), isso geralmente indica uma sobrecarga nos institutos de perícia médica e investigações, gerando atrasos ou falhas na classificação final do óbito ou lesão.

Em 2025, o aumento simultâneo em agressões, acidentes e afogamentos sugere uma retomada total de circulação espacial, possíveis novas disputas territoriais urbanas ou saturação de políticas públicas preventivas anteriores.

Tabela 31. Número e percentual de óbitos por agressões/homicídios segundo faixa etária e sexo de residentes em Roraima, 2025

	Masculino		Feminino		Total	
Faixa etária	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
< 1	11	47,8	12	52,2	23	10,6
01-04	0	0,0	2	100,0	2	0,9
05-09	1	50,0	1	50,0	2	0,9
10-14	2	50,0	2	50,0	4	1,8
15-19	11	84,6	2	15,4	13	6,0
20-29	54	87,1	8	12,9	62	28,6
30-39	40	90,9	4	9,1	44	20,3
40-49	27	71,1	11	28,9	38	17,5
50-59	5	62,5	3	37,5	8	3,7
60-69	15	100,0	0	0,0	15	6,9
70-79	3	100,0	0	0,0	3	1,4
80 e+	2	66,7	1	33,3	3	1,4
Total	171	78,8	46	21,2	217	100

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O sexo masculino representa a grande maioria das vítimas, totalizando 78,8% dos casos (171 mortes). O sexo feminino soma 21,2% do total (46 mortes), com concentração atípica na primeiríssima infância e na faixa dos 40 anos. Os menores de 1 ano registram um número expressivo e alarmante de 10,6% dos casos (23 mortes), com leve maioria feminina (52,2%). A partir dos 15 anos, a proporção de homens mortos dispara, atingindo o ápice na faixa de 30 a 39 anos, onde 90,9% das vítimas são do sexo masculino. A faixa de 20 a 29 anos é a mais letal, concentrando 28,6% do total (62 mortes). Juntos, os indivíduos de 20 a 49 anos somam 66,4% de todas as vítimas registradas. Nas faixas de 60 a 79 anos, 100% das vítimas foram homens (Tabela 31).

O sexo masculino continuam sendo a grande maioria das vítimas, representando 74,4% do total (125 óbitos). O sexo feminino compõe 25,6% dos registros (43 óbitos), mantendo uma proporção de 1 mulher para cada 3 homens. Na faixa de 1 a 4 anos, o registro foi exclusivamente masculino (2 mortes). Na faixa de 15 a19 anos é a única idade onde o sexo feminino é a maioria (53,3%), acumulando 15 óbitos no total. A faixa de 20 a 29 anos permanece a mais letal, concentrando 26,8% dos casos (45 mortes). As faixas de 40-49 anos e 50-59 anos apresentam exatamente o mesmo impacto absoluto, com 21 óbitos cada (12,5% por faixa). Entre os 70 e mais de 80 anos, 100% das vítimas foram homens (16 mortes somadas) (Tabela 32).

Tabela 32. Número e percentual de óbitos por acidentes de transporte segundo faixa etária e sexo de residentes em Roraima, 2025

	Masculino		Feminino		Total	
Faixa etária*	N	%	N	%	N	%
01-04a	2	100,0	0	0,0	2	1,2
10-14a	2	66,7	1	33,3	3	1,8
15-19a	7	46,7	8	53,3	15	8,9
20-29a	34	75,6	11	24,4	45	26,8
30-39a	23	71,9	9	28,1	32	19,0
40-49a	14	66,7	7	33,3	21	12,5
50-59a	18	85,7	3	14,3	21	12,5
60-69a	9	69,2	4	30,8	13	7,7
70-79a	14	100,0	0	0,0	14	8,3
80 e+	2	100,0	0	0,0	2	1,2
Total	125	74,4	43	25,6	168	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Faixa etária de 5 a 9 anos sem registro de óbito.

.

O sexo masculino representa 77,0% dos casos, totalizando 57 mortes. Ocorreram aproximadamente 3,3 mortes masculinas para cada 1 feminina (17 óbitos totais de mulheres). Menores de 10 a 14 anos somam 4 óbitos (5,4%), com divisão exata por gênero (2 meninos e 2 meninas). A população de 15 a 29 anos concentra mais da metade (56,8%) de todos os registros do estado, somando 42 mortes. A faixa de 20 a 29 anos é a mais afetada, acumulando isoladamente 33,8% do total (25 óbitos). Nas faixas de 30-39 anos, 50-59 anos e acima de 80 anos, 100% das vítimas registradas foram do sexo masculino. O sexo feminino registra óbitos em quase todas as idades, exceto nos três intervalos de exclusividade masculina citados acima (Tabela 33).

As populações pardas (54,7%) e indígena (30,7%) somam 85,4% de todas as mortes por causas externas no estado, totalizando 392 dos 459 óbitos. Brancos, pretos e amarelos somadas representam 14,1% do total de óbitos por causas externas no período avaliado. As agressões dividem-se de forma quase igualitária entre pardos (44,2%) e indígenas (41,9%), somando juntos 86,1% das vítimas. Nos acidentes de transporte, os pardos sofrem o maior impacto isolado, concentrando 72,6% das ocorrências (122 mortes). A população indígena lidera os registros de lesões autoprovocadas com 50,0% dos casos (37 mortes), seguida de perto pelos pardos com 44,6% (Tabela 34).

Tabela 33. Número e percentual de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente/suicídios segundo a faixa etária e sexo, residentes em Roraima, 2025

	Masculino		Feminino		Total	
Faixa etária	N	%	N	%	N	%
10-14a	2	50,0	2	50,0	4	5,4
15-19a	12	70,6	5	29,4	17	23,0
20-29a	19	76,0	6	24,0	25	33,8
30-39a	5	100,0	0	0,0	5	6,8
40-49a	8	80,0	2	20,0	10	13,5
50-59a	4	100,0	0	0,0	4	5,4
60-69a	3	75,0	1	25,0	4	5,4
70-79a	3	75,0	1	25,0	4	5,4
80 e+	1	100,0	0	0,0	1	1,4
Total	57	77,0	17	23,0	74	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Faixa etária de 0 a 9 anos sem registro de óbito.

Roraima enfrenta uma forte dinâmica de violência urbana (fronteiras e periferia de Boa Vista) ligada a facções criminosas, afetando diretamente jovens pardos. Nas áreas isoladas, o avanço do garimpo ilegal e invasões territoriais geram conflitos armados e homicídios que vitimizam diretamente as populações indígenas locais.

O predomínio de pardos e indígenas pode ser explicado pelo fato de o estado possuir uma das maiores proporções de população autodeclarada parda e indígena do Brasil. Estatisticamente, a maioria dos registros tende a se concentrar nesses grupos. Essas populações frequentemente habitam áreas periféricas, zonas rurais ou territórios com menor presença de infraestrutura urbana e serviços de segurança pública.

Tabela 34. Número e percentual de óbitos por causas externas e raça, residentes em Roraima, 2025

	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		
Causas externas	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**Total**
Acidentes de transporte	24	14,3	8	4,8	1	0,6	122	72,6	13	7,7	168
Lesões autoprovocadas voluntariamente	3	4,1	1	1,4	0	0,0	33	44,6	37	50,0	74
Agressões*	18	8,3	9	4,1	1	0,5	96	44,2	91	41,9	217
Total	45	9,8	18	3,9	2	0,4	251	54,7	141	30,7	459

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*2 óbitos com raça ignorada.

A população parda compõe a maior parte da força de trabalho urbana em Roraima. O uso intenso de motocicletas como meio de transporte e ferramenta de trabalho (aplicativos/entregas) eleva a exposição ao risco de acidentes severos. O alto índice de suicídio em indígenas pode estar refletindo o sofrimento psicossocial severo enfrentado por comunidades indígenas (como no território Yanomami e outras reservas). Conflitos territoriais decorrentes do garimpo ilegal, desestruturação familiar, abuso de substâncias e a falta de assistência em saúde mental adaptada às línguas e culturas nativas impulsionam essa crise sanitária.

4.5.3 Mortalidade por neoplasias

A neoplasia é uma preocupação global de saúde pública. Em Roraima as mortes por neoplasias ocuparam o terceiro lugar no grupo de causa de morte em 2025 e representaram 15,1% de todas as mortes (Tabela 34).

Tabela 34. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por neoplasias, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos total	População residente	Neoplasias		
			N°	%	Taxa
2010	1.740	450.479	218	12,5	48,4
2016	2.292	548.233	283	12,3	51,6
2017	2.595	564.013	360	13,9	63,8
2018	2.930	587.497	380	13,0	64,7
2019	2.978	618.125	419	14,1	67,8
2020	3.767	640.975	406	10,8	63,3
2021	4.458	654.972	426	9,6	65,0
2022	3.388	636.707	455	13,4	71,5
2023	3.474	695.270	487	14,0	70,0
2024	3.207	716.793	526	16,4	73,4
2025	3.507	738.772	531	15,1	71,9

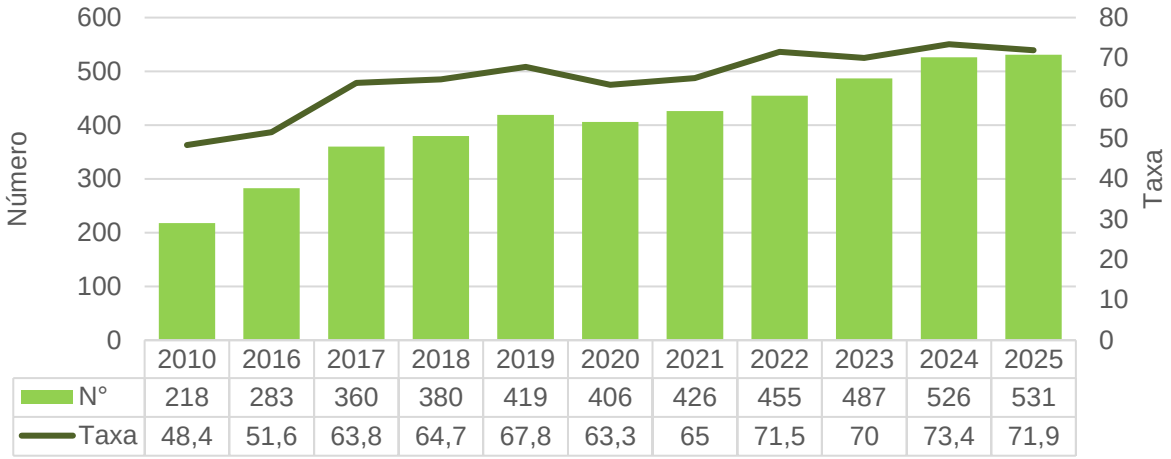
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2024.

A taxa de mortalidade por neoplasias apresentou uma tendência de crescimento expressivo a longo prazo, aumentando 48,5% entre 2010 e 2025. O aumento concentrou-se entre 2016 (51,6) e 2017 (63,8), quando a taxa rompeu a barreira dos 60 óbitos por 100 mil. O ano com a maior taxa de mortalidade registrada foi 2024, atingindo 73,4. Em 2020 e 2021, o percentual de mortes por neoplasias caiu para os menores níveis históricos (10,8% e 9,6%, respectivamente). Esse recuo não reflete uma melhora real na saúde oncológica. Ele ocorreu porque o número total de óbitos no estado explodiu devido à Covid-19. Mesmo com o colapso do sistema de saúde, a taxa de mortalidade por neoplasias manteve-se firme (63,3 e 65,0), mostrando a letalidade constante da doença (Figura 15).

Esse aumento expressivo da taxa de mortalidade por neoplasias é impulsionado por uma combinação de gargalos no sistema de saúde regional, mudanças no perfil da população e diagnósticos tardios (IEPS, 2024). Os principais fatores que explicam esse crescimento histórico dividem-se em três grandes pilares: Primeiro, os dados históricos do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostram que Roraima enfrenta sérios problemas com o rastreamento precoce. No caso do câncer de mama, por exemplo, o estado registrou o maior percentual do país de diagnósticos já nos estágios III e IV (Lima, 2025). A concentração de oncologistas, centros de biópsia e aparelhos de radioterapia e quimioterapia na capital (Boa Vista) atrasa o início do tratamento de

pacientes que vivem no interior do estado ou em comunidades isolada (Santana et al., 2024). O estado frequentemente ocupa posições críticas em *rankings* de mortalidade por causas evitáveis, refletindo falhas na cobertura e na resolutividade da Atenção Primária à Saúde (Lima, 2025).

Figura 15. Número e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes), de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025



	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	218	283	360	380	419	406	426	455	487	526	531
Taxa	48,4	51,6	63,8	64,7	67,8	63,3	65	71,5	70	73,4	71,9

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Segundo, embora o estado historicamente tenha uma população jovem devido aos fluxos migratórios, o estado passa por um processo de transição demográfica. Com o aumento da expectativa de vida regional, há mais pessoas atingindo faixas etárias onde o aparecimento de tumores malignos é biologicamente mais comum. Embora o estado historicamente tenha uma população jovem devido aos fluxos migratórios, passa por um processo de transição demográfica. Com o aumento da expectativa de vida regional, há mais pessoas atingindo faixas etárias onde o aparecimento de tumores malignos é biologicamente mais comum (Gioseffi, 2025).

Terceiro, a urbanização rápida no estado alterou a dieta da população. O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, associado ao sedentarismo e ao crescimento dos índices de obesidade, atua diretamente como fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias (especialmente as colorretais e de estômago). Em algumas regiões do estado, fatores ambientais relacionados ao uso inadequado de agrotóxicos na fronteira agrícola e a contaminação por atividades extrativistas também são investigados por especialistas como potenciais agravantes para a saúde oncológica a longo prazo (Gioseffi, 2025).

Tabela 35. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) de neoplasias por causas básicas da CID-10, de residentes em Roraima, 2025

Neoplasias	N	%	Taxa
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	42	7,9	5,7
Neoplasia maligna da mama	41	7,7	5,5
Neoplasia maligna do colo do útero	40	7,5	5,4
Neoplasia maligna do estomago	37	7	5
Neoplasia maligna do colo, reto e anus	37	7	5
Neopl malig do fígado e vias bil intrahepat	24	4,5	3,2
Neoplasia maligna do pâncreas	24	4,5	3,2
Neoplasia maligna da próstata	24	4,5	3,2
Neopl malig mening, encef e out partes SNC	22	4,1	3
Leucemia	19	3,6	2,6
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	18	3,4	2,4
Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	12	2,3	1,6
Neopl malig de corpo e partes n/esp utero	12	2,3	1,6
Neoplasia maligna do esôfago	10	1,9	1,4
Neoplasia maligna da laringe	10	1,9	1,4
Neoplasia maligna do ovario	10	1,9	1,4
Linfoma nao-Hodgkin	8	1,5	1,1
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	7	1,3	0,9
Neoplasia maligna da bexiga	5	0,9	0,7
Neoplasia maligna da pele	4	0,8	0,5
Restante de neoplasias malignas	125	23,5	16,9
Total	531	100	71,9

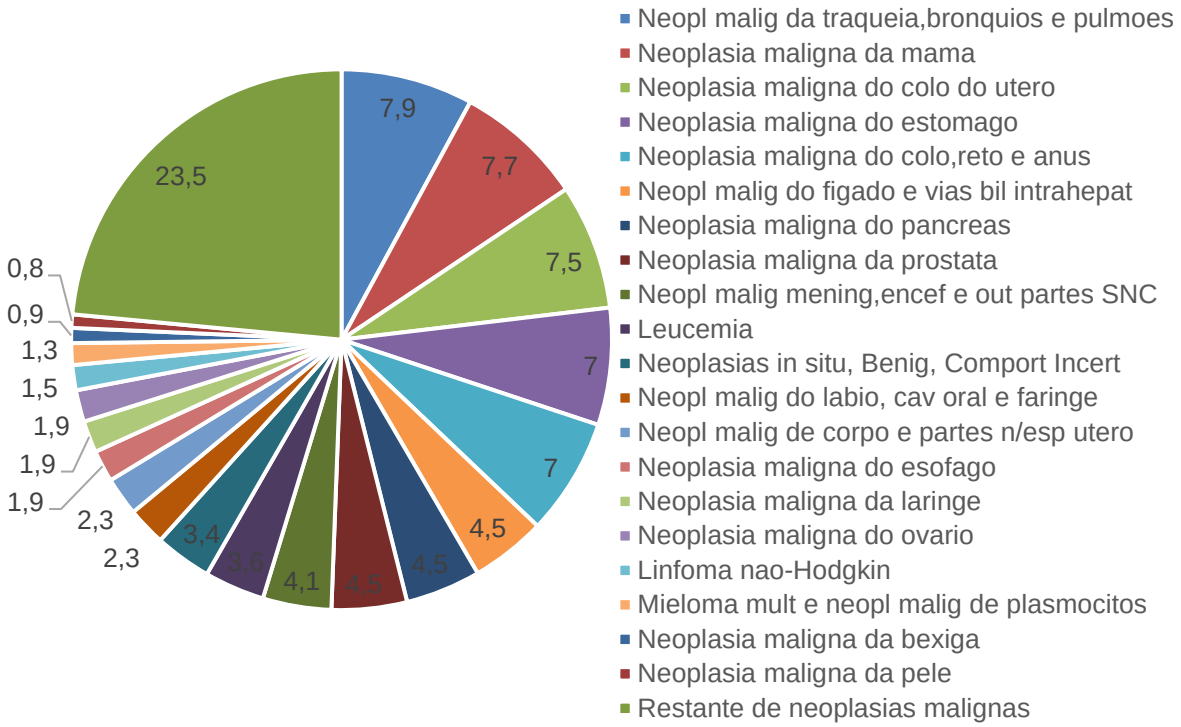
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Roraima viveu uma forte expansão demográfica, saltando de 450 mil habitantes para mais de 738 mil. O número absoluto de mortes por essa causa passou de 218 para 531 no mesmo período acompanhando quase perfeitamente o crescimento da população (correlação de 0,97). Isso indica que o envelhecimento populacional ou a maior exposição a fatores de risco no estado demandam atenção urgente na atenção oncológica.

Os dados da Tabela 35 revelam uma forte concentração de óbitos em tipos específicos de câncer e expõe fragilidades críticas na saúde pública do estado. Apenas as cinco principais causas básicas (pulmão, mama, colo do útero, estômago e colorretal) respondem por mais de um terço (37,1%) de todas as mortes por câncer no estado. O câncer de traqueia, brônquios e pulmões é a maior causa isolada de morte (42 óbitos; 7,9%), com uma taxa de 5,7 por 100 mil habitantes, refletindo o forte impacto

do tabagismo e diagnósticos em fases avançadas. O câncer de mama (41 óbitos; 7,7%) e o de colo do útero (40 óbitos; 7,5%) aparecem praticamente empatados na 2ª e 3ª posições. A alta taxa de mortalidade por câncer de colo do útero (5,4 por 100 mil) é um indicador crítico. Trata-se de uma doença altamente evitável por meio de vacinação contra o HPV e exames preventivos (Papanicolau), apontando para falhas crônicas no acesso à Atenção Primária no estado. O câncer de estômago e o colorretal (colo, reto e ânus) aparecem empatados com 37 mortes cada (7% do total). Esses números acendem um alerta para os hábitos alimentares da população (alto consumo de ultraprocessados) e fatores infecciosos crônicos, como a bactéria *H. pylori* no caso do estômago. O grupo de outras neoplasias malignas soma 125 mortes (23,5%). Isso demonstra a ampla variedade de tumores que demandam uma estrutura de atendimento oncológico altamente diversificada e complexa em Roraima (Figura 16).

Figura 16. Percentual de neoplasias por causas básicas da CID-10, de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (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).

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.

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 (INCA, 2022).

Tabela 36. Número e percentual de óbitos por neoplasias segundo a causa básica e o sexo, de residentes em Roraima, 2025

Neoplasias	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	11	91,7	1	8,3	12	2,3
Neoplasia maligna do esôfago	9	90,0	1	10,0	10	1,9
Neoplasia maligna do estomago	20	54,1	17	45,9	37	7,0
Neoplasia maligna do colo, reto e anus	23	62,2	14	37,8	37	7,0
Neopl malig do fígado e vias bil intrahepat	14	58,3	10	41,7	24	4,5
Neoplasia maligna do pâncreas	12	50,0	12	50,0	24	4,5
Neoplasia maligna da laringe	9	90,0	1	10,0	10	1,9
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	22	52,4	20	47,6	42	7,9
Neoplasia maligna da pele	2	50,0	2	50,0	4	0,8
Neoplasia maligna da mama	0	0,0	41	100,0	41	7,7
Neoplasia maligna do colo do útero	0	0,0	40	100,0	40	7,5
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	0	0,0	12	100,0	12	2,3
Neoplasia maligna do ovário	0	0,0	10	100,0	10	1,9
Neoplasia maligna da próstata	24	100,0	0	0,0	24	4,5
Neoplasia maligna da bexiga	4	80,0	1	20,0	5	0,9
Neopl malig mening, encef e out partes SNC	15	68,2	7	31,8	22	4,1
Linfoma nao-Hodgkin	6	75,0	2	25,0	8	1,5
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	4	57,1	3	42,9	7	1,3
Leucemia	11	57,9	8	42,1	19	3,6
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	9	50,0	9	50,0	18	3,4
Restante de neoplasias malignas	65	52,0	60	48,0	125	23,5
Total	260	49,0	271	51,0	531	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise dos dados de mortalidade por neoplasias no estado segundo o sexo revela uma clara disparidade em tipos específicos de câncer, influenciada por fatores comportamentais, biológicos e de acesso à saúde. O total de óbitos é discretamente superior no sexo feminino (51%) em relação ao masculino (49%). O impacto do câncer de mama, útero e ovário nas mulheres (103 óbitos somados) supera numericamente o impacto do câncer de próstata nos homens (24 óbitos) (Tabela 36).

O sexo masculino lidera de forma esmagadora os cânceres fortemente associados ao tabagismo e ao consumo de álcool: Lábio, cavidade oral e faringe: (91,7%), esôfago e laringe (90%), bexiga e linfoma não-Hodgkin (80% e 75% das mortes, respectivamente).

Algumas das neoplasias mais letais apresentam uma distribuição quase idêntica entre os sexos, indicando que os fatores de risco (como dieta, genética e poluição) afetam ambos igualmente: Traqueia, brônquios e pulmões, praticamente empatado (52,4% homens vs. 47,6% mulheres), mostrando que o tabagismo e a exposição a poluentes históricos atingem ambos os gêneros na região. Pâncreas e pele têm divisão exata de 50% para cada sexo. No de estômago, a distribuição é de 54,1% homens vs. 45,9% mulheres.

Nesse cenário, para os homens há uma necessidade urgente de campanhas antitabagismo focadas no público masculino e de conscientização sobre o câncer de próstata, cuja mortalidade (24 óbitos) iguala-se à de cânceres como fígado e pâncreas. Para as mulheres, o forte peso dos tumores ginecológicos (mama e colo do útero somam 81 mortes) reforça a necessidade de ampliar o acesso aos exames preventivos de rotina (mamografia e Papanicolau) no estado.

No Brasil, o cancer de colo de útero 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.O Ministério da Saúde recomenda vacinar meninas e meninos.

A 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 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 mil mortes por câncer de pulmão em todo o mundo foram atribuídas à exposição a partículas ambientais medindo ≤ 2,5 μm (PM2,5). 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).

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. Os dados de 2025 revelam um forte impacto do envelhecimento, mas acende um alerta crítico para a perda prematura de vidas na população adulta jovem. Como esperado biologicamente, a grande maioria dos óbitos concentra-se nos idosos, que somam 60,6% do total de mortes (322 óbitos). O câncer de próstata (95,8%), pulmão (92,9%), laringe (80%), pâncreas (79,2%) e colorretal (78,4%) são males que vitimam quase que exclusivamente esta faixa etária no estado. Doenças como o mieloma múltiplo e o câncer de bexiga registraram 100% de seus óbitos no grupo da terceira idade.

A faixa etária de 30 a 59 anos responde por um terço de todas as mortes (33,3% ou 177 óbitos), um dado alarmante por se tratar de uma população economicamente ativa. O câncer de ovário (70%) e o câncer de colo do útero (65%) matam majoritariamente o sexo feminino antes dos 60 anos. O câncer de mama também mostra forte impacto precoce (51,2% dos óbitos ocorrem nesta faixa). Mais da metade das mortes (54,1%) por neoplasia de estômago ocorre em adultos de 30 a 59 anos,

indicando a necessidade de rastreamento precoce de dores e infecções gástricas nesta idade. A faixa etária de 1 a 29 anos, embora representem a minoria dos óbitos (6% do total ou 32 óbitos somados), a mortalidade nesta fase da vida está concentrada em tipos específicos de câncer: Leucemia e tumores no cérebro. Juntos, os tumores de sistema nervoso central (8 óbitos) e as leucemias (7 óbitos) respondem por quase metade (46,8%) de todas as mortes de crianças e jovens até 29 anos no estado.

Tabela 37. Número e percentual de óbitos de neoplasias por causas básicas da CID-10 e faixa etária, de residentes em Roraima, 2025

Neoplasias	1 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 59		60 e +		Total
	N	%	N	%		%	N	%	N	%	
Neopl malig do labio, cav oral e faringe	0	0	0	0	0	0	7	58,3	5	41,7	12
Neoplasia maligna do esôfago	0	0	0	0	1	10	4	40	5	50	10
Neoplasia maligna do estomago	0	0	0	0	0	0	20	54,1	17	45,9	37
Neoplasia maligna do colo, reto e anus	0	0	0	0	0	0	8	21,6	29	78,4	37
Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	0	0	0	0	0	0	6	25	18	75	24
Neoplasia maligna do pâncreas	0	0	0	0	0	0	5	20,8	19	79,2	24
Neoplasia maligna da laringe	0	0	0	0	0	0	2	20	8	80	10
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	0	0	0	0	0	0	3	7,1	39	92,9	42
Neoplasia maligna da pele	0	0	0	0	0	0	2	50	2	50	4
Neoplasia maligna da mama	0	0	0	0	0	0	21	51,2	20	48,8	41
Neoplasia maligna do colo do útero	0	0	0	0	0	0	26	65	14	35	40
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	0	0	0	0	0	0	5	41,7	7	58,3	12
Neoplasia maligna do ovário	0	0	0	0	0	0	7	70	3	30	10
Neoplasia maligna da próstata	0	0	0	0	0	0	1	4,2	23	95,8	24
Neoplasia maligna da bexiga	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100	5
Neopl malig mening, encef e out partes SNC	3	13,6	3	13,6	2	9,1	3	13,6	11	50	22
Linfoma nao-Hodgkin	0	0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	5	62,5	8
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100	7
Leucemia	2	10,5	2	10,5	3	15,8	5	26,3	7	36,8	19
Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	0	0	1	5,6	1	5,6	7	38,9	9	50	18
Restante de neoplasias malignas	3	2,4	3	2,4	6	4,8	44	35,2	69	55,2	125
Total	8	1,5	10	1,9	14	2,6	177	33,3	322	60,6	531

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

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).

4.5.4 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 ao CID10 J00 a J99.

A mortalidade por essas doenças no estado apresentou uma tendência de crescimento a longo prazo, acumulando uma alta de 66% na taxa por 100 mil habitantes entre 2010 e 2025. O número absoluto de mortes quase triplicou, saltando de 138 para 375 óbitos (Tabela 38).

Tabela 38. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, de residentes em Roraima, 2010*, 2015 a 2025

Ano	N° de óbitos total	População residente	Doenças do aparelho respiratório		
			N°	%	Taxa
2010	1.740	450.479	138	7,9	30,6
2016	2292	548.233	222	9,7	40,5
2017	2595	564.013	178	6,9	31,6
2018	2930	587.497	245	8,4	41,7
2019	2978	618.125	238	8,0	38,5
2020	3767	640.975	233	6,2	36,4
2021	4458	654.972	261	5,9	39,8
2022	3388	636.707	319	9,4	50,1
2023	3474	695.270	355	10,2	51,1
2024	3207	716.793	292	9,1	40,7
2025	3507	738.772	375	10,7	50,8

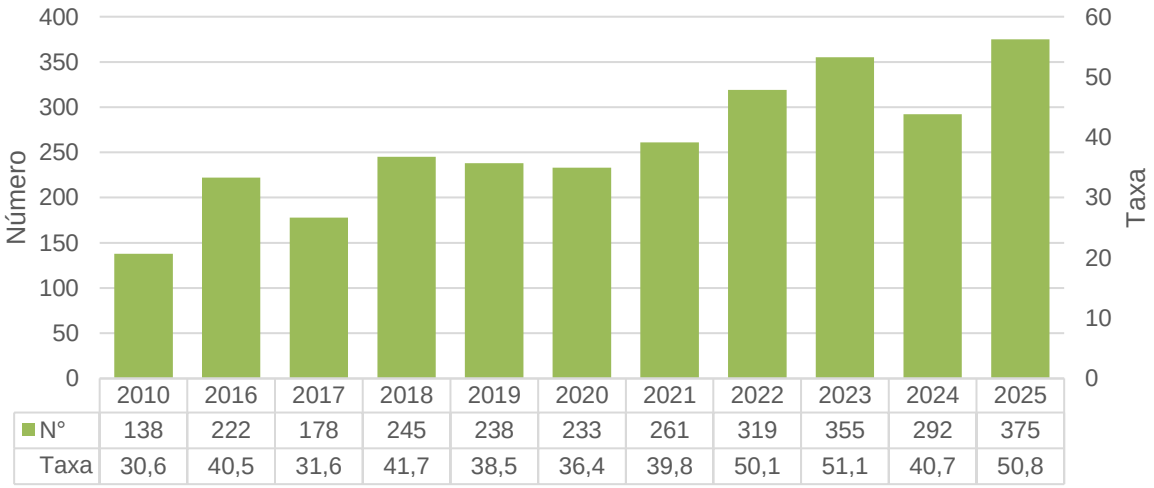
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2024.

A taxa por 100.000 habitantes subiu de 30,6 (2010) para 50,8 (2025). O pior momento da série histórica ocorreu no biênio 2022-2023, registrando a taxa recorde de 51,1 em 2023. A partir de 2022, o estado consolidou um novo patamar de mortalidade, operando frequentemente acima de 50 óbitos por 100 mil habitantes.

Em 2021, a representatividade das doenças respiratórias caiu para o menor nível histórico (5,9%), sugerindo uma queda artificial no percentual. Esse recuo ocorreu porque mortes por quadros respiratórios agudos causados por vírus foram registradas especificamente como Covid-19. Logo após o arrefecimento da pandemia, em 2022, houve um forte salto nos óbitos respiratórios tradicionais (319 mortes), sugerindo reflexos de sequelas pós-Covid ou represamento de diagnósticos.

Em 2025, as doenças respiratórias atingiram sua maior proporção histórica na causa de mortes no estado, respondendo por 10,7% do total de óbitos. A velocidade do aumento de mortes superou o próprio crescimento populacional da região. Isso indica que fatores ambientais locais (como as recorrentes queimadas e fumaça sazonais no estado) e o envelhecimento dos moradores estão agravando a vulnerabilidade respiratória em Roraima (Figura 17).

Figura 17. Número de óbitos e a taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, de residentes em Roraima, 2010, 2015 a 2025



	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	138	222	178	245	238	233	261	319	355	292	375
Taxa	30,6	40,5	31,6	41,7	38,5	36,4	39,8	50,1	51,1	40,7	50,8

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O aumento expressivo da mortalidade por doenças do aparelho respiratório em no estado é motivado por uma sobreposição de crises climáticas extremas, circulação persistente de vírus respiratórios e vulnerabilidade na infraestrutura de saúde local. As principais explicações apontadas por especialistas e dados de vigilância epidemiológica

incluem: Roraima vem enfrentando secas históricas severas. A estiagem prolongada intensificou os incêndios florestais e urbanos, cobrindo Boa Vista e municípios vizinhos com densas nuvens de fumaça (Diniz, 2025; WWWF-Brasil, 2024). Níveis alarmantes de material particulado fino (PM 2,5) — com picos de qualidade do ar considerados péssimos e insalubres — irritam gravemente as vias aéreas. Isso descompensa de forma letal pacientes que sofrem de doenças crônicas prévias, como asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (Villar, 2021).

Há a persistência de casos graves de SRAG. Estudos epidemiológicos e boletins do InfoGripe da Fiocruz destacam que Roraima manteve-se repetidamente na contramão do cenário nacional, figurando entre os únicos estados com incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em níveis de risco ou alto risco (Brasil, 2025; Monte Roraima, 2026). A alta letalidade decorre da circulação simultânea e intensa do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Influenza A e Rinovírus, afetando severamente crianças pequenas e a população idosa (Luckezie, 2024; Rede de Notícias da Amazônia, 2026). O "efeito rebote" observado após o pico da pandemia indica que sequelas pulmonares deixadas pela Covid-19 tornaram uma parcela considerável da população mais vulnerável a infecções respiratórias subsequentes. O estado enfrenta imensas barreiras de acesso geográfico. Populações do interior do estado e de terras indígenas dependem de transporte aéreo ou fluvial para o tratamento de urgências complexas. Essa dificuldade faz com que quadros tratáveis de pneumonia ou bronquite possam evoluir para insuficiência respiratória fatal antes do atendimento adequado (Dickel; Strate, 2026).

Os dados da Tabela 39 revelam um cenário de extrema gravidade centralizado em infecções agudas, evidenciando uma alta vulnerabilidade a causas tratáveis. A pneumonia é a maior causa isolada de óbito, respondendo por 61,6% de todas as mortes respiratórias (231 óbitos). Ela gera uma taxa alarmante de 31,3 mortes por 100 mil habitantes, refletindo falhas no diagnóstico precoce, na cobertura vacinal (pneumocócica) e no manejo de infecções secundárias. Somando pneumonia, influenza (gripe) e outras infecções agudas (como a bronquiolite), os quadros infecciosos de evolução rápida causam mais de 70% das mortes respiratórias no estado. As doenças crônicas das vias aéreas inferiores (que englobam o enfisema pulmonar e a bronquite crônica) são a segunda maior causa, com 57 mortes (15,2%) e taxa de 7,7 por 100 mil habitantes. Esse dado está diretamente ligado ao envelhecimento populacional e ao histórico de tabagismo ou exposição prolongada a

fumaça de queimadas. Embora registre números absolutos baixos (5 óbitos), a morte por asma é considerada um evento amplamente evitável com acesso regular a medicamentos de controle (bombinhas de corticoide), servindo como indicador de alerta para a rede de atenção básica. A bronquiolite registrou 10 óbitos (2,7% do total). Por ser uma infecção típica de bebês e crianças pequenas (causada principalmente pelo vírus sincicial respiratório), esse número sinaliza a necessidade de reforço nas UTI pediátricas e no atendimento materno-infantil nos períodos de maior sazonalidade do vírus no estado.

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, 2025

Doenças do aparelho respiratório	N	%	Taxa
Influenza (Gripe)	18	4,8	2,4
Pneumonia	231	61,6	31,3
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	19	5,1	2,6
Bronquiolite	10	2,7	1,4
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	57	15,2	7,7
Asma	5	1,3	0,7
Restante doenças do aparelho respiratório	50	13,3	6,8
Total	375	100,0	50,8

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração)

Há uma predominância acentuada e generalizada de óbitos no sexo masculino, que responde por 58,5% do total de mortes (1.589 óbitos). A pneumonia é a maior causa de óbitos isolada, o sexo masculino concentra 56% das ocorrências (890 mortes). Tanto no sexo masculino (56%) quanto no sexo feminino (44%), a pneumonia consolida-se como o principal desafio de saúde pública respiratória no estado, somando o volume massivo de 1.590 mortes no total (Tabela 40).

O sexo masculino lidera a mortalidade em quase todas as principais categorias respiratórias. Essa diferença pode ser explicada epidemiologicamente por uma maior exposição histórica a fatores de risco ocupacionais, maiores taxas de tabagismo e menor adesão a serviços de saúde preventiva. Homens representam 63,7% das mortes por doenças crônicas das vias aéreas inferiores, o que reflete diretamente o impacto prolongado do fumo e da exposição a poluentes.

.

Entre as infecções respiratórias agudas da infância (Bronquiolite), os meninos registram a maior disparidade, respondendo por 70,4% dos óbitos por bronquiolite. Nos primeiros meses de vida, os meninos possuem vias aéreas anatomicamente menores e mais estreitas que as das meninas. Diante de uma infecção pelo vírus sincicial respiratório, o pulmão masculino obstrui com maior facilidade, gerando quadros de bronquiolite mais graves e letais.

O predomínio do sexo masculino na mortalidade por doenças respiratórias em Roraima (58,5% dos óbitos), bem como a exceção no caso da asma, decorre de uma soma de fatores comportamentais, ocupacionais, biológicos e de acesso ao sistema de saúde. Tradicionalmente, a população masculina consome mais tabaco e derivados por períodos mais longos. Isso explica por que os homens lideram com folga (63,7%) as mortes por doenças crônicas das vias aéreas inferiores (como DPOC e enfisema), que levam décadas para se desenvolver. Homens estão mais presentes em frentes de trabalho ao ar livre ou na informalidade (construção civil, agropecuária, garimpo e transporte). Essas atividades aumentam a exposição contínua à poeira, fumaça de queimadas e produtos químicos, fragilizando os pulmões contra infecções como a pneumonia. Homens utilizam menos os serviços da Atenção Primária (postos de saúde) para prevenção. Eles tendem a buscar atendimento apenas quando os sintomas respiratórios já estão graves ou em estágio de insuficiência aguda. Esse atraso faz com que quadros iniciais de gripe (Influenza) ou bronquite progridam rapidamente para pneumonias bilaterais graves, elevando a taxa de letalidade hospitalar masculina.

Tabela 40. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo a causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do aparelho respiratório	Masculino		Feminino		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Influenza (Gripe)	32	58,2	23	41,8	0	0,0	55	2,0
Pneumonia	890	56,0	699	44,0	1	0,1	1590	58,5
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	47	65,3	25	34,7	0	0,0	72	2,6
Bronquiolite	19	70,4	8	29,6	0	0,0	27	1,0
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	371	63,7	211	36,3	0	0,0	582	21,4
Asma	20	38,5	32	61,5	0	0,0	52	1,9
Restante doenças do aparelho respiratório	249	59,4	170	40,6	0	0,0	419	15,4
Total	1589	58,5	1128	41,5	1	0,0	2718	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A asma surge como a única causa básica com inversão de gênero, onde o sexo

feminino é o mais afetado. O sexo feminino responde por 61,5% das mortes por asma (32 óbitos). A liderança das mulheres nas mortes por asma possui forte base científica. Após a puberdade, mudanças e flutuações hormonais (estrogênio e progesterona) tornam a inflamação asmática mais severa nas mulheres. Além disso, elas apresentam estatisticamente uma prevalência maior de asma grave e de difícil controle. A maior mortalidade por asma em mulheres adultas costuma estar associada a flutuações hormonais que agravam a severidade a doença e a uma maior prevalência de asma grave de difícil controle no público feminino.

A mortalidade é altamente concentrada nos extremos da vida: idosos (66,1%) e crianças menores de 10 anos (16,5%), somando 82,6% de todos os óbitos. Identificamos três perfis epidemiológicos. Primeiro, os bebês com menos de um ano representam um ponto crítico de atenção, somando 276 mortes (10,2% do total). Eles são desproporcionalmente afetados por infecções agudas. Quase metade de todas as mortes por bronquiolite (44,4%) ocorre em bebês menores de 1 ano, evidenciando o perigo do vírus sincicial respiratório em canais respiratórios ainda em desenvolvimento. Esta faixa etária registra 31,9% das mortes por outras infecções agudas das vias inferiores e um volume expressivo de 216 mortes por pneumonia (Tabela 41).

Tabela 41. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo a causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do aparelho respiratório	< 01a		5 a 9		10 a 19		20-29a		30 a 59		60 e +		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Influenza (Gripe)	9	16,4	8	14,5	1	1,8	3	5,5	10	18,2	24	43,6	55
Pneumonia	216	13,6	133	8,4	28	1,8	32	2	197	12,4	984	61,9	1.590
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	23	31,9	6	8,3	1	1,4	1	1,4	8	11,1	33	45,8	72
Bronquiolite	12	44,4	2	7,4	0	0	0	0	4	14,8	9	33,3	27
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	0	0	1	0,2	2	0,3	6	1	80	13,7	493	84,7	582
Asma	0	0	1	1,9	1	1,9	5	9,6	20	38,5	25	48,1	52
Restante doenças do aparelho respiratório	28	6,7	22	5,3	6	1,4	12	2,9	88	21	263	62,8	419
Total	276	10,2	170	6,3	38	1,4	54	2	383	14,1	1.797	66,1	2.718

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Segundo, na faixa etária de 5 a 59 anos podemos destacar que a idade escolar (5 a 9 anos) apresenta um volume ainda preocupante de mortes por pneumonia (133 óbitos) e influenza (8 óbitos), indicando janelas de suscetibilidade sazonal. Nos jovens

(10 a 29 anos), período mais seguro da vida, registrando as menores taxas de mortalidade respiratória (apenas 3,4% dos óbitos somados). E os adultos em idade produtiva (30 a 59 anos) começam a sofrer o impacto precoce da asma (38,5% das mortes) e das doenças crônicas (13,7%), além de acumularem 197 mortes por pneumonia.

Terceiro, a população idosa é a principal vítima, concentrando 1.797 mortes (66,1% do total). O declínio natural do sistema imunológico (imunossenescência) e o acúmulo de agressões pulmonares ao longo da vida explicam os números: Quase a totalidade das mortes por doenças crônicas (como DPOC e enfisema) ocorre nessa população (84,7%). Os idosos registram 61,9% das mortes por pneumonia (984 óbitos) e 43,6% das mortes por influenza/gripe (24 óbitos). Nesses pacientes, uma gripe comum evolui rapidamente para quadros fatais.

A distribuição dos óbitos por cor ou raça, revela uma desigualdade étnico-racial acentuada, com as populações parda e indígena concentrando a grande maioria das vítimas. A população parda é o grupo com o maior volume absoluto de mortes, somando 179 óbitos (47,7% do total). Do total de mortes nesse grupo, 60,9% foram causadas por pneumonia (109 óbitos). Os pardos também lideram amplamente os óbitos por doenças crônicas das vias aéreas inferiores, registrando 32 das 57 mortes do estado (56,1%) (Tabela 42).

Tabela 42. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo a causa básica e raça, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do aparelho respiratório	Branca		Preta		Parda		Indígena		Não informado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Influenza (Gripe)	6	33,3	1	5,6	7	38,9	3	16,67	1	5,6	18
Pneumonia	46	19,9	6	2,6	109	47,2	69	29,87	1	0,4	231
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	2	10,5	1	5,3	6	31,6	10	52,63	0	0,0	19
Bronquiolite	0	0,0	1	10,0	4	40,0	5	50,00	0	0,0	10
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	13	22,8	6	10,5	32	56,1	5	8,77	1	1,8	57
Asma	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,00	0	0,0	5
Restante doenças do aparelho respiratório	7	14,0	5	10,0	25	50,0	12	24,00	1	2,0	50
Total	74	19,7	19	5,1	179	47,7	99	26,40	4	1,1	375

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Mesmo representando uma proporção menor da população geral do estado se

comparada à parda, a população indígena registra um impacto alarmante, ocupando o segundo lugar em mortalidade com 99 óbitos (26,4% do total). Os indígenas concentram mais da metade (52,6%) de todas as mortes por outras infecções agudas das vias aéreas inferiores no estado (10 de 19 óbitos). Registram metade das mortes por bronquiolite (5 óbitos de 10), evidenciando a extrema vulnerabilidade das crianças indígenas a vírus respiratórios sazonais e possíveis dificuldades de acesso a leitos de UTI neonatal/pediátrica. A pneumonia é a principal causa de óbito também entre os indígenas, somando 69 mortes.

A população branca soma 74 óbitos (19,7%), apresentando um perfil onde a pneumonia (46) e as doenças crônicas (13) são as causas mais recorrentes, sem registros de mortes por bronquiolite ou asma nesta tabela. A população preta apresenta os menores números absolutos, com 19 óbitos (5,1%), distribuídos de forma mais pulverizada entre as causas.

Os dados demonstram que quase 75% das mortes respiratórias no estado atingem pardos e indígenas. Isso acende um alerta epidemiológico para a necessidade de políticas públicas de saúde direcionadas, com foco na interiorização do atendimento, no fortalecimento da saúde indígena e em campanhas de vacinação infantil e de idosos nessas comunidades.

Tabela 43. Número e percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório segundo a causa básica na população indígena, de residentes em Roraima, 2025

Doenças do aparelho respiratório	< 1	1 a 4	5 a 9	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 e+	Total
Influenza (Gripe)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Pneumonia	13	9	1	1	3	0	0	1	8	10	9	14	69
Out infec agudas das vias aéreas inferiores	6	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	10
Bronquiolite	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5
Restante doenças do aparelho respiratório	4	1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	2	12
Total	25	10	1	1	4	1	1	1	9	13	12	21	99
%	25,3	10,1	1,0	1,0	4,0	1,0	1,0	1,0	9,1	13,1	12,1	21,2	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise desses dados na população indígena de Roraima em 2025 revela um comportamento epidemiológico alarmante: uma curva bimodal extrema (formato em

"U"), concentrando as mortes nos bebês e nos idosos (Tabela 43). Juntos, os menores de 5 anos e os maiores de 60 anos respondem por 81,8% de todos os óbitos indígenas (81 de 99 mortes).

Identificamos três pontos mais críticos. Primeiro, as crianças pequenas (0 a 4 anos) representam o grupo mais vulnerável, somando 35,4% da mortalidade total (35 óbitos). Os menores de 1 ano concentram um quarto das mortes (25,3%). Eles são as principais vítimas de quadros agudos e fulminantes, como a bronquiolite (todos os 5 óbitos indígenas ocorreram nesta idade) e outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (6 óbitos). A pneumonia é altamente letal nos primeiros anos de vida, vitimando 22 crianças indígenas entre 0 e 4 anos. Esse dado sinaliza um alerta grave para a necessidade de diagnóstico rápido nas comunidades e de fortalecimento da cobertura vacinal pneumocócica.

Segundo, no outro extremo, os idosos indígenas somam 46,4% das mortes (46 óbitos), com destaque para o grupo de 80 anos ou mais, que lidera em números absolutos (21 óbitos). Dos 46 óbitos de idosos, 33 foram causados por pneumonia (71,7%). Na terceira idade, a imunidade reduzida faz com que infecções respiratórias evoluam de forma fatal muito rapidamente. Embora o estilo de vida tradicional indígena historicamente registre menos problemas crônicos, as doenças crônicas das vias aéreas inferiores (como DPOC) começam a aparecer exclusivamente a partir dos 60 anos (5 óbitos).

Terceiro, o período entre 5 e 49 anos é estatisticamente o mais seguro para os indígenas, registrando apenas 10 óbitos somados. Há um sutil repique de mortalidade nesta faixa, com 9 óbitos, sendo 8 deles causados por pneumonia.

O perfil de mortalidade respiratória indígena em Roraima é majoritariamente infeccioso e agudo (gripe, pneumonia e bronquiolite somam 78% do total). Por serem causas amplamente tratáveis e evitáveis, esses números evidenciam as barreiras de acesso geográfico e logístico enfrentadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), onde a demora na remoção de pacientes em estado grave de áreas isoladas para Boa Vista eleva drasticamente a letalidade nas pontas mais frágeis da vida (bebês e idosos).

4.5.5 Mortalidade por algumas afecções originadas no período perinatal

A mortalidade por algumas afecções originadas no período perinatal é definida 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).

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). E 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 2025, 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).

A análise dos dados de mortalidade no período de (2010 e 2016 a 2025) revela uma oscilação persistente na taxa, indicando desafios estruturais contínuos na saúde materno-infantil e na assistência ao parto no estado (Tabela 44 e Figura 18). Ao contrário das mortes gerais e por doenças infecciosas, a taxa de mortalidade perinatal não explodiu no auge da Covid-19 (2020-2021). Ela caiu de 19,2 (2019) para 17,5 (2020) e 15,8 (2021), possivelmente reflexo da priorização de leitos e cuidados isolados para gestantes e recém-nascidos. O ano de 2022 registrou a pior taxa da série histórica estudada, 20,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos (207 mortes). Esse pico pode estar associado à desmobilização de estruturas de saúde pós-pandemia ou gargalos represados no pré-natal. Os dois últimos anos (2024-2025) apresentam o menor

patamar da série histórica, estabilizando-se em 15,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos. O ano de 2025 registrou o maior volume de nascidos vivos do período (14.947), mantendo o controle sobre o número absoluto de mortes (230)

Tabela 44. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) por algumas afecções originadas do período perinatal, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos	Afecções originárias no período perinatal			
		Nascidos vivos	N°	%	Taxa
2010	1.740	9.751	153	8,8	15,7
2016	2292	11381	198	8,6	17,8
2017	2595	11755	209	8,1	17,8
2018	2930	12733	227	7,7	16,1
2019	2978	14657	236	7,9	19,2
2020	3767	13770	265	7,0	17,5
2021	4458	13907	243	5,5	15,8
2022	3388	13099	207	6,1	20,7
2023	3474	13016	269	7,7	19,2
2024	3207	12092	232	7,2	15,4
2025	3507	14947	230	6,6	15,4

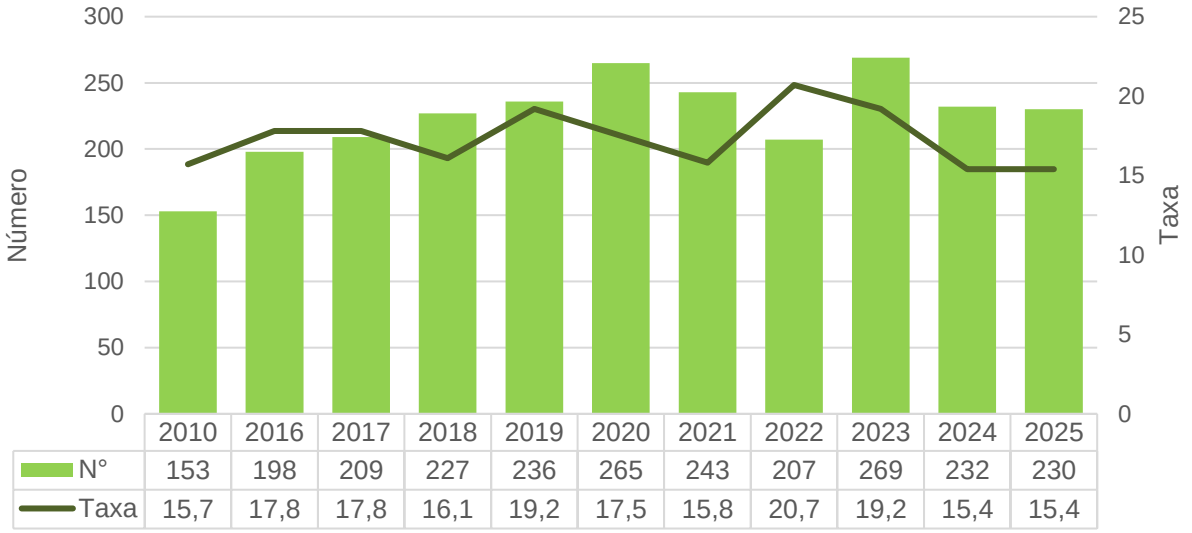
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2024.

Embora o número absoluto de mortes perinatais tenha crescido de 153 (2010) para 230 (2025), o impacto percentual dessas mortes no total de óbitos do estado diminuiu de 8,8% para 6,6%, indicando que outras causas de morte cresceram mais aceleradamente em Roraima. O período perinatal é altamente sensível à qualidade da assistência pré-natal, do parto e dos primeiros dias de vida do bebê. A manutenção de taxas próximas ou superiores a 15 por 1.000 demonstra que, apesar da melhora recente em 2024/2025, o estado necessita consolidar a rede de atenção às gestantes de alto risco e o suporte de UTIs neonatais.

As falhas de assistência e complicações no manejo da gestação respondem diretamente pela maioria absoluta dos óbitos de recém-nascidos. O grupo "feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e complicações da gravidez" é a principal causa específica, com 73 óbitos (31,7%) e uma taxa de 4,9 por 1.000 nascidos vivos. Esse indicador reflete diretamente a saúde da gestante (como hipertensão e infecções) e a qualidade do pré-natal. Os "transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos

do período perinatal" causaram 51 mortes (taxa de 3,4). Esses casos estão ligados à assistência imediata na sala de parto, como a asfixia perinatal e a síndrome de angústia respiratória.

Figura 18. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) por algumas afecções originadas do período perinatal, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025



	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	153	198	209	227	236	265	243	207	269	232	230
Taxa	15,7	17,8	17,8	16,1	19,2	17,5	15,8	20,7	19,2	15,4	15,4

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Os "transtornos relacionados à duração da gestação e ao crescimento fetal" registraram apenas 9 óbitos (3,9%). É provável que mortes de prematuros estejam sendo classificadas sob as consequências clínicas (como os transtornos respiratórios), e não pela prematuridade em si. Não houve nenhum registro de traumatismo de parto (0,0%), o que indica boa evolução nas técnicas obstétricas físicas e intervenções de parto no estado. A maior parcela dos óbitos (97 mortes) está agrupada em "Restante das afecções". Esse alto percentual de causas genéricas diminui a precisão epidemiológica e pode ocultar infecções perinatais ou malformações.

Os dados provam que para reduzir a mortalidade perinatal no estado abaixo de duas frações, o foco essencial deve ser o pré-natal de alto risco (para mitigar os fatores maternos) e a capacitação em reanimação neonatal nas maternidades (para reduzir os transtornos respiratórios) (Tabela 45).

Tabela 45. 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, 2025

Afecções originadas no período perinatal	N	%	Taxa
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	73	31,7	4,9
Transt relac duração gestação e cresc fetal	9	3,9	0,6
Traumatismo de parto	0	0,0	0,0
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	51	22,2	3,4
Rest afec originadas no período perinatal	97	42,2	6,5
Total	230	100,0	15,4

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise dos dados revela uma desproporção de gênero acentuada, com o sexo masculino concentrando a grande maioria das mortes (61,3% ou 141 óbitos). Aliás, o sexo masculino apresenta maior mortalidade em todas as categorias listadas na Tabela 46. Esse fenômeno é amplamente documentado na literatura médica e neonatal, associado a uma maior vulnerabilidade biológica e maturação pulmonar mais tardia no sexo masculino. Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e complicações da gravidez é a maior causa específica (73 óbitos), o sexo masculino responde por 58,9% das ocorrências. Essa categoria reflete problemas como pré-eclâmpsia, infecções e diabetes gestacional na mãe. Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal concentram 58,8% dos óbitos no sexo masculino e são causados por falhas agudas de oxigenação e circulação logo após o nascimento (51 mortes). Transtornos relacionados à duração da gestação e ao crescimento fetal envolve a prematuridade e o baixo peso ao nascer, e o sexo masculino representa 66,7% das mortes.

Tabela 46. Número e percentual de óbitos por algumas afecções originadas do período perinatal segundo sexo de residentes em Roraima, 2025

	Masculino		Feminino		Ignorado		Total
Afecções originadas no período perinatal	N	%	N	%	N	%	
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	43	58,9	28	38,4	2	2,7	73
Transt relac duracao gestacao e cresc fetal	6	66,7	3	33,3	0	0,0	9
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	30	58,8	21	41,2	0	0,0	51
Rest afec originadas no periodo perinatal	62	63,9	32	33,0	3	3,1	97
Total	141	61,3	84	36,5	5	2,2	230

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Os cinco óbitos com o sexo classificado como ignorado (2,2% do total) podem ocorrer em casos onde as características biológicas no nascimento ainda não puderam ser definidas ou devido a erros de preenchimento na declaração de óbito, concentrando-se principalmente no grupo de "restante de afecções" e complicações maternas. Excluindo a categoria residual ("Restante"), o principal vetor de mortalidade para ambos os sexos são as complicações da própria gestação e do parto sobre o feto (73 óbitos). Isso reforça que as melhorias nos indicadores neonatais do estado dependem diretamente da qualidade do pré-natal de alto risco e da agilidade no atendimento ao parto.

Tabela 47. Número e percentual de óbitos por algumas afecções originadas do período perinatal segundo a faixa etária infantil, de residentes em Roraima, 2024

	<7 dias		7 a 27 dias		28 dias a < 1 ano		Ignorado		
Afecções originadas no período perinatal	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**Total**
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	14	19,2	2	2,7	0	0,0	57	78,1	73
Transt relac duração gestação e cresc fetal	6	66,7	1	11,1	0	0,0	2	22,2	9
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	35	68,6	8	15,7	3	5,9	5	9,8	51
Rest afec originadas no período perinatal	14	14,4	11	11,3	2	2,1	70	72,2	97
Total	69	30,0	22	9,6	5	2,2	134	58,3	230

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O período neonatal precoce é o mais crítico para a vida do bebê, mas expõe uma falha gravíssima de notificação, com mais da metade dos óbitos sem o registro da idade do lactente. O dado mais alarmante da Tabela 47 é que 58,3% de todas as mortes (134 óbitos) não possuem a faixa etária registrada. No grupo de bebês afetados por complicações da gravidez e fatores maternos, 78,1% das mortes (57 de 73) tiveram a idade omitida. Esse volume expressivo de dados ignorados aponta para fragilidades severas no preenchimento das declarações de óbito no estado ou na investigação dos óbitos infantis pelas comissões de vigilância epidemiológica regionais.

Excluindo os casos ignorados, a imensa maioria dos óbitos confirmados ocorre na primeira semana de vida, concentrando 30% do total geral (69 óbitos). O principal problema nos primeiros sete dias são os transtornos respiratórios e cardiovasculares (35 mortes). Isso evidencia a fragilidade do bebê imediatamente após o parto, frequentemente associada a episódios de asfixia neonatal ou falta de maturação pulmonar. Nos transtornos relacionados à duração da gestação e baixo peso, 66,7%

das mortes (6 óbitos) acontecem antes do 7º dia de vida. À medida que o recém-nascido supera os primeiros dias, o risco dessas afecções específicas diminui drasticamente: De 7 a 27 dias (Neonatal tardio) há uma queda acentuada, caindo para 9,6% dos óbitos (22 mortes), com a maioria concentrada em transtornos cardiorrespiratórios e causas residuais.

Tabela 48. Número e percentual de óbitos por algumas afecções originadas do período perinatal segundo a raça de residentes em Roraima, 2025

Afecções originadas no período perinatal	Branca		Preta		Parda		Indígena		Não informado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	3	4,1	1	1,4	4	5,5	6	8,2	59	80,8	73
Transt relac duração gestação e cresc fetal	0	0,0	2	22,2	3	33,3	2	22,2	2	22,2	9
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	6	11,8	1	2,0	23	45,1	10	19,6	11	21,6	51
Rest afec originadas no período perinatal	2	2,1	0	0,0	13	13,4	7	7,2	75	77,3	97
Total	11	4,8	4	1,7	43	18,7	25	10,9	147	63,9	230

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

De 28 dias a menores de 1 ano (Pós-neonatal) representa apenas 2,2% dos casos (5 mortes). Nesta fase, as causas perinatais deixam de ser soberanas, dando lugar a infecções externas (como a pneumonia e a bronquiolite analisadas anteriormente). O cruzamento dessas informações reforça que as mortes perinatais identificáveis em Roraima ocorrem majoritariamente nas primeiras horas ou dias após o parto. No entanto, o verdadeiro cenário permanece parcialmente oculto devido ao alto índice de óbitos com idade ignorada.

De forma ainda mais severa que as tabelas anteriores, um apagão de informações estrutural, com quase dois terços das declarações omitindo a etnia do bebê. O dado mais crítico da Tabela 48 é que 63,9% de todas as mortes perinatais (147 óbitos) não possuem registro de raça. No grupo de fetos e recém-nascidos afetados por complicações maternas, a omissão atinge 80,8% (59 de 73 óbitos). No restante das afecções, o índice é de 77,3%. Esse altíssimo percentual de dados ignorados inviabiliza o mapeamento preciso de desigualdades étnico-raciais na saúde materno-infantil e aponta para falhas graves e contínuas no preenchimento de documentos vitais nos hospitais e maternidades do estado.

Entre os registros preenchidos corretamente, a população parda é a mais

afetada, somando 43 óbitos (18,7% do total geral). Os pardos concentram quase metade (45,1%) de todas as mortes por transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal no estado (23 de 51 óbitos). Respondem também por um terço (33,3%) das mortes por problemas relacionados à duração da gestação e crescimento fetal. A população indígena ocupa o segundo lugar entre as etnias identificadas, registrando 25 óbitos (10,9% do total geral). Os bebês indígenas somam 8,2% das mortes causadas por fatores maternos (6 óbitos) e 19,6% dos óbitos por falhas cardiorrespiratórias pós-parto (10 óbitos). Diante do apagão de dados geral (63,9%), é altamente provável que o número real de óbitos perinatais indígenas seja significativamente maior, mascarado pelas falhas de preenchimento em regiões de fronteira ou no interior.

Sugerimos a execução de um plano de ação com base nas prioridades utilizando a projeção de quantas vidas seriam salvas caso a taxa caísse para a média nacional. Para a projeção de redução da mortalidade perinatal (Cenário Roraima 2025/2026) consideramos que atualmente o estado registra 15,4 óbitos perinatais por 1.000 nascidos vivos. A meta nacional de longo prazo e a média de estados com redes de saúde consolidadas gira em torno de 10,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos. No cenário atual temos 230 óbitos para 14.947 nascidos vivos, considerando a meta (10,0 por 1.000, o número de óbitos cairia para aproximadamente 149 óbitos. A estruturação da rede evitaria a morte de 81 recém-nascidos por ano no estado.

O Plano de Ação Estratégico será baseado nos dados da CID-10. Para alcançar essa redução de 35% nos óbitos, as intervenções de saúde pública no estado devem focar nos três gargalos identificados: Primeiro, no combate aos fatores maternos (Foco: Pré-Natal) com a meta de reduzir os 73 óbitos (31,7%) causados por complicações da gestação. As ações preveem ampliar o rastreamento e o manejo clínico da pré-eclâmpsia e do diabetes gestacional na atenção básica e garantir o fornecimento contínuo de exames laboratoriais no primeiro e terceiro trimestres para tratamento imediato de infecções urinárias e IST. Segundo, no manejo na sala de parto com foco nos transtornos respiratórios, onde a meta é de reduzir os 51 óbitos (22,2%) por asfixia e problemas cardiorrespiratórios perinatais. Para tanto é necessário implementar o programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para 100% dos médicos e enfermeiros obstetras e garantir a presença de pelo menos um profissional capacitado em reanimação à beira do leito em cada nascimento. Terceiro, a qualificação dos dados com foco no grupo "Restante". A meta é investigar os 97 óbitos

(42,2%) classificados sem especificidade. Uma das formas é realizar ações de fortalecimento dos Comitês de Investigação de Óbito Materno e Infantil nos municípios para reduzir as causas mal definidas e direcionar melhor os recursos financeiros.

4.5.6 Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias

A análise dos dados de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias entre 2010 e 2025 revela um padrão de estabilidade no estado interrompido por uma explosão crítica durante a pandemia de Covid-19, seguida por uma tendência de queda que ainda não retornou aos patamares históricos mais baixos. No período pré-pandemia (2010-2019) a taxa de mortalidade manteve-se estável, oscilando entre 17,7 (em 2017) e 24,5 óbitos por 100 mil habitantes (em 2018). As doenças infecciosas representavam menos de 6% do total de óbitos do estado.

No período da pandemia (2020-2021), o indicador sofreu uma distorção severa. Em 2020, a taxa saltou para 149,9 e atingiu o pico alarmante de 215,7 em 2021. Nesse ano, quase um terço de todas as mortes no estado (31,7%) foi causado por doenças infecciosas, totalizando 1.413 óbitos.

Tabela 49. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por doenças infecciosas e parasitária, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos	População residente	Doenças infecciosas e parasitárias		
			N°	%	Taxa
2010	1.740	450.479	99	5,7	22,0
2016	2.292	548.233	119	5,2	21,7
2017	2.595	564.013	100	3,9	17,7
2018	2.930	587.497	144	4,9	24,5
2019	2.978	618.125	141	4,7	22,8
2020	3.767	640.975	961	25,5	149,9
2021	4.458	654.972	1413	31,7	215,7
2022	3.388	636.707	291	8,6	45,7
2023	3.474	695.270	236	6,8	33,9
2024	3.207	716.793	195	6,1	27,2
2025	3.507	738.772	196	5,6	26,5

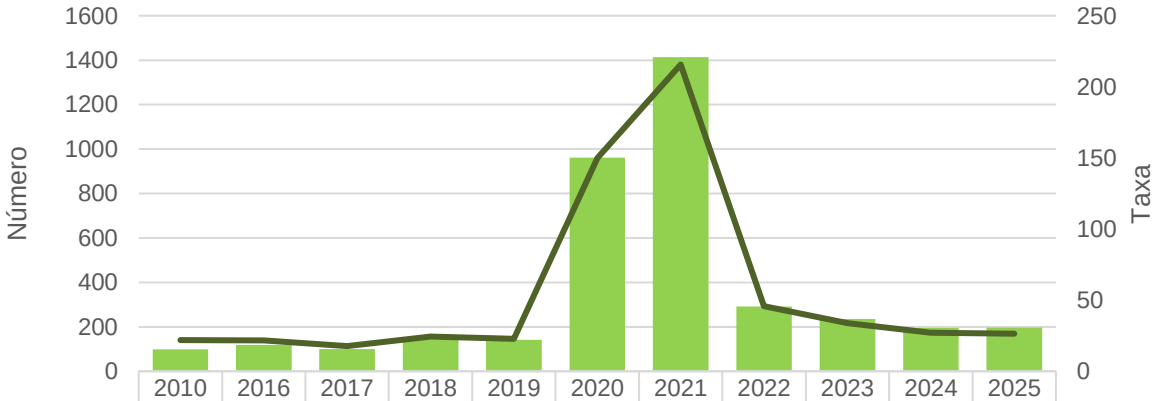
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2024.

No período pós-pandemia (2022-2025), a partir de 2022, observa-se uma

regressão rápida com a introdução das vacinas e controle sanitário. A taxa caiu de 45,7 (2022) para 26,5 (2025). Apesar da forte redução recente, os números de 2024 (27,2) e 2025 (26,5) mostram que a taxa de mortalidade atual permanece superior à média registrada na década passada, indicando a necessidade de vigilância contínua na saúde pública do estado (Tabela 49 e Figura 19).

A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias está concentrada em três grandes grupos de causas, que juntos somam 66,8% de todos os óbitos do período. O grupo de "Outras doenças bacterianas" lidera com 23% dos óbitos. O grande destaque negativo é a septicemia, responsável por 17,9% do total de mortes (35 óbitos) e com uma taxa de 4,7 por 100 mil habitantes, sinalizando gravidade no manejo hospitalar e infecções graves. O vírus do HIV isoladamente causou 15,8% das mortes (31 óbitos), enquanto a tuberculose respiratória respondeu por 14,8% (29 óbitos). Ambas são doenças com tratamento gratuito disponível, o que aponta para gargalos no diagnóstico precoce e na adesão terapêutica no estado (Tabela 50 e Figura 20).

Figura 19. Número de óbitos e a taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por doenças infecciosas e parasitária, de residentes em Roraima, 2010, 2016 a 2025



	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	99	119	100	144	141	961	1413	291	236	195	196
Taxa	22	21,7	17,7	24,5	22,8	149,9	215,7	45,7	33,9	27,2	26,5

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As doenças infecciosas intestinais empatam no segundo lugar geral com 21,9% dos óbitos (43 casos). A diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível representam o principal componente desse grupo (7,1%). Doenças historicamente críticas na região amazônica, como malária (2,0%) e leishmaniose (2,0%), apresentaram números baixos (4 óbitos cada), indicando impacto positivo das ações de controle de vetores. Os dados demonstram que as prioridades de intervenção no

estado devem focar no fortalecimento da atenção básica para conter infecções intestinais, na busca ativa e tratamento de pacientes com HIV/Tuberculose, e na melhoria dos protocolos de sepse na rede de urgência e emergência.

Tabela 50. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causas básicas e sexo, de residentes em Roraima, 2025

Doenças infecciosas e parasitárias	N	%	Taxa
Doenças Infecciosas intestinais	43	21,9	5,8
Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	14	7,1	1,9
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	4	2,0	0,5
Tuberculose	34	17,3	4,6
Tuberculose respiratória	29	14,8	3,9
Outras tuberculoses	5	2,6	0,7
Outras Doenças bacterianas	45	23,0	6,1
Coqueluche	2	1,0	0,3
Septicemia	35	17,9	4,7
Infecções com transm predominant sexual	5	2,6	0,7
Doenças virais	43	21,9	5,8
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	2	1,0	0,3
Hepatite viral	6	3,1	0,8
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	31	15,8	4,2
Doencas devidas a Protozoários	11	5,6	1,5
Malária	4	2,0	0,5
Leishmaniose	4	2,0	0,5
Toxoplasmose	1	0,5	0,1
Helmintíases	5	2,6	0,7
Restante de helmintíases	5	2,6	0,7
Restante de algumas doenc infecc e parasit	15	7,7	2,0
Total	196	100,0	26,5

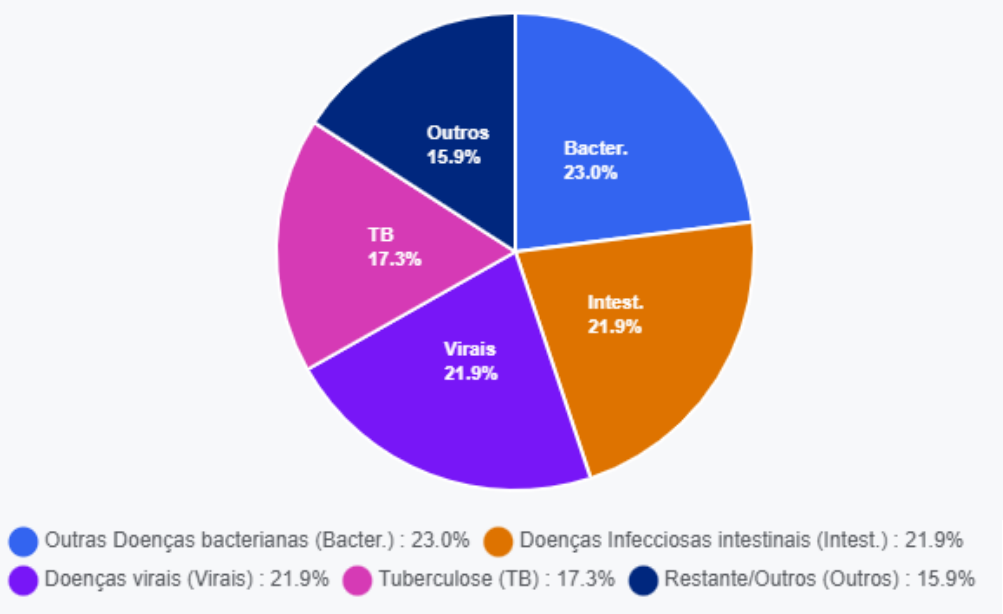
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise do cruzamento entre as causas básicas de morte e as faixas etárias em 2025 revela um perfil epidemiológico bimodal. A mortalidade por doenças infecciosas se concentra drasticamente nos dois extremos da vida — idosos e crianças menores de 10 anos — além de um impacto severo em adultos jovens causado por uma única condição crônica. Os idosos cconcentram o maior volume de mortes do estado (35,2% do total, com 69 óbitos). A principal causa neste grupo é a septicemia, que vitimou 20 idosos (representando 57,1% de todas as mortes por infecção generalizada). Também apresentam forte vulnerabilidade à tuberculose respiratória (13 óbitos) e à diarreia/gastroenterite (8 óbitos), indicando fragilidade imunológica e

possível atraso no diagnóstico de doenças tratáveis.

Houve uma predominância do sexo masculino, que concentrou 54,6% dos óbitos (107 mortes), enquanto o sexo feminino respondeu por 44,9% (88 mortes). O cenário de mortalidade é dominado por três grandes grupos, que juntos somam mais de 62% de todos os óbitos: Outras doenças bacterianas (45 óbitos) é o maior grupo causal do período. Dentro dele, a septicemia se destaca isoladamente como a maior causa de morte por DIP no estado, com 35 óbitos (distribuídos de forma muito equilibrada entre homens e mulheres: 17 e 18 mortes, respectivamente). O grupo das doenças virais (43 óbitos) está empatado em relevância, este grupo é impulsionado de forma expressiva pelos óbitos decorrentes do HIV (31 mortes). O HIV demonstra uma marcante desigualdade de gênero, afetando majoritariamente o sexo masculino (67,7%). As hepatites virais (6 óbitos) ocorreram 100% no sexo masculino. E o grupo das doenças infecciosas intestinais (43 óbitos). Esse grupo apresenta uma distribuição ligeiramente maior no sexo masculino (53,5%). O subgrupo de Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível registrou paridade exata entre os sexos (7 óbitos para cada) (Tabela 51).

Figura 20. Percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitária segundo a grupos de causa básica (CID-10) de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A tuberculose mantém um papel crítico na saúde pública do estado com 34 óbitos, sendo a tuberculose respiratória a forma mais letal (29 óbitos). A doença

apresenta forte corte de gênero, com o sexo masculino representando 61,8% das vítimas totais de tuberculose.

As doenças devidas a protozoários somaram 11 óbitos. A malária e a leishmaniose, agravos historicamente desafiadores na região amazônica, registraram 4 óbitos cada, mantendo uma distribuição perfeitamente simétrica entre os sexos (50% masculino / 50% feminino).

Tabela 51. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causa básica e sexo, de residentes em Roraima, 2025

	Masculino		Feminino		Total
Doenças infecciosas e parasitárias	**N**	**%**	**N**	**%**	
Doenças Infecciosas intestinais	23	53,5	19	44,2	43
Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	7	50,0	7	50,0	14
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	4	100,0	0	0,0	4
Tuberculose	21	61,8	13	38,2	34
Tuberculose respiratória	17	58,6	12	41,4	29
Outras tuberculoses	4	80,0	1	20,0	5
Outras Doenças bacterianas	19	42,2	26	57,8	45
Coqueluche	0	0,0	2	100,0	2
Septicemia	17	48,6	18	51,4	35
Infecções com transm predominant sexual	2	40,0	3	60,0	5
Doenças virais	28	65,1	15	34,9	43
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	0	0,0	2	100,0	2
Hepatite viral	6	100,0	0	0,0	6
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	21	67,7	10	32,3	31
Doenças devidas a Protozoários	6	54,5	5	45,5	11
Malária	2	50,0	2	50,0	4
Leishmaniose	2	50,0	2	50,0	4
Toxoplasmose	1	100,0	0	0,0	1
Helmintíases	2	40,0	3	60,0	5
Restante de Helmintíases	2	40,0	3	60,0	5
Restante de algumas doenc infecc e parasit	8	53,3	7	46,7	15
Total	107	54,6	88	44,9	196

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
Nota:1 óbito por Doencas Infecciosas intestinais com sexo ignorado.

Os dados do estado de 2025 reforçam a necessidade de políticas de vigilância focadas na saúde do homem, especialmente no diagnóstico precoce e na adesão ao tratamento de agravos crônicos transmissíveis como o HIV e a tuberculose. Por outro lado, a alta prevalência de mortes por septicemia em ambos os sexos acende um alerta

epidemiológico para a infecção hospitalar, a gravidade de infecções comunitárias tardiamente tratadas e o manejo clínico geral nos serviços de saúde.

Tabela 52. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causa básica e faixa etária, de residentes em Roraima, 2025

Doenças infecciosas e parasitárias	< 1		1 a 9		10 a 19		20-29a		30 a 59		60 e +		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Doenças Infecciosas intestinais	13	30,2	10	23,3	0	0	0	0	2	4,7	18	41,9	43
Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	4	28,6	2	14,3	0	0	0	0	0	0	8	57,1	14
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50	4
Tuberculose	3	8,8	1	2,9	0	0	4	11,8	11	32,4	15	44,1	34
Tuberculose respiratória	2	6,9	1	3,4	0	0	4	13,8	9	31	13	44,8	29
Outras tuberculoses	1	20	0	0	0	0	0	0	2	40	2	40	5
Outras Doencas bacterianas	9	20	1	2,2	1	2,2	0	0	9	20	25	55,6	45
Coqueluche	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Septicemia	4	11,4	1	2,9	1	2,9	0	0	9	25,7	20	57,1	35
Infecções com transm predominant sexual	3	60	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	5
Doencas virais	2	4,7	0	0	1	2,3	6	14	29	67,4	5	11,6	43
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	2
Hepatite viral	1	16,7	0	0	0	0	0	0	4	66,7	1	16,7	6
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	0	0	0	0	1	3,2	5	16,1	21	67,7	4	12,9	31
Doenças devidas a Protozoários	0	0	2	18,2	0	0	1	9,1	7	63,6	1	9,1	11
Malária	0	0	1	25	0	0	0	0	2	50	1	25	4
Leishmaniose	0	0	1	25	0	0	1	25	2	50	0	0	4
Toxoplasmose	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
Helmintíases	2	40	3	60	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Restante de helmintíases	2	40	3	60	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Restante de algumas doenc infecc e parasit	2	13,3	2	13,3	0	0	1	6,7	5	33,3	5	33,3	15
Total	31	15,8	19	9,7	2	1	12	6,1	63	32,1	69	35,2	196

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Juntas, as crianças de 0 a 9 anos somam 25,5% das mortes (50 óbitos), um índice alarmante para causas infecciosas. As doenças intestinais são a maior ameaça na infância. Das 43 mortes por infecções intestinais no estado, mais da metade (23 óbitos) ocorreu em crianças menores de 9 anos. Os únicos 2 óbitos por coqueluche no estado ocorreram em bebês menores de 1 ano (100%). Além disso, todas as cinco mortes por helmintíases se concentraram em menores de 9 anos. Em adultos (30 a 59 anos), a faixa etária de pessoas em idade produtiva, concentra 32,1% dos óbitos (63

mortes). O grande motor dessa mortalidade é o HIV. Das 31 mortes registradas por HIV em Roraima, 21 ocorreram neste grupo (67,7%), além de outras 5 mortes entre jovens de 20 a 29 anos. Os adultos também concentram a maior parte das mortes por malária (50%) e leishmaniose (50%), refletindo a exposição ao vetor em ambientes de trabalho ou áreas rurais/garimpo. Na faixa etária (10 a 19 anos) foi registrado apenas 2 óbitos (1%) em todo o ano (1 por septicemia e 1 por HIV). Os dados indicam que a saúde pública de Roraima precisa atuar em três frentes urgentes: saneamento básico e atenção infantil para zerar as mortes por diarreia e verminoses em crianças; busca ativa e adesão ao tratamento de HIV/Tuberculose para adultos; e protocolos de contenção de infecção hospitalar/sepse para a população idosa (Tabela 52).

Com o cruzamento dos dados com a evolução das taxas por 100 mil habitantes podemos verificar o impacto considerando o rápido crescimento populacional do estado no período e uma projeção de tendência para os próximos anos. Para o ajuste populacional e evolução das taxas (2016 vs. 2025). No ano de 2016 foram 38 óbitos para 548.233 habitantes com a taxa de mortalidade de 6,93 por 100 mil habitantes, e no ano de 2025 foram 31 óbitos para 738.772 habitantes com a taxa de mortalidade de 4,19 por 100 mil habitantes. Logo, o estado obteve uma redução real de 39,5% na força de mortalidade por HIV ao longo de uma década. A queda na taxa foi muito mais expressiva do que a queda nos números absolutos, provando que as políticas de expansão da terapia antirretroviral (TARV) conseguiram mitigar o avanço da doença em meio ao forte crescimento populacional do estado.

Utilizando a tendência de recuo observada no biênio pós-pandemia (2024-2025), traçamos dois cenários preditivos para o comportamento da mortalidade por HIV no estado até o fim da década: Projeção de tendência (2026 - 2030). Primeiro, um cenário linear (Inércia atual) caso a rede de saúde mantenha o atual ritmo de busca ativa e distribuição de medicamentos, a tendência é de estabilização com leve queda. A estimativa 2026-2028 é de manutenção de uma média de 28 a 32 óbitos anuais, e a estimativa de 2030 é que a taxa deve se estabilizar em torno de 3,5 óbitos por 100 mil habitantes.

Segundo, um cenário de intervenção focada (Meta de redução). Se o estado implementar ações direcionadas ao público jovem (20-49 anos), com foco na Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) nas Unidades Básicas de Saúde, o impacto será imediato. É possível derrubar a mortalidade para menos de 20 óbitos por ano até 2030, e essa estratégia evitaria a morte de aproximadamente 50 adultos jovens nos próximos 4 anos.

Tabela 53. Número e percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias por causa básica e raça, de residentes em Roraima, 2025

Doenças infecciosas e parasitárias	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Doenças Infecciosas intestinais	8	18,6	0	0,0	0	0,0	10	23,3	23	53,5	2	4,7	43
Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	4	28,6	0	0,0	0	0,0	4	28,6	5	35,7	1	7,1	14
Outras Doencas Infecciosas Intestinais	2	50,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	4
Tuberculose	3	8,8	3	8,8	0	0,0	17	50,0	11	32,4	0	0,0	34
Tuberculose respiratória	2	6,9	3	10,3	0	0,0	14	48,3	10	34,5	0	0,0	29
Outras tuberculoses	1	20,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	5
Outras doenças bacterianas	6	13,3	2	4,4	1	2,2	25	55,6	8	17,8	3	6,7	45
Coqueluche	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Septicemia	4	11,4	2	5,7	1	2,9	19	54,3	7	20,0	2	5,7	35
Infecções com transm predominant sexual	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	1	20,0	5
Doenças virais	7	16,3	5	11,6	0	0,0	24	55,8	4	9,3	3	7,0	43
Out febres p/arbovirus e febr hemorr virais	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2
Hepatite viral	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	33,3	1	16,7	6
Doen p/Virus da Imunodefic Humana (HIV)	4	12,9	5	16,1	0	0,0	18	58,1	2	6,5	2	6,5	31
Doenças devidas a protozoários	1	9,1	1	9,1	0	0,0	3	27,3	6	54,5	0	0,0	11
Malária	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4
Leishmaniose	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	4
Toxoplasmose	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Helmintíases	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	5
Restante de helmintíases	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	5
Restante de algumas doenc infecc e parasit	4	26,7	0	0,0	0	0,0	8	53,3	3	20,0	0	0,0	15
Total	29	14,8	11	5,6	1	0,5	88	44,9	59	30,1	8	4,1	196

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Os dados da Tabela 53 revela uma profunda desigualdade étnico-racial na distribuição dos óbitos, evidenciando que as populações parda e indígena são as

principais vítimas da vulnerabilidade social e de gargalos na saúde pública, concentrando 75% de todas as mortes por doenças infecciosas.

A população parda (44,9% dos óbitos) registrou a maioria das mortes no estado (88 óbitos). Lidera de forma alarmante nas mortes por tuberculose (50% do total do estado, com 17 casos), doenças bacterianas/septicemia (55,6%) e doenças virais/HIV (55,8%). Dos 31 óbitos por HIV em Roraima, 18 ocorreram em pessoas pardas, apontando para a necessidade de intensificar campanhas de diagnóstico e tratamento nas periferias urbanas.

A população indígena (30,1% dos óbitos) apresenta um impacto desproporcional à sua representação demográfica, totalizando 59 óbitos. O dado mais alarmante está nas doenças infecciosas intestinais, onde os indígenas concentram 53,5% de todas as mortes do estado (23 óbitos). Isso reflete diretamente a falta de saneamento básico, água potável e desnutrição nas comunidades. Os indígenas sofrem o maior impacto por protozoários (54,5%, incluindo 75% dos casos de leishmaniose) e helmintíases/verminoses (80% de todas as mortes do estado, com 4 óbitos), evidenciando forte exposição a vetores e solo contaminado. Eles também acumulam 32,4% das mortes por tuberculose (11 casos).

Tabela 54. Percentual de óbitos por HIV/Aids por faixa etária de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	< 1	1 a 4	5 a 9	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 e+	Total
2016	0	0	0	1	0	8	15	10	2	1	1	0	38
2017	0	0	0	0	1	6	7	6	2	2	1	0	25
2018	0	1	1	0	1	5	10	12	4	6	0	0	40
2019	0	0	0	0	0	6	5	12	4	3	0	1	31
2020	0	0	0	0	1	8	11	11	3	0	3	0	37
2021	0	0	0	0	1	6	21	11	6	3	1	0	49
2022	0	0	0	0	0	17	12	9	8	1	2	0	49
2023	1	0	0	0	2	6	17	15	8	5	1	0	55
2024	0	1	0	0	2	6	5	7	7	4	1	0	33
2025	0	0	0	0	1	5	4	11	6	3	1	0	31

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A população branca (14,8%) e preta (5,6%) juntas registraram 29 óbitos, com maior presença relativa em doenças intestinais (8 casos) e bacterianas (6 casos). A

população preta somou 11 óbitos, tendo como principal destaque negativo o HIV, que causou 16,1% das mortes desse grupo (5 casos), empatando percentualmente com o índice verificado na população parda. A população amarela (0,5%) registrou apenas 1 óbito por septicemia e não informada com 8 casos (4,1%) demonstra uma boa qualidade no preenchimento das declarações de óbito pelas equipes de saúde. Os dados mostram que o estado enfrenta duas realidades epidemiológicas distintas: uma urgência de saúde indígena focada na infraestrutura básica (saneamento, água limpa e combate a vermes/diarreia nas comunidades) e uma urgência urbana/periférica (focada no controle do HIV e tuberculose nas populações parda e preta).

A análise histórica dos óbitos por HIV entre 2016 e 2025 revela uma tendência de persistência da mortalidade, impulsionada de forma esmagadora pela população adulta jovem e de meia-idade (Tabela 54). Ao longo desses 10 anos, o estado registrou um acumulado de 388 mortes decorrentes do vírus. O impacto geracional é nítido. Adultos nas faixas de 30-39 anos (107 óbitos) e 40-49 anos (104 óbitos) somam juntos 211 mortes, o que representa 54,4% de todo o acumulado histórico.

Jovens (20-29 anos) é a terceira faixa etária com maior volume absoluto, acumulando 73 mortes (18,8%). O ano de 2022 acendeu um sinal de alerta gravíssimo, registrando um pico isolado de 17 óbitos apenas nessa idade. O pior ano da série histórica para Roraima foi 2023, com 55 óbitos por HIV. Esse recorde foi puxado pelas faixas de 30 a 49 anos, sugerindo reflexos do represamento de diagnósticos e abandono de tratamento ocorridos durante o período crítico da pandemia de Covid-19 (2020-2021).

O estado mostra eficácia no bloqueio da transmissão de mãe para filho. Em 10 anos, foram registradas apenas 4 mortes em menores de 10 anos (1 caso abaixo de 1 ano em 2023; 2 casos de 1-4 anos; 1 caso de 5-9 anos). Após os picos de 2021 a 2023, Roraima apresentou queda significativa nos últimos dois anos, retornando para o patamar mínimo histórico de 31 óbitos em 2025. O recuo mais expressivo se deu na faixa de 30-39 anos, que despencou de 17 mortes (2023) para apenas 4 (2025).

Os dados consolidados deixam claro que a mortalidade por HIV no estado é um problema, sobretudo, em adultos jovens em idade reprodutiva e economicamente ativa (20 a 49 anos). As campanhas de prevenção combinada (PrEP/PEP), testagem rápida descentralizada e busca ativa de pacientes que abandonaram a TARV devem focar prioritariamente nesse público.

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 diagnosticas, 68,8% das pessoas vivendo com HIV diagnosticas estão em tratamento com terapia antirretroviral, e 72,2% das pessoas vivendo com HIV diagnosticas 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.

4.5.7 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 55. Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) com causas mal definidas, de residentes em Roraima, 2010*, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos	População residente	Causas Mal Definidas		
			N°	%	Taxa
2010	1.740	450.479	66	3,8	14,7
2016	2292	548.233	105	4,0	19,2
2017	2595	564.013	75	2,6	13,3
2018	2930	587.497	71	2,4	12,1
2019	2978	618.125	91	2,4	14,7
2020	3767	640.975	126	2,8	19,7
2021	4458	654.972	126	3,7	19,2
2022	3388	636.707	144	4,1	22,6
2023	3474	695.270	120	3,7	17,3
2024	3207	716.793	108	3,1	15,1
2025	3507	738.772	115	3,3	15,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
*Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2024.

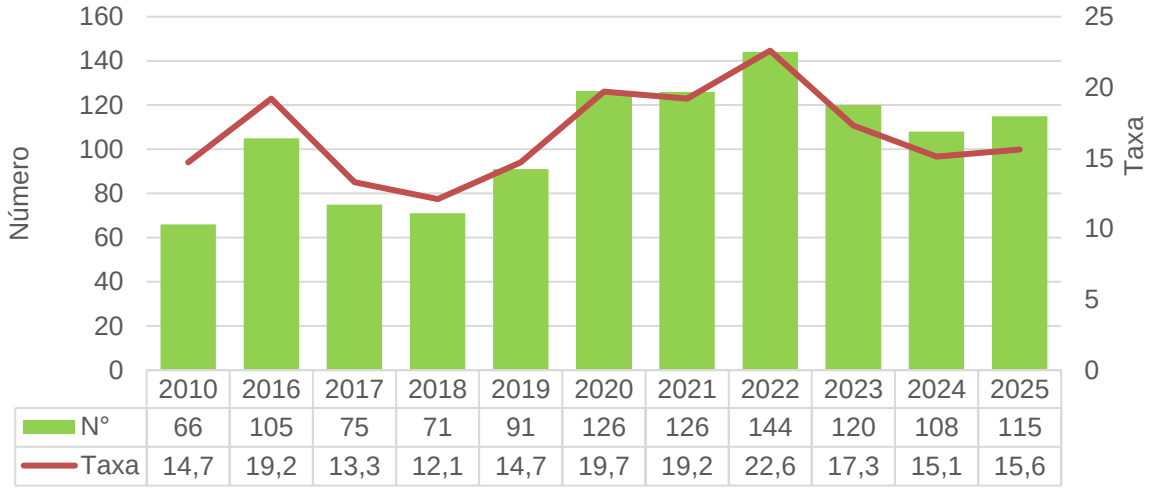
A série histórica de óbitos por causas mal definidas (2010 e 2016 a 2025) revela

oscilações ligadas à capacidade de diagnóstico do sistema de saúde do estado, tendo o seu pior momento técnico e estrutural registrado no ano de 2022 (Tabela 55). Nesse ano foi registrada a maior taxa da série histórica, atingindo 22,6 óbitos por 100 mil habitantes (144 mortes). Esse pico ocorreu logo após o esgotamento das equipes de saúde no auge da pandemia de Covid-19, refletindo uma provável precarização temporária na investigação pós-óbito e no preenchimento de declarações. Os dados mostram uma tendência de controle nos últimos dois anos. A taxa caiu para 15,1 (2024) e 15,6 (2025), patamares muito próximos ao índice registrado há 15 anos, em 2010 (14,7) (Figura 21).

Ao longo de todo o período, as causas mal definidas representaram entre 2,4% (menor índice, em 2018 e 2019) e 4,1% (maior índice, em 2016 e 2022) do total de óbitos do estado. A manutenção desse indicador abaixo de 5% é considerada aceitável pelos parâmetros do Ministério da Saúde.

Apesar do salto no número absoluto de mortes mal definidas (126 casos em cada ano de 2020 e 2021), o percentual de participação dessas mortes no total geral manteve-se baixo (2,8% em 2020). Isso indica que, mesmo sob extrema pressão hospitalar, o sistema conseguiu direcionar as notificações para causas específicas (como a Covid-19).

Figura 21. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas mal definidas, de residente em Roraima, 2010*, 2016 a 2025



	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	66	105	75	71	91	126	126	144	120	108	115
Taxa	14,7	19,2	13,3	12,1	14,7	19,7	19,2	22,6	17,3	15,1	15,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Quase a totalidade dos registros está concentrada em sintomas gerais e inconclusivos, expondo dificuldades na determinação da causa real do óbito no momento do preenchimento da declaração e é o fator crítico na qualidade da informação epidemiológica em Roraima (Tabela 56).

A quase totalidade dos óbitos mal definidos (91,3%) é classificada sob termos vagos e sintomas inconclusivos ("Restante de sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais"). Esse dado indica que o paciente faleceu apresentando sintomas gerais (como parada cardiorrespiratória ou falência múltipla de órgãos), mas a doença primária que desencadeou o quadro não foi identificada ou registrada. Isso reflete dificuldades em fechar diagnósticos clínicos antes do óbito ou falhas no preenchimento da declaração de óbito pelas equipes médicas.

Tabela 56. 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, 2025

Causas Mal Definidas	N	%	Taxa
Senilidade	10	8,7	1,4
Morte sem assistencia medica	0	0,0	0,0
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	105	91,3	14,2
Total	115	100,0	15,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Apenas 10 óbitos foram atribuídos à "Senilidade" (morte natural por velhice, sem doença associada), gerando uma taxa muito baixa de 1,4 por 100 mil habitantes. Isso demonstra que o sistema evita o uso desse termo genérico para idosos, preferindo detalhar os sintomas clínicos.

Não houve nenhum registro de "Morte sem assistência médica". Esse indicador zerado é positivo, pois aponta que os pacientes que evoluíram para óbito por causas mal definidas estavam sob cuidados médicos ou tiveram seu corpo avaliado por um profissional de saúde, descartando mortes por completo abandono de socorro.

O cenário mostra que o problema no estado não é a falta de assistência médica no momento final da vida (já que a morte sem assistência é zero), mas sim a qualidade do preenchimento dos prontuários e das declarações de óbito. Muitas vezes, adota-se o sintoma final do óbito como causa básica por pressa ou falta de investigação

retrospectiva.

A distribuição étnico-racial dos óbitos com causas mal definidas demonstra que a vulnerabilidade se concentra fortemente em dois grupos: A população parda que concentra a maioria absoluta dos registros, com 54,9% do total (594 óbitos). Esse perfil se acentua nas faixas etárias adultas, atingindo seu pico entre os 30 e 39 anos, onde 70,8% das causas mal definidas ocorreram em pessoas pardas. E a população indígena que representa 26,1% dos casos (282 óbitos). O dado mais alarmante refere-se à infância indígena, revelando barreiras severas de acesso à assistência médica e ao diagnóstico na atenção básica e distrital (Tabela 57).

A população branca (12,6%), preta (4,6%) e amarela (0,2%) apresentam menor representatividade no volume total desses óbitos.

Nas faixas etárias mais jovens, há uma inversão epidemiológica onde a população indígena assume os maiores e mais graves percentuais de causas mal definidas. Dos 106 óbitos em menores de 1 ano, 48,1% foram em indígenas, seguidos por 36,8% em pardos. Na faixa etária de 1 a 4 anos a participação indígena salta para 73,5% (25 dos 34 óbitos). A faixa etária de 5 a 9 anos (61,5%) e 10 a 14 anos (57,1%) mantém a população indígena como a mais afetada por registros sem causa básica definida. Na faixa etária de 15 a 19 anos a população parda passa a predominar com 44,4%, enquanto a indígena recua levemente para 38,9%. A partir dos 20 anos, o perfil muda e a população parda passa a liderar isoladamente em todas as faixas etárias, mantendo-se sempre acima de 53% dos casos. Os idosos é a faixa etária com o maior volume absoluto de causas mal definidas no estado (300 óbitos), refletindo uma tendência comum de óbitos domiciliares ou de idosos com múltiplas comorbidades sem assistência médica de ponta na hora do decesso. Nesse grupo, os pardos somam 53,7%, seguidos pelos indígenas (22,3%) e brancos (18,3%).

O alto percentual de causas mal definidas em crianças indígenas de 1 a 4 anos (73,5%) e em menores de 1 ano (48,1%) sinaliza um gargalo crítico na cobertura de saúde e na investigação de óbitos nas áreas de saúde indígena em Roraima (como os DSEIs). Já o volume expressivo na população parda adulta e idosa aponta para a necessidade de fortalecer os Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e as buscas ativas pós-óbito pelos comitês de investigação, essenciais para qualificar a base de dados do SIM e reduzir o resíduo de causas ignoradas no estado.

Tabela 57. Percentual de óbitos com causas mal definidas segundo faixa etária e raça/cor, de residentes em Roraima, consolidade de 2016 a 2025

Faixa etária	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Não informado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
< 1	14	13,2	0	0,0	0	0,0	39	36,8	51	48,1	2	1,9	106
01-04	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	26,5	25	73,5	0	0,0	34
05-09	0	0,0	1	7,7	0	0,0	4	30,8	8	61,5	0	0,0	13
10-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	14
15-19	1	5,6	1	5,6	1	5,6	8	44,4	7	38,9	0	0,0	18
20-29	3	5,6	1	1,9	0	0,0	29	53,7	21	38,9	0	0,0	54
30-39	5	6,9	5	6,9	0	0,0	51	70,8	11	15,3	0	0,0	72
40-49	11	10,8	6	5,9	0	0,0	66	64,7	17	16,7	2	2,0	102
50-59	14	14,3	7	7,1	0	0,0	56	57,1	16	16,3	5	5,1	98
60-69	14	10,6	8	6,1	0	0,0	83	62,9	25	18,9	2	1,5	132
70-79	19	14,4	7	5,3	0	0,0	79	59,8	24	18,2	3	2,3	132
80 e+	55	18,3	14	4,7	1	0,3	161	53,7	67	22,3	2	0,7	300
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6
Total	136	12,6	50	4,6	2	0,2	594	54,9	282	26,1	17	1,6	1081

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A classificação dos códigos *garbage* (ou "códigos lixo") foi estabelecida metodologicamente pelo estudo de Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease - GBD*). Ela categoriza os registros de óbito com diagnósticos inespecíficos ou mal definidos de acordo com a magnitude do impacto e a gravidade das implicações que o erro gera para as políticas de saúde pública (Carvalho, 2026; GBD Brasil, 2026).

A classificação possui quatro níveis (do nível 0 ao 4):

0 - Causa bem definida: Não se trata de um código *garbage*. O óbito foi registrado com uma causa básica de morte totalmente especificada, clara e epidemiologicamente útil.

1 - Implicações graves (Muito alto impacto): Códigos atribuídos a causas que não fornecem pistas sobre a real etiologia ou localização da doença, podendo pertencer a qualquer um dos três grandes grupos de causas do GBD (Grupo I: Doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais; Grupo II: Doenças não transmissíveis; Grupo III: Causas externas). Tem como impacto prejuízo estatístico, exigindo investigação prioritária e ampla redistribuição de dados.

2 - Implicações substanciais (Alto impacto): Códigos inespecíficos cuja verdadeira causa de morte pode ser redistribuída em apenas um grande grupo específico (ou, no máximo, em um segundo grupo) da lista do GBD. Embora ainda gerem grandes distorções sobre as principais causas de morte populacionais, a incerteza fica restrita a

uma categoria macro de patologias.

3 - Implicações importantes (Médio impacto): Códigos cuja verdadeira causa básica de morte é conhecida e está restrita dentro do mesmo capítulo da CID-10, mas faltam dados para identificar o sítio ou a patologia primária exata. Tem impacto moderado na saúde pública, afetando principalmente estatísticas internas de especialidades médicas (como a oncologia ou pneumologia).

4 - Implicações limitadas (Baixo impacto): Códigos em que a verdadeira causa da morte está restrita a uma única doença ou agravo específico, carecendo apenas de um detalhamento de subtipo, microrganismo ou etiologia mecânica. Tem baixo impacto negativo nas políticas públicas gerais, gerando implicações menores na qualidade epidemiológica geral do banco de dados.

Tabela 58. Número e percentual de óbitos por capítulo da CID-10 segundo a classificação de código Garbage, de residentes em Roraima, 2025

Causa (Cap CID10)	0 - Causa bem definida	1 - Implicações Graves	2 - Implicações Substanciais	3 - Implicações Importantes	4 - Implicações Limitadas	Total
I	112	36	6	11	3	168
II	435	0	0	87	6	528
III	12	6	1	2	0	21
IV	98	27	0	0	63	188
V	11	1	2	1	0	15
VI	54	31	0	1	2	88
VIII	0	2	0	0	0	2
IX	404	29	94	8	142	677
X	126	17	5	5	222	375
XI	136	15	11	10	0	172
XII	35	0	0	0	0	35
XIII	6	9	0	0	0	15
XIV	73	23	2	5	0	103
XV	10	0	0	0	0	10
XVI	227	0	0	1	2	230
XVII.	56	0	0	3	0	59
XVIII	1	108	1	1	0	111
XX	525	5	68	0	66	664
Total	2.321	309	190	135	506	3.461
%	63,7	8,5	5,2	3,7	13,9	95,1

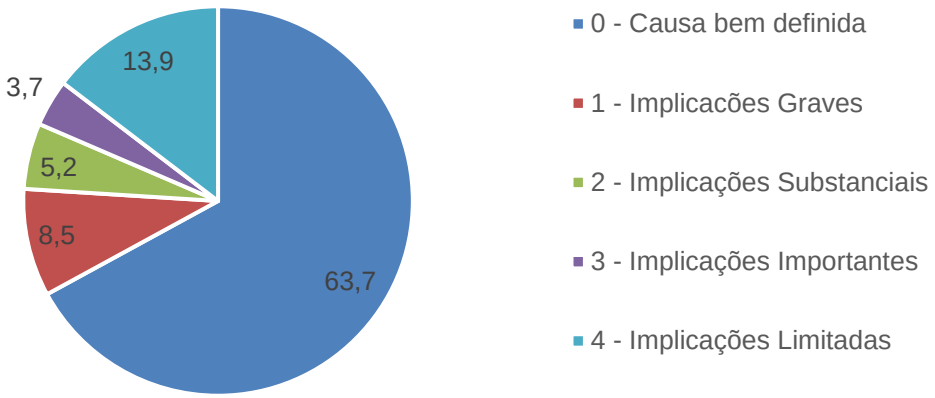
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Em 2025, no panorama geral as causas bem definidas, com diagnóstico claro e

preciso desde a origem, correspondem a 63,7% dos óbitos, a maioria absoluta dos óbitos no estado (2.321 de um total de 3.461) (Figura 22). A soma das categorias com implicações (Graves, Substanciais, Importantes e Limitadas) aponta que 1.140 óbitos (31,3%) possuem algum nível de imprecisão que demanda investigação ou refinamento. A soma dos percentuais da Tabela 58 resulta em 95,1%, indicando que cerca de 4,9% dos dados totais não foram incluídos nas colunas de percentual.

Os maiores gargalos diagnósticos nos níveis 1 e 2 incluem o capítulo XVIII, onde o grupo "Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais" concentra o maior desafio técnico. Dos 111 óbitos do capítulo, 108 estão classificados como de implicação grave. Isso reforça o diagnóstico anterior de que o sistema de saúde registra o sintoma final da morte, e não a causa básica. No capítulo IX temos implicações substanciais onde as "Doenças do aparelho circulatório" apresentam o maior volume absoluto neste nível, com 94 óbitos. Isso ocorre devido ao uso frequente de termos genéricos (como parada cardiorrespiratória) em vez da cardiopatia específica.

Figura 22. Percentual de óbitos por capítulo da CID-10 segundo a classificação de código Garbage, de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Os níveis 3 e 4 têm implicações limitadas nos capítulos IX e X. As doenças do aparelho circulatório (142) e respiratório (222) lideram com folga as implicações limitadas. Nesses casos, o impacto na qualidade geral da estatística é baixo, pois o sistema já sabe o sistema orgânico afetado, restando apenas detalhes secundários. E os capítulos de neoplasias e causas externas apresentam excelente precisão inicial, com a maioria esmagadora de seus óbitos (435 e 525, respectivamente) já classificados

como causas bem 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).

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 e no Hospital da Criança Santo Antônio a vigilância das causas de morte mal definidas.

4.6 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: (1) 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; (2) morte fetal intermediária que ocorre entre a 20ª e a 28ª semana de gestação (com pesos fetais entre 500 e 1.000g); e (3) fetal tardia que ocorre entre a 28ª (1.000 g) e o parto (Brasil, 2014).

Tabela 59. Número de óbito fetal e taxa de mortalidade fetal (por 1.000 nascidos vivos), Roraima, 2016 a 2025

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 fetal
2016	99	11.381	11.480	8,6
2017	116	11.755	11.871	9,8
2018	121	12.733	12.854	9,4
2019	139	14.657	14.796	9,4
2020	134	13.770	13.904	9,6
2021	126	13.907	14.033	9,0
2022	110	13.099	13.209	8,3
2023	134	13.016	13.150	10,2
2024	121	12.092	12.213	9,9
2025	121	14.947	15.068	8,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

No período compreendido entre 2016 e 2025, o estado registrou um acumulado de 1.221 óbitos fetais a partir da 22ª semana de gestação. O indicador apresenta uma média histórica estável de 122 ocorrências anuais, evidenciando um patamar rígido e a necessidade de intervenções estruturais na rede de atenção materno-infantil. A série histórica demonstra flutuações sazonais, com o ápice absoluto de perdas registrado no ano de 2019 (139 óbitos), seguido de perto por 2020 e 2023 (134 óbitos em cada período). Esses picos epidemiológicos sugerem períodos de maior vulnerabilidade

assistencial ou pressões externas sobre o sistema de saúde local. A ocorrência dos óbitos fetais demonstrou independência em relação às oscilações no volume total de nascidos vivos. O ano de 2023 ilustra esse descompasso: mesmo diante de uma retração na natalidade (13.016 nascidos vivos), o número absoluto de mortes fetais subiu para 134, o que elevou a taxa de mortalidade perinatal para o patamar crítico de 10,3 por 1.000 nascidos vivos. O ano de 2025 consolidou-se como o cenário de maior eficiência assistencial do decênio. Apesar de o estado ter absorvido a maior demanda demográfica do período (14.947 nascidos vivos), o volume absoluto de óbitos fetais foi retido em 121 casos, resultando na menor taxa de mortalidade perinatal da série histórica (8,1 por 1.000) (Tabela 59).

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).

A taxa de mortalidade fetal (ou Coeficiente de mortalidade fetal) calcula o risco de um feto morrer antes ou durante o parto. Ela é calculada dividindo o número de óbitos fetais pelo total de nascimentos (vivos + mortos) em um determinado período, multiplicando o resultado por 1.000.

A taxa média de mortalidade perinatal no estado foi de 9,2 por 1.000 nascidos vivos no período analisado. O comportamento dos dados mostra uma oscilação sem tendência clara de queda linear, registrando o pior cenário de mortalidade em 2023 (taxa de 10,2) e o melhor resultado histórico no fechamento da série em 2025 (taxa de 8,0) (Figura 23).

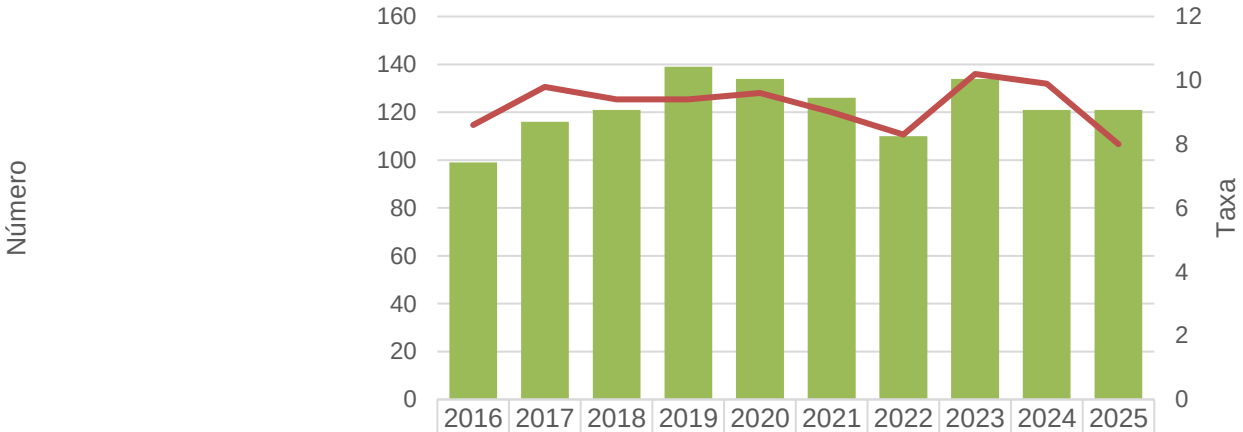
As taxas de mortalidade perinatal e o volume estável de óbitos fetais são explicados por uma combinação de fatores estruturais, geográficos e sociais específicos da região. Estudos epidemiológicos e auditorias de órgãos de controle apontam as algumas causas. Parece haver uma captação tardia de gestantes. Grande parte das grávidas inicia o acompanhamento pré-natal após o primeiro trimestre. Isso impede a detecção precoce de fatores de risco como a hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia). Há registros de vazios assistenciais no interior do estado. Muitas gestantes

não realizam o número mínimo de consultas ou exames laboratoriais básicos para detectar infecções como a sífilis congênita, causa frequente de óbito fetal avançado (Silva et al., 2024).

Roraima enfrenta uma centralização dos leitos de alta complexidade obstétrica na capital. Gestantes do interior com intercorrências graves (como descolamento prematuro de placenta) precisam percorrer longas distâncias. O tempo de viagem reduz as chances de salvar o feto a partir da 22ª semana de gestação (Silva et al., 2024).

O estado absorve uma demanda flutuante de gestantes migrantes vindas de países vizinhos. Muitas dão entrada no sistema de saúde diretamente em trabalho de parto de alto risco, sem nenhum histórico assistencial ou pré-natal prévio, elevando as estatísticas locais. O estado possui uma vasta população indígena em áreas de difícil acesso geográfico. Barreiras culturais e logísticas limitam a vigilância contínua da saúde da gestante, impactando as taxas gerais de perdas perinatais (Silva et al., 2024).

Figura 23. Número de óbito fetal e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascidos vivos), Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nº de óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação	99	116	121	139	134	126	110	134	121	121
Taxa de mortalidade perinatal	8,6	9,8	9,4	9,4	9,6	9	8,3	10,2	9,9	8

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Investigações e decisões judiciais recentes no estado destacaram problemas de superlotação, inconsistência de registros e falta de médicos especialistas nos momentos críticos de partos complexos. Isso eleva a incidência de asfixia neonatal e óbito fetal intraparto (Prezotto et al., 2023; Oliveira; Veloso; Wilame, 2023).

O fechamento positivo em 2025 (taxa de 8,1) está atrelado ao reforço nas

políticas de redução da mortalidade materno-infantil. A ampliação do monitoramento de gestantes de risco e investimentos na rede cegonha local ajudaram a absorver o boom de nascimentos controlando os óbitos fetais (Mourão, 2025).

Tabela 60. Número de óbito fetal por município de residência, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Município	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Alto Alegre	5	3	4	9	5	2	6	3	7	13
Amajari	2	8	7	3	7	5	3	9	10	10
Boa Vista	52	65	75	62	75	74	60	75	66	63
Bonfim	6	7	3	6	5	3	3	5	6	3
Cantá	2	2	1	6	2	7	3	5	4	4
Caracaraí	5	0	7	6	6	2	2	4	8	1
Caroebe	1	2	1	2	1	1	2	2	2	0
Iracema	2	2	4	0	2	0	1	1	2	2
Mucajaí	4	3	3	8	2	3	5	2	0	4
Normandia	9	5	3	13	6	4	8	7	4	3
Pacaraima	1	6	3	12	6	5	7	9	4	5
Rorainópolis	5	6	7	6	5	7	6	8	5	3
São João da Baliza	0	1	0	1	2	0	0	1	0	2
São Luiz	1	1	1	2	1	2	1	0	0	2
Uiramutã	4	5	2	3	9	11	3	3	3	6
Total	99	116	121	139	134	126	110	134	121	121

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A capital, Boa Vista, concentra sozinha 54,6% de todas as ocorrências do estado, totalizando 667 óbitos no período. A cidade apresenta uma média estável de 66,7 mortes por ano, tendo seus picos de incidência nos anos de 2018, 2020 e 2023 (com 75 casos registrados em cada um desses anos) (Tabela 60).

Excluindo a capital, três municípios concentram os maiores volumes acumulados de perdas gestacionais, apresentando realidades socioeconômicas e geográficas desafiadoras: Amajari com 64 óbitos (5,2% do total estadual). O município apresenta uma preocupante tendência contínua de alta no encerramento da série, registrando o patamar máximo de 10 óbitos por ano em 2024 e 2025. Normandia com 62 óbitos (5,1% do total estadual). Teve seu momento mais crítico em 2019, isolando-se com 13 óbitos naquele ano. Pacaraima e Rorainópolis, empatados com 58 óbitos cada um (4,7% do total estadual para cada). Pacaraima, região de forte pressão fronteiriça, teve seu ápice em 2019, acumulando 12 óbitos. O município de Alto Alegre registrou estabilidade histórica (média aproximada de 4 casos por ano), porém sofreu uma explosão

estatística atípica em 2025, atingindo 13 óbitos. Esse crescimento abrupto no último ano acende um sinal de alerta para a assistência obstétrica local. Os municípios do sul de Roraima, como São João da Baliza (7 óbitos) e São Luiz (11 óbitos), mantêm os índices mais baixos do painel, operando com médias inferiores a 1 caso anual na maior parte do decênio (Tabela 61).

Tabela 61. Resumo do perfil regional de óbitos fetais por município de residência, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Nível de incidência	Municípios representativos	Óbitos acumulados	% do Total estadual
Altíssima	Boa Vista	667	54,6%
Alta	Amajari, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, Alto Alegre	299	24,5%
Moderada	Bonfim, Uiramutã, Caracaraí, Cantá, Mucajaí	207	16,9%
Baixa	Iracema, Caroebe, São Luiz, São João da Baliza	49	4,0%

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.7 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) e 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.

Tabela 62. Número, percentual e taxa de mortalidade maternas – gravidez, parto e puerpério – (por 100.000 nascidos vivos), residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	N° de óbitos	Nascidos vivos	Gravidez, parto e puerpério		
			N°	%	Taxa
2016	2.292	11.381	6	0,3	52,7
2017	2.595	11.755	6	0,2	51,0
2018	2.930	12.733	11	0,4	86,4
2019	2.978	14.657	11	0,4	75,1
2020	3.767	13.770	21	0,6	152,5
2021	4.458	13.907	38	0,9	273,2
2022	3.388	13.099	21	0,6	160,3
2023	3.474	13.016	17	0,5	130,6
2024	3.207	12.092	17	0,5	140,6
2025	3.507	14.947	11	0,3	73,6

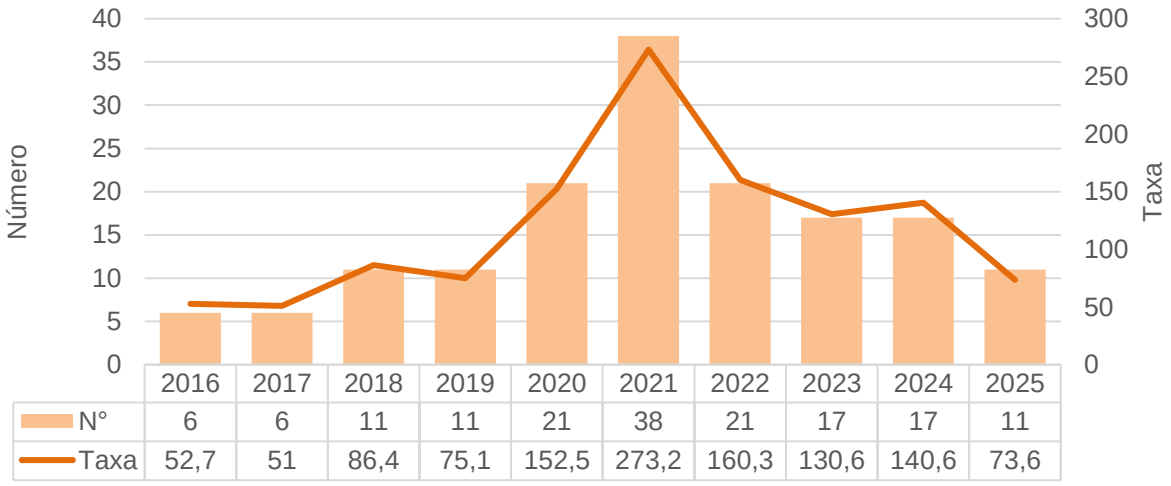
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A série histórica da mortalidade materna no estado revela um cenário epidemiológico crítico, com um acumulado de 159 óbitos maternos no período, e que pode ter sido fortemente impactado pela pandemia de Covid-19. A razão de mortalidade materna saiu de um patamar moderado em 2016 (52,7) para atingir um pico catastrófico em 2021 (273,2 por 100.000 nascidos vivos), iniciando uma tendência de queda lenta após esse período, mas ainda permanecendo em patamares alarmantes. A taxa de 2021 foi 5 vezes maior que a registrada no início da série (2016) (Tabela 62).

O biênio (2020–2021) foi o período mais letal para as gestantes e puérperas no estado. Em 2021, Roraima registrou o recorde de 38 óbitos maternos, fazendo com que as mortes decorrentes de complicações na gravidez, parto ou puerpério chegassem a representar 0,9% de todos os óbitos gerais do estado. A taxa de 273,2 ficou

severamente acima do limite considerado aceitável pela OMS, que é de até 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. Diferente de outras regiões do país que apresentaram queda abrupta após a crise sanitária (2022–2024), Roraima manteve uma "cauda longa" de alta mortalidade. Nos anos de 2022, 2023 e 2024, as taxas mantiveram-se persistentemente acima de três dígitos (160,3, 130,6 e 140,6, respectivamente), expondo a fragilização estrutural que ficou na rede de saúde pública. Assim como observado nos dados de mortalidade perinatal anteriores, o ano de 2025 trouxe o melhor resultado em seis anos. Mesmo diante do maior volume de nascimentos da década (14.947), o número de óbitos caiu para 11, reduzindo a taxa para 73,6 (Figura 24).

Figura 24. Número e taxa de mortalidade materna – gravidez, parto e puerpério – (por 100.000 nascidos vivos), Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N°	6	6	11	11	21	38	21	17	17	11
Taxa	52,7	51	86,4	75,1	152,5	273,2	160,3	130,6	140,6	73,6

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

No Brasil, a razão da mortalidade materna 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 Gynecoloy 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).

Tabela 63. Número, percentual e taxa de mortalidade materna – gravidez, parto e puerpério – (por 100.000 NV) por município de residência da mãe, Roraima, 2025

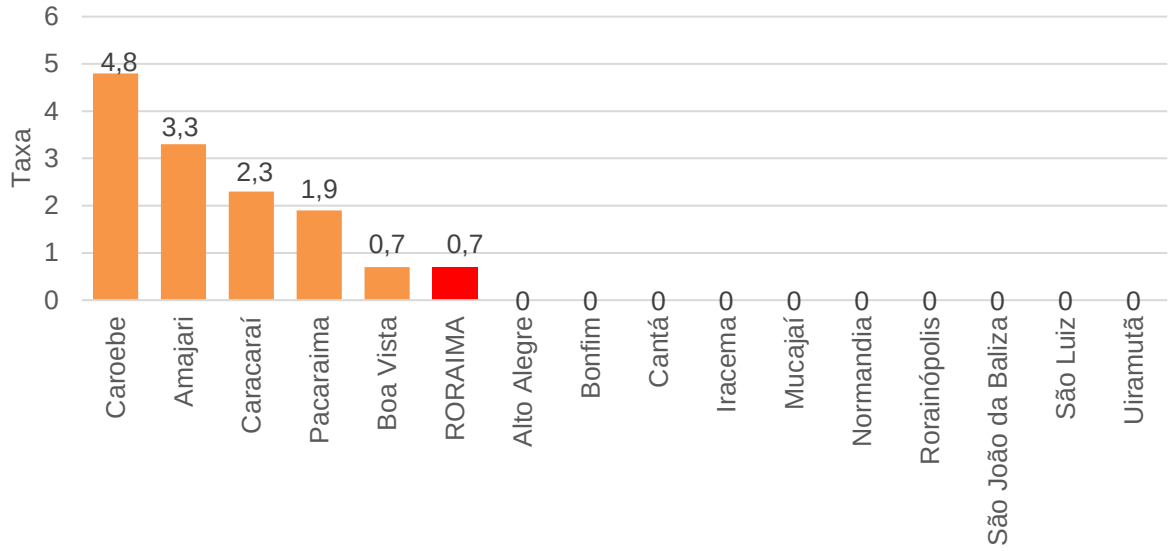
Município	Nº de Nascidos vivos	Gravidez, parto e puerpério		
		N	%	Taxa
Alto Alegre	1.750	0	0,0	0,0
Amajari	897	3	27,3	3,3
Boa Vista	7.069	5	45,5	0,7
Bonfim	580	0	0,0	0,0
Cantá	418	0	0,0	0,0
Caracaraí	428	1	9,1	2,3
Caroebe	210	1	9,1	4,8
Iracema	261	0	0,0	0,0
Mucajaí	333	0	0,0	0,0
Normandia	609	0	0,0	0,0
Pacaraima	531	1	9,1	1,9
Rorainópolis	546	0	0,0	0,0
São João da Baliza	152	0	0,0	0,0
São Luiz	90	0	0,0	0,0
Uiramutã	1.073	0	0,0	0,0
Total	14.947	11	100,0	0,7

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Dos 15 municípios listados, 11 não registraram nenhum óbito no período, resultando em taxa zero (0,0). O estado, de forma geral, fechou o ano com uma taxa acumulada de 0,7 mortes por 100.000 NV.Os municípios de Boa Vista e Amajari concentram, juntos, mais de 70% do total de mortes do estado (45,5% e 27,3%, respectivamente). Embora Boa Vista tenha o maior número absoluto de mortes (5 óbitos), a sua taxa por 100.000 NV é de 0,7, reflexo do alto volume de nascidos vivos (7.069). Os municípios de Caroebe (taxa de 4,8 por 100 mil NV) e Amajari (taxa de 3,3 por 100 mil NV) apresentam as maiores taxas de mortalidade materna do estado, evidenciando uma vulnerabilidade crítica na assistência à gestante nessas localidades, apesar do menor número absoluto de habitantes (Tabela 63 e Figura 25).

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).

Figura 25. Taxa de mortalidade materna – gravidez, parto e puerpério – (por 100.000 NV) por município de residência da mãe, Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A Tabela 64 detalha as causas clínicas da mortalidade materna no estado e elucida cientificamente as razões por trás da oscilação das taxas. As mortes obstétricas indiretas (causadas por doenças pré-existentes ou agravadas pela gestação, como a Covid-19, H1N1 ou síndromes respiratórias) foram as grandes responsáveis pela crise de 2021. Nesse ano, saltou para 28 óbitos (73,6% das mortes daquele ano). Fora do período pandêmico (2016-2019), o estado registrava quase zero ou apenas 1 morte indireta por ano, provando o impacto devastador do vírus sobre as gestantes locais.

Tabela 64. Número de óbitos na gravidez, parto e puerpério por ano, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Gravidez, parto e puerpério	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gravidez que termina em aborto	2	2	4	4	4	2	8	3	3	0
Outras mortes obstétricas diretas	2	3	6	6	9	8	5	11	9	7
Mortes obstétricas indiretas	1	1	0	0	8	28	7	3	5	4
Morte obstétrica tardia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Restante de gravidez, parto e puerpério	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Total	6	6	11	11	21	38	21	17	17	11

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As outras mortes obstétricas diretas (decorrentes de complicações tipicamente decorrentes da gravidez/parto, como hemorragias, pré-eclâmpsia e infecções

hospitalares) mostram um crescimento crônico e preocupante. Diferente das causas indiretas que recuaram após a pandemia, as mortes diretas estabeleceram um platô elevado a partir de 2020. O pico ocorreu em 2023 com 11 mortes, evidenciando falhas estruturais severas no manejo da emergência obstétrica e no pré-natal de alto risco que perduram no estado.

Tabela 65. Resumo do perfil das causas de mortalidade materna, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Classificação da causa	Óbitos acumulados	% do total	Comportamento temporal
Obstétricas diretas	69	43,4	Crescente e persistente (Alerta assistencial)
Obstétricas indiretas	57	35,8	Concentrado no biênio pandêmico (2020-2021)
Causas por aborto	32	20,1	Flutuante com pico em 2022; zerado em 2025
Morte tardia / restante	1	0,7	Eventos raros e residuais na série

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As perdas por gravidez que termina em aborto somaram 32 mortes na década. O indicador atingiu seu ponto mais crítico em 2022 com 8 óbitos. A persistência dessas mortes aponta para a vulnerabilidade social das gestantes e a ocorrência de procedimentos inseguros ou falta de acolhimento rápido no pós-aborto na rede pública (Tabela 65). Como ponto positivo, o ano de 2025 fechou com zero óbitos por esta causa pela primeira vez na série histórica.

Tabela 66. Número e percentual de óbitos na gravidez, parto e puerpério por ano e faixa etária, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	10 a14		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2016	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	6
2017	0	0,0	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	0,0	6
2018	1	9,1	1	9,1	7	63,6	2	18,2	0	0,0	11
2019	0	0,0	3	27,3	2	18,2	6	54,5	0	0,0	11
2020	0	0,0	4	19,0	5	23,8	11	52,4	1	4,8	21
2021	0	0,0	3	7,9	15	39,5	17	44,7	3	7,9	38
2022	0	0,0	3	14,3	11	52,4	6	28,6	1	4,8	21
2023	0	0,0	4	23,5	4	23,5	8	47,1	1	5,9	17
2024	0	0,0	1	5,9	14	82,4	2	11,8	0	0,0	17
2025	1	9,1	0	0,0	6	54,5	3	27,3	1	9,1	11
Total	2	1,3	23	14,5	70	44,0	57	35,8	7	4,4	159

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A faixa etária de 20 a 29 anos registrou o maior volume acumulado (70 óbitos, 44% do total), seguida de perto por mulheres de 30 a 39 anos (57 óbitos, 35,8%). Juntos, esses dois grupos concentram quase 80% das mortes. Embora numericamente baixos, os registros de óbitos na faixa de 10 a 14 anos (1 em 2018 e 1 em 2025) acendem um alerta crítico para a vulnerabilidade da gestação na infância/adolescência precoce. Após a crise de 2021, os números começaram a recuar, estabilizando em 17 óbitos (2023 e 2024) e caindo para 11 em 2025, retornando ao patamar observado no período pré-pandemia (2018-2019) (Tabela 66).

A população parda é a mais afetada, concentrando mais da metade de todas as mortes registradas no período (88 óbitos, 55,3% do total). O ano mais crítico da série (38 mortes) foi impulsionado pelo recorde de óbitos entre mulheres pardas (26 mortes), período que coincide com a fase mais letal da pandemia de Covid-19. Mulheres de raça branca (10,7%) e preta (2,5%) somam juntas menos de 14% dos casos reportados nos dez anos avaliados (Tabela 67).

Tabela 67. Número e percentual de óbitos na gravidez, parto e puerpério por ano e raça, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Branca	Preta	Parda	Indígena	Não informado	Total
2016	0	0	5	1	0	6
2017	2	0	3	1	0	6
2018	2	0	4	5	0	11
2019	2	0	7	2	0	11
2020	2	1	14	4	0	21
2021	2	2	26	5	3	38
2022	2	1	9	7	2	21
2023	1	0	9	7	0	17
2024	3	0	7	7	0	17
2025	1	0	4	6	0	11
Total	17	4	88	45	5	159
%	10,7	2,5	55,3	28,3	3,1	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A população indígena representa o segundo maior grupo em volume de mortes (45 óbitos, 28,3%). Este dado é epidemiologicamente alarmante, dado que a proporção de indígenas na população geral do estado é menor do que esse percentual de mortalidade reflete. Diferente da tendência geral de queda pós-pandemia, o número de óbitos de mulheres indígenas permaneceu elevado nos anos recentes, registrando os maiores patamares da série histórica entre 2022 e 2024 (7 óbitos por ano) e mantendo

6 óbitos em 2025. 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 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/).

4.8 MORTALIDADE NA INFÂNCIA E INFANTIL

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).

4.8.1 Mortalidade na infância (< 5 anos)

As mortes de crianças menores de 5 anos representam, historicamente, cerca de 8% a 12,6% de todos os óbitos gerais registrados evidenciando o peso da mortalidade infantil na demografia local.

A taxa média de mortalidade na infância no período ficou em torno de 25,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos. O ano de 2023 foi o mais grave de toda a série histórica, registrando um pico isolado tanto no volume absoluto (437 mortes) quanto na taxa de mortalidade (33,6 por 1.000 nascidos vivos). Esse salto coincide temporalmente com o agravamento da crise humanitária e sanitária no território Yanomami em Roraima. Fora o pico de 2023, a taxa de mortalidade na infância operou em um patamar persistentemente alto, flutuando de forma estreita entre 21,4 e 25,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos ao longo de toda a década.

O ano de 2025 registrou o maior volume de nascidos vivos da série (14.947 crianças). Apesar disso, a taxa de mortalidade recuou para 23,3, indicando um retorno à média histórica do estado após as oscilações dos anos anteriores (Tabela 68 e Figura 26).

A taxa de mortalidade na infância no estado é, em média, quase o dobro da média nacional. Enquanto o índice no estado flutua historicamente em torno de 25,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos, a média brasileira recente gira em torno de 14,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos (Peixoto, 2026). A disparidade de Roraima reflete a realidade da Região Norte, que historicamente amarga os maiores índices do país decorrentes de barreiras geográficas e vazios assistenciais. No ano de 2023, enquanto o Brasil manteve sua média histórica estabilizada, Roraima sofreu um salto drástico para 33,6, impulsionado provavelmente diretamente pelas vulnerabilidades sanitárias em terras indígenas. O Brasil reduziu drasticamente suas mortes evitáveis nas últimas décadas

por meio de programas de vacinação e expansão do pré-natal. Roraima, por sua vez, apresenta um ritmo de declínio muito mais lento e vulnerável a oscilações locais (Amazonia em Dados, 2026)

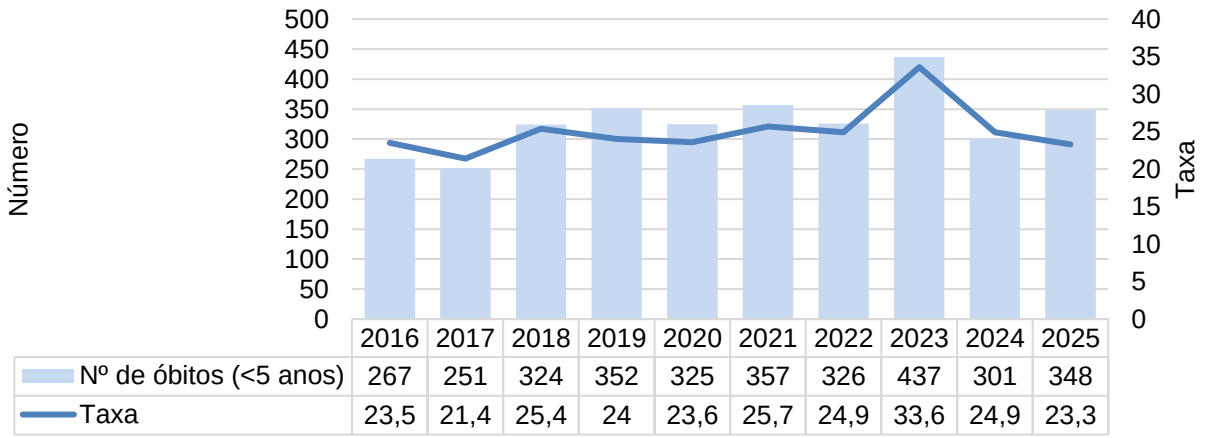
Tabela 68. Número, percentual e taxa de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) em menores de 5 anos, de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Ano	Nº de óbitos	Nº de nascidos vivos	Óbitos (<5 anos)		
			Nº*	%*	Taxa
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	352	11,8	24,0
2020	3.770	13.770	325	8,6	23,6
2021	4.463	13.907	357	8,0	25,7
2022	3.391	13.099	326	9,6	24,9
2023	3.475	13.016	437	12,6	33,6
2024	3.208	12.092	301	9,4	24,9
2025	3.507	14.947	348	9,9	23,3

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
* Em relação ao total de óbitos do estado.

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 diminui 51% desde 2000. No Brasil, a queda foi de 60% no mesmo período (Nações Unidas Brasil, 2024).

Figura 26. Número de óbitos e taxa de mortalidade infância (<5 anos), em residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O capítulo de afecções originadas no período perinatal é o impacto isolado mais severo na infância no estado, com uma taxa de 6,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Isso indica que a maior vulnerabilidade está nas primeiras semanas de vida do bebê (partos prematuros, asfixia e infecções neonatais). As doenças do aparelho respiratório (como pneumonias e bronquiolites) registram a segunda maior taxa de mortalidade (3,6), superando as malformações congênitas. As doenças infecciosas e parasitárias geram uma taxa de 3,1, um reflexo direto de determinantes sociais de saúde, como a necessidade de expansão de saneamento básico e acompanhamento nutricional na primeira infância. Com uma taxa de 3,0, os óbitos por acidentes ou violências (causas externas) praticamente empatam com as doenças infecciosas, demandando políticas públicas intersetoriais de proteção à criança fora do ambiente hospitalar (Tabela 69 e Figura 27).

Tabela 69. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade infância (<5 anos), por capítulos da CID-10, de residentes em Roraima, 2025

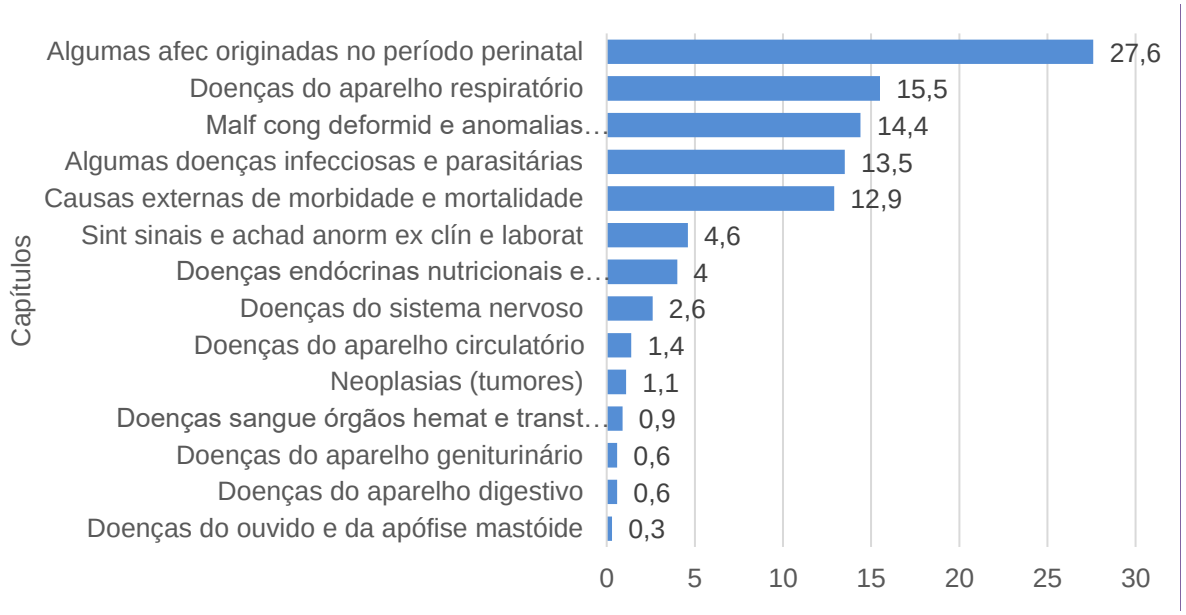
Causa (Capítulo CID10)	N	%	Taxa
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47	13,5	3,1
Neoplasias (tumores)	4	1,1	0,3
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	0,9	0,2
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14	4,0	0,9
Doenças do sistema nervoso	9	2,6	0,6
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,3	0,1
Doenças do aparelho circulatório	5	1,4	0,3
Doenças do aparelho respiratório	54	15,5	3,6
Doenças do aparelho digestivo	2	0,6	0,1
Doenças do aparelho geniturinário	2	0,6	0,1
Algumas afec originadas no período perinatal	96	27,6	6,4
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	50	14,4	3,3
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	16	4,6	1,1
Causas externas de morbidade e mortalidade	45	12,9	3,0
Total	348	100,0	23,3

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As 11 causas que mais matam concentraram 72,4% de todas as mortes, facilitando o direcionamento de políticas públicas focadas (Tabela 70). As afecções perinatais (transtornos respiratórios/cardiovasculares, complicações maternas e outras do período) somam 89 óbitos (25,6% do total). O grupo somado (aparelho circulatório e demais anomalias) responde por 46 mortes (13,3%). Esses números indicam a

necessidade urgente de melhorar o pré-natal e a assistência ao parto e ao recém-nascido. A pneumonia é a segunda maior causa isolada (10,6%, 37 óbitos), as doenças infecciosas intestinais somam 6% (21 óbitos), e a desnutrição, 9 óbitos (2,6%). São mortes altamente evitáveis com saneamento básico, vacinação, nutrição adequada e acesso rápido à atenção primária de saúde. Os óbitos por agressões chamam a atenção ao ocupar a 5ª posição, com 25 óbitos (7,2% do total e taxa de 1,67). É um índice atipicamente alto para a faixa etária menor de 5 anos, apontando para extrema vulnerabilidade social e violência doméstica.

Figura 27. Percentual de óbitos de mortalidade infância (<5 anos), por capítulos da CID-10, de residentes em Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

No Brasil, mortes por pneumonia e infecções intestinais (diarreia) despencaram nas últimas décadas devido à atenção primária e vacinação. Em Roraima, a soma dessas duas causas representa 16,6% de todas as mortes infantis (58 óbitos), indicando barreiras severas de acesso à saúde básica, desnutrição e falta de água tratada. Nacionalmente, o topo das causas de morte na primeira infância é dominado por fatores biológicos (prematuridade e malformações). A presença de agressões na 5ª posição em Roraima (7,2% dos óbitos) contrasta drasticamente com o cenário nacional, denunciando uma crise aguda de vulnerabilidade social, violência doméstica e fragilidade nas redes de proteção à criança no estado (Mina, 2025). As complicações perinatais e o reflexo de fatores maternos em Roraima (somando mais de 30% das

mortes) conversam diretamente com os indicadores epidemiológicos que apontam que o estado possui também uma das maiores taxas de mortalidade materna do país (Magno, 2025).

Tabela 70. Número e percentual de óbitos e taxa de mortalidade infância (<5 anos) por 1.000 nascidos vivos, das principais causas básicas da CID-10, de residentes em Roraima, 2025

Causa básica (CID 10)	N°	%	Taxa
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	46	13,2	3,08
Pneumonia	37	10,6	2,48
Rest afec originadas no periodo perinatal	27	7,8	1,81
Malf congenitas do aparelho circulatorio	27	7,8	1,81
Agressões	25	7,2	1,67
Doencas Infecciosas intestinais	21	6,0	1,40
Rest de malf cong, deform e anomal cromoss	19	5,5	1,27
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	16	4,6	1,07
Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	16	4,6	1,07
Outras Doencas bacterianas	9	2,6	0,60
Desnutricao	9	2,6	0,60
Sub total	252	72,4	16,86
Demais causas	96	27,6	6,42
Total	348	100,0	23,28

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Para reverter índices complexos como os de Roraima, o Ministério da Saúde atua por meio de políticas nacionais integradas ao SUS e foca na Atenção Primária, na Saúde Indígena e na Qualificação Hospitalar (Damasceno, 2026). As principais diretrizes e ações recomendadas para combater as causas de morte no estado são: (1) Combate às causas perinatais e maternas por meio da estratégia QualiNEO*.

Roraima faz parte desta estratégia focada na qualificação de maternidades. O objetivo é reduzir mortes nos primeiros 28 dias de vida através do treinamento de equipes para manejo de prematuros e incentivo ao aleitamento materno imediato (Fundação Abrinq, 2024).

_____

*A Estratégia QualiNEO é uma iniciativa criada pelo Ministério da Saúde, em cooperação técnica com o Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), desenvolvida especialmente para reduzir as taxas de mortalidade neonatal (bebês de até 28 dias de vida) e qualificar a assistência ao recém-nascido de risco. Ela funciona integrando os programas estratégicos de saúde do governo em maternidades que concentram altos índices de mortalidade. A estratégia é estruturada em três eixos principais e um roteiro prático conhecido como os "10 Passos do Cuidado Neonatal".

Além disso, de garantir o mínimo de 6 consultas de pré-natal com exames de rastreio qualificados, identificação precoce de gravidez de alto risco e vinculação da gestante à maternidade antes do parto; e busca ativa realizada por equipes de saúde até o 7º dia após o nascimento para avaliar o recém-nascido e apoiar a amamentação exclusiva (Roraima, 2024). (2) Enfrentamento a doenças evitáveis (Pneumonia e Diarreia). Ampliação da cobertura de agentes comunitários de saúde (ACS) para monitorar o desenvolvimento da criança e orientar as famílias sobre sinais de alerta (como desidratação e esforço respiratório); Garantia de altas coberturas vacinais da vacina Pneumocócica (previne pneumonia) e da Rotavírus (previne diarreia grave); e uso de suplementação de micronutrientes (como Ferro e Vitamina A) e acompanhamento rigoroso do ganho de peso via Caderneta da Criança. (3) Atenção especializada à saúde indígena (SASI-SUS). Diante da forte relação epidemiológica em Roraima (territórios como o Yanomami), a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) monitora os indicadores de risco por meio de equipes multidisciplinares nos DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) (CNN Brasil, 2023; IBDFAM, 2016); e implementação de protocolos de saúde específicos que respeitem as práticas tradicionais locais e garantam a tradução e compreensão das orientações médicas pelas comunidades. (4) Enfrentamento a causas externas (agressões). O Ministério da Saúde orienta que a saúde atue integrada à rede de proteção social (CRAS, CREAS e Conselhos Tutelares) e ao Poder Judiciário; e obrigatoriedade de as equipes de saúde notificarem imediatamente qualquer suspeita de violência contra menores de 5 anos no Sinan, para a geração de intervenção imediata para proteger a criança.

Os dados de mortalidade em menores de 5 anos por municípios em 2025 revelam uma profunda desigualdade regional, onde fatores estruturais e a presença de populações vulneráveis (como comunidades indígenas e fluxos migratórios) desenham cenários completamente opostos entre os municípios (Tabela 71 e Figura 28).

O município de Caracaraí registrou uma taxa alarmante de 58,4 mortes por 1.000 NV. Embora represente apenas 7,2% do total de óbitos do estado, o risco de uma criança morrer antes dos 5 anos em Caracaraí é quase 3 vezes maior que a média estadual.

Sendo a capital e o município mais populoso, Boa Vista concentra a maior fatia dos nascidos vivos (47,3%) e 39,1% do total de óbitos do estado (136 mortes). Contudo, devido à maior infraestrutura hospitalar, sua taxa de mortalidade (19,2) está abaixo da média do estado.

Tabela 71. Número, percentual e taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, Roraima, 2025

Município	Nº de nascidos vivos	óbitos (<5 anos)		
		N	%	Taxa
Alto Alegre	1.750	59	17,0	33,7
Amajari	897	25	7,2	27,9
Boa Vista	7.069	136	39,1	19,2
Bonfim	580	11	3,2	19,0
Cantá	418	8	2,3	19,1
Caracaraí	428	25	7,2	58,4
Caroebe	210	1	0,3	4,8
Iracema	261	5	1,4	19,2
Mucajaí	333	5	1,4	15,0
Normandia	609	13	3,7	21,3
Pacaraima	531	15	4,3	28,2
Rorainópolis	546	12	3,4	22,0
São João da Baliza	152	4	1,1	26,3
São Luiz	90	2	0,6	22,2
Uiramutã	10.73	27	7,8	25,2
Total	14.947	348	100,0	23,3

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Municípios com forte presença de comunidades tradicionais e desafios logísticos de acesso à saúde — como Alto Alegre (33,7), Pacaraima (28,2), Amajari (27,9) e Uiramutã (25,2) — apresentam taxas severas, todas acima da média estadual de 23,3. O município de Caroebe destaca-se positivamente com a menor taxa do estado (4,8 por 1.000 NV), registrando apenas 1 óbito ao longo de todo o ano de 2025.

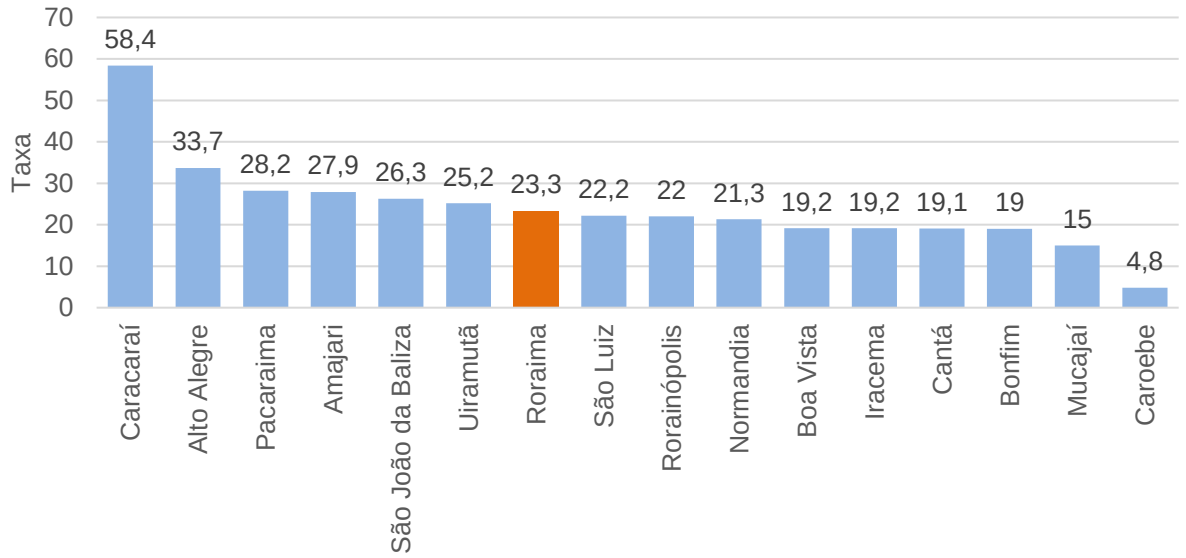
O indicador estadual (23,3 mortes por 1.000 NV) esconde realidades críticas. Enquanto a capital Boa Vista e o município de Caroebe conseguem manter números proporcionalmente controlados, o interior profundo — liderado por Caracaraí e Alto Alegre — enfrenta uma crise crônica na assistência à saúde na primeira infância, demandando intervenções locais urgentes e direcionadas.

Um relatório técnico recente elaborado pela Comissão Especial do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cedcar) realizou missões de inspeção exatamente nos municípios integrados à região de interiorização e trânsito da Terra Indígena Yanomami, cobrindo Amajari, Alto Alegre, Mucajaí, Iracema e Caracaraí. O documento oficial apontou explicitamente que Caracaraí concentra a

situação de mais extrema vulnerabilidade e violação de direitos infantis da região. Durante as inspeções, foram constatadas severas falhas na infraestrutura de atendimento básico, atraso na aplicação de fundos federais de assistência, desnutrição e escassez de resposta médica imediata para crianças em trânsito. Além disso, é o maior município em extensão territorial no estado e enfrenta vazios sanitários severos ("interior profundo").

A distância geográfica e os entraves administrativos locais isolam comunidades ribeirinhas e indígenas, o que justifica a taxa alarmante de 58,4 mortes por 1.000 nascidos vivos identificada no banco de dados estatísticos de 2025 (Baydourn, 2026).

Figura 28. Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, Roraima, 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O município de Alto Alegre abriga grande parte da calha de acesso e porções geográficas da Terra Indígena Yanomami, severamente impactada pelo garimpo ilegal, surtos crônicos de malária e contaminação por mercúrio. O colapso na saúde desse território impacta diretamente a rede municipal de Alto Alegre, que atua como porta de entrada e sofre com a sobrecarga e a falta de equipes multiprofissionais consolidadas para a primeira infância.

Dados consolidados pelo Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI) mostram que a taxa de mortalidade na infância (crianças de até 4-5 anos) entre populações indígenas no Brasil é mais que o dobro (2,44 vezes maior) do que a de crianças não indígenas

(NCPI, 2026). Como Alto Alegre e Caracaraí possuem alta concentração e fluxo dessas populações originárias, os indicadores de mortalidade acabam disparando em comparação à capital. As causas dessas mortes no interior, segundo os registros epidemiológicos do SIM e do DATASUS, concentram-se em causas evitáveis: pneumonia, diarreia aguda, desnutrição grave e complicações perinatais que seriam resolvidas com atenção básica pré-natal e pediátrica eficiente.

Enquanto o Brasil apresenta uma tendência histórica de queda e estagnação da mortalidade na infância em patamares próximos a 14,9 por mil, os painéis do Amazônia Legal em Dados apontam que Roraima caminha na direção oposta, registrando aumentos reais ou platôs elevados devido à incapacidade estrutural dos municípios do interior em absorver as demandas de saúde pública (Amazonia em Dados, 2026).

Tabela 72. Número de óbitos em menores de 5 ano por causas evitáveis, residentes em Roraima, 2016 a 2025

Causas evitáveis	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1. Causas evitáveis	**989**	**1.031**	**1.283**	**1.181**	**1.209**	**1.324**	**1.314**	**1.386**	**1.194**	**1.390**
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	**4**	**3**	**7**	**2**	**6**	**6**	**5**	**9**	**11**	**8**
.. Tuberculose do sistema nervoso	0	0	1	2	1	0	2	0	2	3
.. Tuberculose miliar	0	0	0	0	1	3	0	4	3	1
.. Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
.. Sarampo	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
.. Hepatite aguda B	4	3	4	0	4	3	3	5	6	2
1.2. Reduz. atenção gestação parto feto recém-nasc	**151**	**146**	**184**	**171**	**218**	**202**	**203**	**247**	**212**	**195**
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	**109**	**92**	**115**	**95**	**128**	**133**	**126**	**152**	**128**	**115**
.. Sífilis congênita	1	1	1	0	1	0	0	3	6	3
.. Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	38	25	40	31	37	49	49	55	33	31
.. Feto e recém-nasc afet compl placenta membranas	9	8	5	4	10	3	10	10	12	9
.. Feto e recém-nascido afet afecções maternas	18	32	29	23	31	31	41	33	33	26
.. Feto e recém-nasc afet por compl matern gravid	7	5	5	8	10	9	4	9	19	16
.. Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	0	0	0	2	3	1	3	1	1	4
.. Transt gest curta duração e peso baixo nascer	0	1	1	4	8	8	5	3	2	5
.. Síndrome da angústia respiratória recém-nascido	24	15	23	15	20	25	10	29	13	13
.. Hemorragia pulmonar originada período perinatal	2	3	2	1	2	2	1	2	2	3

.. Hemorragia intracran ñ traum feto e recém-nasc	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.. Isoimunização Rh ou ABO do feto e recém-nascido	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
.. Out doenç hemolít feto recém-nasc dev isoimuniz	4	1	4	1	1	2	1	2	5	2
.. Enterocolite necrotizante feto e recém-nascido	6	1	5	5	5	3	1	5	2	3
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	**15**	**27**	**38**	**38**	**52**	**30**	**33**	**55**	**43**	**43**
.. Feto recém-nasc afet placent prév descol placen	3	8	16	19	12	11	16	15	13	12
.. Feto e recém-nasc afet afecções cordão umbilic	5	7	5	9	7	7	3	5	3	5
.. Feto recém-nasc afet outr complicações parto	0	0	3	1	2	4	3	5	4	5
.. Transt gestação prolong e peso elevado nascer	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.. Traumatismo de parto	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0
.. Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	4	10	9	6	23	6	10	20	21	15
.. Síndr aspiração neonat excet leite alim regurg	2	2	5	2	5	2	1	10	2	6
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	**27**	**27**	**31**	**38**	**38**	**39**	**44**	**40**	**41**	**37**
.. Transt respirat específicos do período neonatal	7	9	11	13	12	10	11	9	9	10
.. Infecç per neonatal exc SRC e hepat viral cong	12	8	11	14	14	19	21	16	14	14
.. Hemorragia neonatal exc intracraniana ñ traumát	0	2	0	1	1	1	3	1	0	3
.. Outras icterícias neonatais	1	0	0	1	2	1	0	2	0	0
.. Transt endócr metab transit esp feto recém-nasc	3	3	3	6	4	5	3	7	9	4
.. Outr transt hemotológicos feto e recém-nascido	1	0	0	0	2	1	0	0	1	1
.. Transt ap digest feto recém-nasc exc enter necr	0	2	2	1	0	0	3	1	2	2
.. Afecç compromet tegument regul térmica feto rn	0	3	0	1	0	0	0	1	1	1
.. Outros transt orig per perinatal (exc P95 P969)	3	0	4	1	3	2	3	3	5	2
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	**359**	**300**	**364**	**370**	**352**	**399**	**437**	**476**	**408**	**515**
.. Tuberculose respirat c/confirm bacter e histol	1	0	6	7	2	4	8	5	5	14
.. Tuberculose vias respirat s/conf bacter histol	6	5	2	10	11	10	7	19	19	15
.. Tuberculose de outros órgãos	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
.. Meningite (exceto por Haemophilus)	1	2	2	4	2	1	4	2	1	2
.. Infecções agudas das vias aéreas superiores	1	1	1	0	1	0	0	1	2	3
.. Pneumonia	134	90	139	130	128	153	183	221	181	231
.. Outras infecções agudas vias aéreas inferiores	4	3	0	2	5	8	9	14	8	19

.. Algumas doenças crônicas vias aéreas inferiores	7	1	2	8	2	3	7	10	12	5
.. Algumas doenças pulmonares dev agentes externos	10	4	4	6	8	1	6	8	5	11
.. Outras doenças bacterianas	29	14	16	17	33	32	35	30	39	37
.. Diabetes mellitus	142	160	166	141	128	160	135	113	100	130
.. Epilepsia e estado de mal epiléptico	4	3	6	13	9	8	10	7	7	7
.. Síndrome de Down	2	2	0	2	1	4	3	1	0	3
.. Infecção do trato urinário localiz não especif	15	12	16	25	21	13	19	37	24	34
.. Febre reumát aguda e doenç reumát crôn coração	2	3	4	4	1	2	10	8	5	3
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	**475**	**582**	**728**	**638**	**633**	**717**	**669**	**654**	**563**	**672**
.. Doenças infecciosas intestinais	23	27	36	33	18	28	41	49	31	43
.. Algumas doenças bacterianas zoonóticas	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
.. Febres por arbovírus e febres hemorrágic virais	0	4	0	2	1	1	1	1	0	2
.. Rickettsioses	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.. Raiva	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.. Doenças devidas a protozoários	6	5	12	15	22	35	33	35	22	11
.. Helmintíases	0	1	0	1	0	4	1	4	3	5
.. Doenças infecciosas, outras e não especificadas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.. Anemias nutricionais	0	1	2	0	4	2	1	1	0	0
.. Desnutrição e outras deficiências nutricionais	24	10	16	39	25	48	29	48	27	23
.. Depleção de volume	3	1	1	3	3	1	1	1	0	4
.. Acidentes de transporte	109	138	94	124	133	160	166	161	145	168
.. Envenenam acid expos drogas medic subst biológ	0	1	0	0	1	2	2	1	1	3
.. Envenenamento acid exposição outr subst nocivas	0	1	1	1	1	3	3	2	5	2
.. Síndrome da morte súbita na infância	3	2	4	0	7	9	9	2	3	4
.. Quedas	10	28	27	40	18	29	27	25	28	33
.. Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	2	2	0	1	1	1	3	0	1	6
.. Exposição às forças da natureza	0	5	0	1	2	8	4	3	1	1
.. Afogamento e submersão acidentais	33	38	31	34	40	47	32	26	35	45
.. Outros riscos acidentais à respiração	4	13	10	16	14	19	27	13	16	16
.. Expos corr elétr radiação temperat press extrem	3	9	7	8	9	10	8	9	8	8
.. Agressões	208	249	415	243	252	259	234	212	169	217
.. Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	35	31	66	61	70	44	37	45	54	68

.. Exposição a forças mecânicas inanimadas	10	16	6	14	10	6	9	14	9	7
.. Acid ocorr durante prest cuid médicos cirúrgic	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
...Reação anorm pac ou compl tardia proced médic	0	0	0	0	0	0	0	1	4	6
.. Efeit adv drog medic e subst biológ terapêutic	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2. Causas mal definidas	**183**	**148**	**143**	**181**	**199**	**199**	**185**	**190**	**162**	**176**
.. Sintomas, sinais e achados anormais	102	73	67	91	119	117	135	118	105	111
.. Morte fetal de causa não especificada	77	74	74	88	74	82	48	72	56	64
.. Afecções orig período perinatal não especific	4	1	2	2	6	0	2	0	1	1
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	**1.121**	**1.416**	**1.504**	**1.622**	**2.361**	**2.940**	**1.892**	**1.899**	**1.852**	**1.941**
Total	2293	2595	2930	2984	3769	4463	3391	3475	3208	3507

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

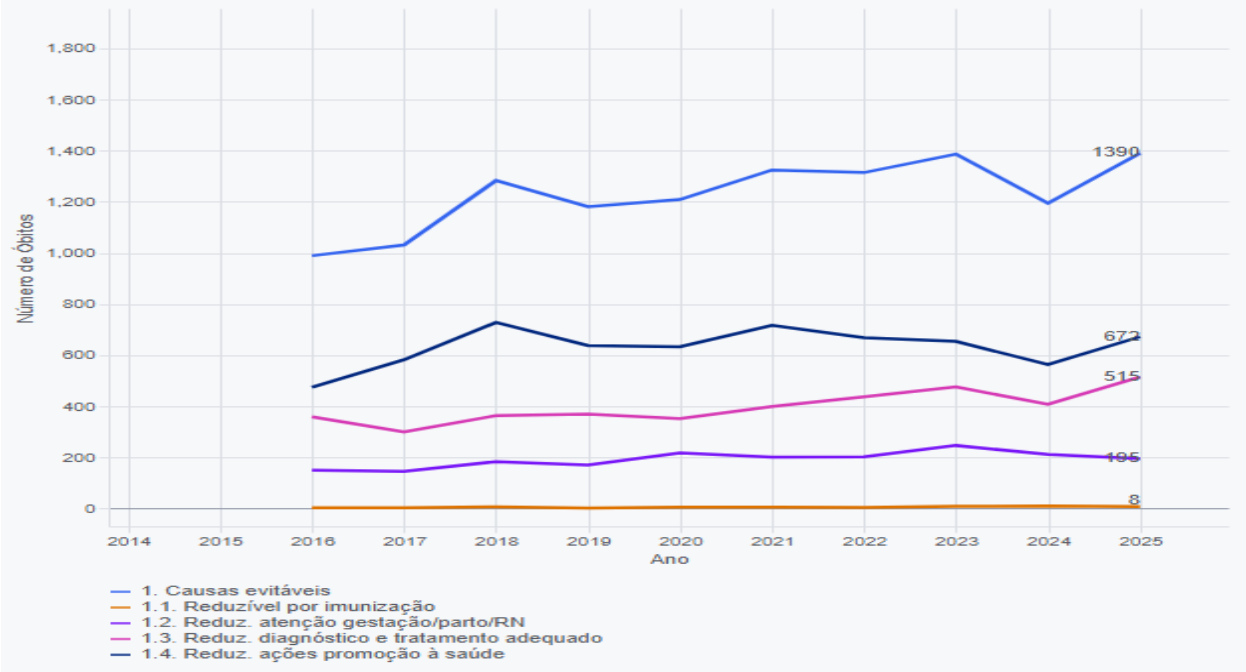
As causas de morte evitáveis são classificadas em grupos: Causas evitáveis (Reduzíveis pelas ações de imunização e reduzíveis atenção gestação parto feto recém-nasc); reduzíveis ações no diagnóstico e tratamento adequado e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde). Logo, são mortes preveniveis 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).

O número total de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos no estado cresceu 40,5% entre 2016 (989 óbitos) e 2025 (1.390 óbitos). O pico histórico do período ocorreu justamente em 2025, quebrando a tendência de queda observada em 2024. As causas evitáveis representam uma parcela expressiva do total de mortes na infância no estado, evidenciando gargalos crônicos na rede de saúde pública e na infraestrutura social. O crescimento simultâneo de mortes por causas tratáveis (como pneumonia) e por falhas de acompanhamento básico (atenção ao parto e pré-natal) sugere a necessidade urgente de expansão da cobertura vacinal, fortalecimento da atenção primária e melhoria do suporte hospitalar de urgência e emergência pediátrica no estado (Tabela 72 e Figura 29).

Ações de promoção à saúde e atenção básica (Item 1.4) é a maior causa

absoluta de óbitos em quase todo o período. Registrou salto expressivo de 475 casos (2016) para o pico de 728 (2018), mantendo-se patamar elevado em 2025 com 672 mortes. As agressões (com pico de 415 em 2018) e os acidentes de transporte refletem as vulnerabilidades externas e sociais severas.

Figura 29. Evolução dos óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos, Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

As ações de diagnóstico e tratamento adequado (Item 1.3) apresentou uma tendência acentuada de alta a partir de 2021, saltando de 359 (2016) para 515 óbitos em 2025. Esse crescimento é impulsionado de forma alarmante pela pneumonia (que subiu de 134 para 231 casos no período) e pelo aumento de casos de tuberculose respiratória, sinalizando falhas severas no diagnóstico rápido e no manejo clínico na rede assistencial.

A atenção à gestação, parto e recém-nascido (Item 1.2) mostrou oscilação com tendência de alta, atingindo seu pior momento em 2023 (247 óbitos) e fechando 2025 com 195 casos. Destacam-se negativamente os óbitos por doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na gestação/parto (média de 30-50 casos anuais) e falhas no parto (como hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer, que bateram recordes em 2020 e 2024/2025).

As ações de imunização (Item 1.1) apesar de ser o menor grupo em números

absolutos, acende um alerta de fragilidade na cobertura vacinal, já que os óbitos duplicaram de 4 em 2016 para 8 em 2025, com o surgimento de mortes por coqueluche (2 casos em 2025) e persistência de casos de tuberculose do sistema nervoso e miliar.

Quase a metade de todas as mortes evitáveis (48,35%) decorre de falhas em ações de promoção à saúde e assistência social (Grupo 1.4), fortemente impactadas por causas externas (violência e acidentes). Somados, os grupos 1.4 e 1.3 representam 85,4% do problema. Isso significa que 8 a cada 10 mortes evitáveis de crianças menores de 5 anos em Roraima poderiam ser impedidas com melhor resolutividade no diagnóstico/tratamento de doenças comuns (como a pneumonia) e políticas públicas de segurança e prevenção (Tabela 73).

Tabela 73. Cálculo do impacto percentual de cada subgrupo sobre o total de óbitos por causas evitáveis registrados em Roraima, 2025

Subgrupo de Causa Evitável	Óbitos em 2025	Impacto Percentual (%)	Indicador Principal do Grupo (2025)
1.4. Promoção à Saúde / Atenção Básica	672	48,35%	Acidentes de transporte (168) e Agressões (217)
1.3. Diagnóstico e Tratamento Adequado	515	37,05%	Pneumonia (231) e Diabetes mellitus (130)
1.2. Atenção à Gestação, Parto e RN	195	14,03%	Atenção à gestação (115) e ao parto (43)
1.1. Ações de Imunização	8	0,58%	Tuberculose do S.N. (3) e Coqueluche (2)
Total de Causas Evitáveis	1.390	100,00%	—

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.8.2 Mortalidade infantil (< 1 anos)

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).

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 e estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

Tabela 74. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV), residentes em Roraima, 2016 A 2025

Ano	N° de óbitos*	Nº de nascidos vivos	Óbitos em <1 ano		
			Nº	%	Taxa
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	3.208	12.092	233	7,3	19,3
2025	3.507	14.947	264	7,5	17,7

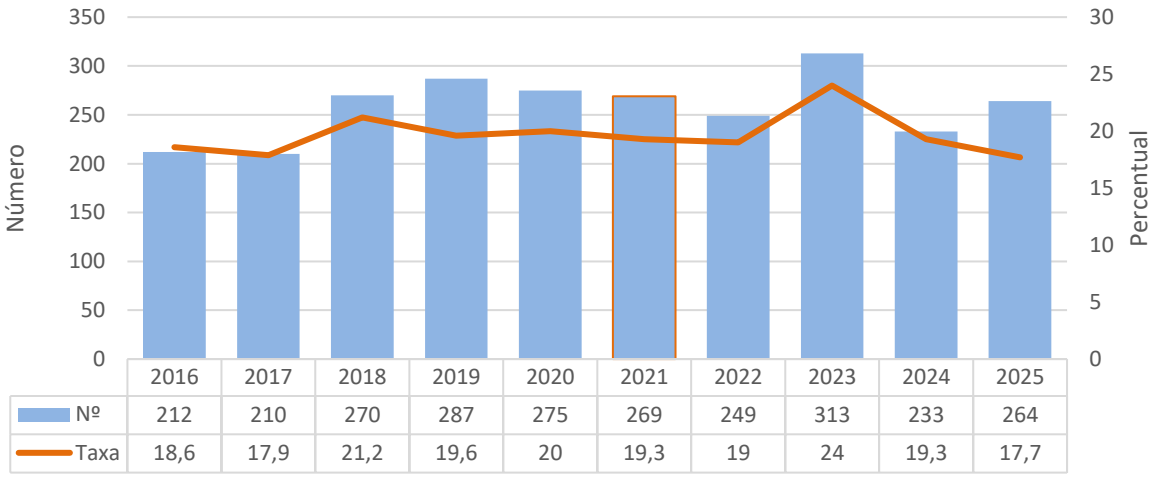
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).
* Em relação ao total de óbitos do estado.

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).

A análise dos dados de mortalidade infantil em Roraima (2016-2025) aponta para uma estabilização em patamares elevados, com um pico crítico em 2023 e uma melhora significativa no último ano da série histórica (Tabela 74). O percentual indica quanto os óbitos infantis representam do total de mortes no estado. Esse índice caiu de 9,6% em 2019 para o seu menor nível em 2021 (6,0%), fechando 2025 em 7,5%. É importante notar que em 2020 e 2021 as mortes gerais (totais) aumentaram bruscamente devido à pandemia de Covid-19, o que achatou artificialmente o percentual de participação das crianças no total de óbitos, embora a taxa por mil nascidos tenha se mantido estável

em cerca de 19,0.

Figura 30. Número e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV), de residente em Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nº	212	210	270	287	275	269	249	313	233	264
Taxa	18,6	17,9	21,2	19,6	20	19,3	19	24	19,3	17,7

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O ano de 2023 registrou a maior taxa da década (24,0 óbitos por 1.000 NV) e o maior número absoluto de mortes infantis (313 óbitos). Esse salto coincide historicamente com a crise humanitária e de saúde pública na região (como a emergência no território Yanomami), impactando diretamente os indicadores de vulnerabilidade neonatal e infantil. O ano de 2025 apresentou o melhor cenário do período. Registrou-se a menor taxa de mortalidade infantil (17,7), impulsionada por um aumento expressivo no número de nascidos vivos (14.947), o maior da série. Apesar da queda expressiva em 2024 e 2025, a média de Roraima no período permanece perto de 19,6 óbitos por 1.000 NV. Este valor situa-se muito acima da média nacional brasileira (atualmente estimada em cerca de 12 óbitos por 1.000 NV), evidenciando a necessidade contínua de fortalecimento da atenção pré-natal e assistência médica no extremo norte (Figura 30).

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.

Para suavizar as variações anuais e identificar a tendência real da mortalidade

infantil no estado, foi calculada a média móvel trienal (3 anos) tanto para a taxa quanto para o número absoluto de óbitos. O cálculo considera o ano vigente e os dois anos anteriores (ex: a média de 2018 reflete o período 2016-2018). Ao contrário do que a queda isolada da taxa em 2025 sugere (17,7), a média móvel mostra que a mortalidade infantil estrutural continua estacionada em um patamar preocupante, flutuando rigidamente entre 19,2 e 20,8 óbitos por mil nos últimos 8 anos analisados. O pico isolado de 2023 (taxa de 24,0) é suavizado na média móvel (20,8). No entanto, o impacto desse ano crítico foi tão severo que ele continuou puxando a tendência trienal para cima até o ano de 2025. A média móvel do número absoluto de mortes mostra que o estado perde, de forma crônica, entre 260 e 277 crianças menores de um ano a cada triênio, confirmando que as oscilações anuais refletem mais a variação no volume de nascimentos do que uma redução real no risco de mortalidade (Figura 31).

Figura 31. Evolução da Mortalidade Infantil em residentes de Roraima, 2016 a 2025

Ano	Taxa Anual	Média Móvel da Taxa (3 anos)	Óbitos Infantis	Média Móvel de Óbitos (3 anos)
2016	18,6	*Início da série*	212	*Início da série*
2017	17,9	*Início da série*	210	*Início da série*
2018	21,2	**19,2**	270	**230,7**
2019	19,6	**19,6**	287	**255,7**
2020	20,0	**20,3**	275	**277,3**
2021	19,3	**19,6**	269	**277,0**
2022	19,0	**19,4**	249	**264,3**
2023	24,0	**20,8**	313	**277,0**
2024	19,3	**20,8**	233	**265,0**
2025	17,7	**20,3**	264	**270,0**

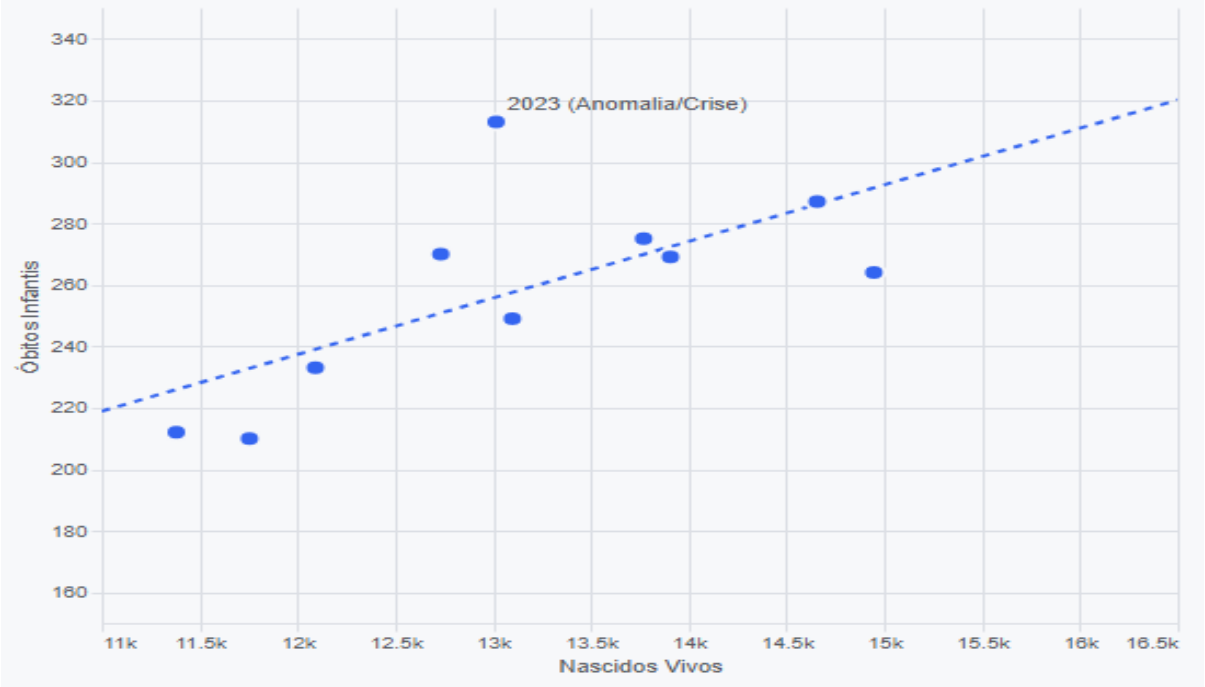


Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise estatística revela que existe uma forte correlação positiva entre o número de nascidos vivos e o número absoluto de óbitos infantis (r = +0,67), essa correlação forte indica que, historicamente em Roraima, quanto mais crianças nascem, maior tende a ser o número absoluto de mortes. Isso sugere que o sistema de saúde enfrenta dificuldades estruturais para absorver o aumento de demanda (partos) sem que as perdas também aumentem proporcionalmente, mas nenhuma correlação linear entre os nascidos vivos e a taxa de mortalidade infantil (r = -0,01), ou seja uma correlação nula. A taxa mede o risco (óbitos por cada 1.000 que nasceram). Um coeficiente de -0,01 prova que a variação na quantidade de nascimentos no estado não

dita a queda ou o aumento do risco de morrer. O risco é governado por fatores externos (qualidade do pré-natal, saneamento, assistência médica) (Figura 32).

Figura 32. Correlação entre nascidos vivos e óbitos infantis, de residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Em 2019, houve um salto de nascimentos (de 12,7k para 14,6k). Como o sistema operava na mesma eficiência estrutural, o número de óbitos também subiu (de 270 para 287), mantendo a taxa estável na casa dos 19 por mil. Em 2023, os nascimentos mantiveram-se estáveis em relação a 2022 (cerca de 13k), mas o número de mortes disparou para 313. Esse descolamento estatístico prova que o pico de mortalidade de 2023 foi estritamente causado por uma piora severa nas condições de saúde e vulnerabilidade social, e não por flutuações demográficas. O ano de 2025 quebrou essa regra. Registrou-se o maior volume de nascidos vivos (14.947 NV) e, em paralelo, os óbitos caíram para 264. Foi essa combinação que derrubou a taxa para o mínimo histórico de 17,7, indicando possível melhora na cobertura vacinal ou assistência neonatal.

Tabela 75. Número de óbitos, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) por município de residência, Roraima, 2025

Município	Nº de nascidos vivos	óbitos (<1 ano)		
		N	%	Taxa
Alto Alegre	1.750	44	16,7	25,1
Amajari	897	21	8,0	23,4
Boa Vista	7.069	102	38,6	14,4
Bonfim	580	4	1,5	6,9
Cantá	418	8	3,0	19,1
Caracaraí	428	20	7,6	46,7
Caroebe	210	1	0,4	4,8
Iracema	261	3	1,1	11,5
Mucajaí	333	3	1,1	9,0
Normandia	609	11	4,2	18,1
Pacaraima	531	11	4,2	20,7
Rorainópolis	546	8	3,0	14,7
São João da Baliza	152	3	1,1	19,7
São Luiz	90	1	0,4	11,1
Uiramutã	1.073	24	9,1	22,4
Total	14.947	264	100,0	17,7

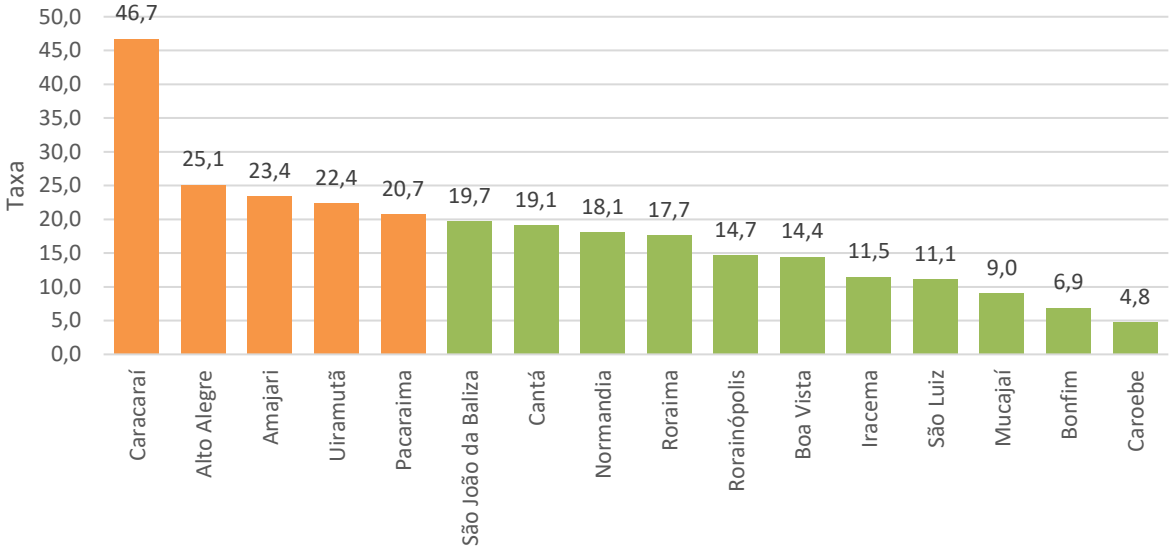
Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A análise dos dados municipais de mortalidade infantil para o ano de 2025 revela um cenário de desigualdade extrema entre os municípios, repetindo o padrão de vulnerabilidade no interior profundo que já havia sido observado na mortalidade de menores de 5 anos (Tabela75 e Figura 33).

O município de Caroebe sustenta o melhor indicador do período, com apenas 1 óbito e taxa de 4,8 e Bonfim também se destaca positivamente com uma taxa de 6,9 (4 óbitos), um valor consideravelmente baixo para a realidade do interior do estado.

A capital concentra a maior fatia demográfica, respondendo por 47,3% dos nascimentos e 38,6% dos óbitos do estado (102 mortes). No entanto, por contar com a principal infraestrutura de UTIs neonatais e maternidades de alta complexidade no estado, Boa Vista apresenta uma das menores taxas do estado (14,4), ficando abaixo da média geral.

Figura 33. Classificação da taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, de residentes em Roraima, 2025



Legenda:

Alta (50 e +)

Média (20 e 49)

Baixa (<20)

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O município de Caracaraí apresenta a maior taxa de mortalidade infantil do estado, atingindo 46,7 óbitos por 1.000 NV. O risco de um bebê morrer antes de completar o primeiro ano de vida em Caracaraí é mais que o dobro da média estadual e mais que o triplo da taxa da capital.

Juntos, Alto Alegre, Amajari e Uiramutã somam 89 óbitos (33,8% do total do estado), com taxas que variam de 22,4 a 25,1 por 1.000 NV. Essas regiões abrigam extensas áreas geográficas de distritos sanitários indígenas e enfrentam sérias barreiras logísticas de acesso a exames de pré-natal e assistência ao parto.

A média do estado em 2025 (17,7 óbitos por 1.000 NV) é puxada para baixo pela estabilidade relativa da capital Boa Vista. Contudo, o indicador mascara uma crise crônica de mortalidade neonatal e pós-neonatal no interior. O fato de Caracaraí registrar quase 47 mortes por mil nascidos aponta para a urgência de descentralizar os serviços de saúde materno-infantil no estado, com foco na fixação de equipes médicas e no fortalecimento da atenção primária nos municípios mais isolados.

Tabela 76. Comparativo da mortalidade infantil (<1ano) e na infância (<5 anos), por município de residencia, Roraima, 2025

Municípios	<1 ano	<5 anos	Óbitos entre <1 e < 5 anos (Diferença)	% de óbitos no 1º ano	Tendência local / Diagnóstico
Boa Vista	102	136	34	75,0	Perfil urbano; mortes pós-1 ano ligadas a infecções e acidentes.
Alto Alegre	44	59	15	74,6	Crise perinatal crônica somada a forte vulnerabilidade na infância.
Uiramutã	24	27	3	88,9	Concentração extrema no primeiro ano; falhas severas no pré-natal.
Amajari	21	25	4	84,0	Alta vulnerabilidade no primeiro ano de vida.
Caracaraí	20	25	5	80,0	Risco altíssimo em ambas as faixas; isolamento logístico severo.
Normandia	11	13	2	84,6	Mortalidade concentrada quase totalmente nos bebês.
Pacaraima	11	15	4	73,3	Impacto de doenças sazonais e fronteira afetando a primeira infância.
Rorainópolis	8	12	4	66,7	Maior equilíbrio relativo; atenção necessária à saúde pós-neonatal.
Cantá	8	8	0	100,0	100% das mortes ocorrem no primeiro ano; foco total em maternidade.
Bonfim	4	11	7	36,4	Anomalia: Único onde mais crianças morrem após o primeiro ano.
São João da Baliza	3	4	1	75,0	Pequeno volume com padrão proporcional ao estado.
Mucajaí	3	5	2	60,0	Baixa mortalidade geral, mas com perdas na primeira infância.
Iracema	3	5	2	60,0	Necessidade de reforço na puericultura pós-1 ano.
São Luiz	1	2	1	50,0	Baixo número absoluto de casos.
Caroebe	1	1	0	100,0	Melhor eficiência; apenas 1 caso isolado no primeiro ano.
TOTAL	264	348	84	75,9	Padrão estadual focado na vulnerabilidade do bebê.

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

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 comparação entre a mortalidade Infantil (<1 ano) e a na Infância (<5 anos) em em 2025 revela que a maioria das crianças que morrem antes dos 5 anos perde a vida ainda no primeiro ano de idade. Dos 348 óbitos registrados em menores de 5 anos no estado, 264 ocorreram antes do primeiro ano de vida. Isso significa que 75,9% da mortalidade na infância no estado é concentrada no primeiro ano de vida, refletindo falhas graves na assistência pré-natal, no momento do parto e nos primeiros meses de cuidados neonatais (Tabela 76).

Quase a totalidade (88,9%) das mortes no município do Uiramutã ocorre antes do primeiro ano de vida. Isso indica que, se a criança indígena ou ribeirinha dessa região conseguir sobreviver aos primeiros 12 meses, as chances de chegar aos 5 anos aumentam drasticamente. O gargalo está no nascimento. Bonfim é o único município onde a mortalidade entre 1 e 4 anos (7 óbitos) superou os óbitos de menores de 1 ano (4 óbitos). Esse comportamento foge totalmente ao padrão do estado e sugere problemas graves na atenção primária pós-amamentação (como surtos de diarreia por falta de saneamento, desnutrição na transição alimentar ou causas externas).

Juntos, a capital, Boa Vista e Alto Alegre respondem por mais da metade de todas as mortes de crianças < 5 anos do estado (49 dos 84 óbitos). Nesses locais, o acompanhamento do crescimento (puericultura), a vacinação e o combate a infecções respiratórias na primeira infância precisam ser intensificados.

O cenário epidemiológico do primeiro ano de vida é dominado por três grandes causas que, juntas, concentram 66% de todas as mortes. (1) As afecções originadas no período perinatal com uma taxa de 6,4 por 1.000 NV, este grupo isola-se como a principal ameaça ao recém-nascido. Trata-se de asfixia ao nascer, prematuridade extrema e infecções neonatais, refletindo a urgência de melhorar a assistência ao parto e o pré-natal de alto risco; (2) As malformações congênitas e anomalias registrando taxa de 2,9 assumem a segunda posição no primeiro ano de vida (em menores de 5 anos, ocupavam o terceiro lugar). Das 50 mortes por malformação na primeira infância, 43 ocorrem antes do primeiro ano, evidenciando a dependência de UTIs neonatais e cirurgia pediátrica imediata no pós-parto; (3) As doenças do aparelho respiratório. Com taxa de 2,3, as pneumonias e bronquiolites agudas são a terceira maior causa de óbito de lactentes, mostrando que os bebês são extremamente suscetíveis a complicações de infecções respiratórias no estado (Tabela 77).

Comparado aos Menores de 5 Anos há mudança no padrão. Tanto as doenças

infecciosas/parasitárias (31 óbitos) quanto as causas externas (31 óbitos) mantêm um percentual idêntico de 11,7% (taxa de 2,1). O dado mais alarmante aqui é que, das 45 mortes por acidentes/violência em menores de 5 anos, 31 ocorreram em bebês de colo, acendendo um forte alerta para sufocamentos acidentais e negligência no primeiro ano de vida. As doenças nutricionais e metabólicas caíram de 14 casos (em menores de 5 anos) para 7 casos em menores de 1 ano (taxa de 0,5). Isso demonstra que o impacto fatal da desnutrição severa no estado duplica o seu volume após o período de amamentação (entre 1 e 4 anos), possivelmente associado à insegurança alimentar no momento da introdução de sólidos no interior.

Tabela 77. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por capítulos da CID-10, de residentes em Roraima, 2025

Causa (Cap CID10)	N	%	Taxa
Causa (Cap CID10)	N	%	Taxa
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	11,7	2,1
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	0,8	0,1
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	2,7	0,5
Doenças do sistema nervoso	2	0,8	0,1
Doenças do aparelho circulatório	3	1,1	0,2
Doenças do aparelho respiratório	35	13,3	2,3
Doenças do aparelho digestivo	1	0,4	0,1
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,4	0,1
Algumas afec originadas no período perinatal	96	36,4	6,4
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	43	16,3	2,9
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	12	4,5	0,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	31	11,7	2,1
Total	264	100,0	17,7

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

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. 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).

Tabela 78. Recomendações de políticas públicas para a mortalidade infantil, Roraima, 2025

Gargalo/Área Crítica	Diagnóstico evidenciado (2025)	Proposta de política pública	Ações imediatas e impacto esperado
Perinatal e assistência ao parto	36,4% de todos os óbitos em menores de 1 ano (96 mortes). Concentração crítica no nascimento.	Programa estadual de regionalização do parto seguro e alta complexidade neonatal.	Criação de leitos de UTI neonatal em polos do interior.
			Estruturação de transporte neonatal de emergência (Aéreo/Fluvial) rápido para a capital.
Desigualdade territorial extrema	Caracaraí lidera isolado com TMI alarmante de 46,73, seguido por Alto Alegre (25,14).	Plano de apoio financeiro e auditoria técnica para a saúde no interior profundo.	Programas de fixação de médicos pediatras e obstetras no interior.
			Auditoria de gestão nas verbas da atenção básica destes municípios.
Vulnerabilidade étnico-cultural	Uiramutã e Alto Alegre concentram mortes quase 100% no 1º ano de vida (88,9% e 74,6%).	Integração de ações com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).	Fortalecimento de equipes de saúde indígena fixas.
			Monitoramento pré-natal rigoroso de gestantes em trânsito territorial.
Doenças respiratórias evitáveis	13,3% das mortes infantis (35 óbitos) por pneumonias e bronquiolites agudas.	Estratégia de enfrentamento às infecções respiratórias na primeira infância.	Ampliação drástica da cobertura da vacina pneumocócica no interior.
			Garantia de estoques de antibióticos pediátricos e oxigenoterapia nas UBS.
Doenças infecciosas e nutrição	11,7% das mortes (31 lactentes) por causas infecciosas. Peso da desnutrição dobra após o desmame.	Mutirão estadual de saneamento rápido e vigilância nutricional pós-amamentação.	Distribuição de kits de purificação de água em áreas sem saneamento.
			Programas de suplementação alimentar pediátrica na introdução de sólidos.
Causas externas em lactentes	31 mortes de bebês de colo por acidentes, sufocamentos e causas externas.	Campanha permanente de proteção ao lactente e sono seguro.	Treinamento de mães na alta da maternidade (manobras de engasgo e sono seguro).
			Visitas de agentes de saúde para inspeção de riscos domésticos.

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

A mortalidade infantil (<1 ano) em Roraima é um problema majoritariamente hospitalar e perinatal. Com mais de um terço das mortes (36,4%) concentradas estritamente no período perinatal, fica evidente que o foco imediato para salvar os bebês do estado não está apenas no saneamento do interior (embora crucial para as doenças infecciosas), mas na cobertura pré-natal de qualidade, na qualidade técnica

das maternidades e transporte neonatal de emergência para o interior.

Para modificar essa realidade é necessário a elaboração de um Plano Estratégico de Intervenção, contendo a estruturação metodológica dos dados históricos, as médias móveis, a análise de correlação, as desigualdades por município e o painel técnico de causas médicas com base nas diretrizes do NCPI. Na Tabela 78 consta algumas recomendações de políticas públicas focada nos principais gargalos da mortalidade infantil no estado evidenciados pelo diagnóstico para o ano de 2025.

Tabela 79. Número e percentual de óbitos em menores de 1 ano por grupos de causas evitáveis, residenets em Roraima, 2016 a 2025

Causas evitáveis	2016		2020		2025	
	N	%	N	%	N	%
1. Causas evitáveis	147	69,3	195	70,9	189	71,6
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0	0,0	0	0,0	3	1,1
1.2. Reduz.atenção gestação parto feto recém-nasc	79	37,3	122	44,4	94	35,6
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	47	22,2	58	21,1	43	16,3
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	7	3,3	28	10,2	18	6,8
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	25	11,8	36	13,1	33	12,5
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	27	12,7	19	6,9	36	13,6
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	41	19,3	54	19,6	56	21,2
2. Causas mal definidas	11	5,2	16	5,8	9	3,4
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	54	25,5	64	23,3	66	25,0
Total	212	100,0	275	100,0	264	100,0

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Os óbitos por causas evitáveis representam a esmagadora maioria e mantêm tendência de alta proporcional, saltando de 69,3% (2016) para 71,6% (2025) do total de mortes. O grupo ligado à atenção à gestação, parto e recém-nascido (1.2) é o mais crítico. Embora tenha recuado de um pico de 44,4% em 2020 para 35,6% em 2025, ele ainda lidera as mortes evitáveis. Nota-se que as falhas na atenção ao parto (1.2.2) dobraram de proporção entre 2016 (3,3%) e 2025 (6,8%).

Os óbitos evitáveis por ações de promoção e assistência à saúde (1.4) apresentam crescimento linear constante, subindo de 19,3% (2016) para 21,2% (2025). Em 2025, houve um crescimento expressivo nas mortes reduzíveis por diagnóstico e tratamento adequado (13,6%), quase dobrando o percentual de 2020 (6,9%). Além disso, acende-se um alerta com o surgimento de óbitos por falta de imunização (1,1% em 2025), cenário que era zerado nos anos anteriores analisados (Tabela 79 e 80).

Tabela 80. Número de óbitos em menores de 1 ano por causas evitáveis, residentes em Roraima, 2016 a 2025

Causas evitáveis	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1. Causas evitáveis	**147**	**126**	**172**	**184**	**195**	**190**	**168**	**216**	**168**	**189**
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**
.. Tuberculose do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.. Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
.. Sarampo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1.2. Reduz.atenção gestação parto feto recém-nasc	**79**	**68**	**95**	**81**	**122**	**100**	**81**	**123**	**91**	**94**
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	**47**	**34**	**50**	**39**	**58**	**54**	**31**	**57**	**41**	**43**
.. Sífilis congênita	1	0	1	0	0	0	0	1	4	3
.. Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
.. Feto e recém-nasc afet compl placenta membranas	5	3	2	1	5	1	2	5	3	4
.. Feto e recém-nascido afet afecções maternas	6	6	11	10	11	11	8	6	7	5
.. Feto e recém-nasc afet por compl matern gravid	1	4	2	1	6	3	1	4	4	5
.. Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	0	0	0	1	1	1	1	0	1	2
.. Transt gest curta duração e peso baixo nascer	0	1	1	4	7	7	5	3	2	5
.. Síndrome da angústia respiratória recém-nascido	24	15	23	15	20	25	10	29	13	13
.. Hemorragia pulmonar originada período perinatal	2	3	2	1	2	2	1	2	2	3
.. Hemorragia intracran ñ traum feto e recém-nasc	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.. Isoimunização Rh ou ABO do feto e recém-nascido	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
.. Out doenç hemolít feto recém-nasc dev isoimuniz	2	1	3	0	1	1	1	1	3	0
.. Enterocolite necrotizante feto e recém-nascido	6	1	5	5	5	3	1	5	2	3
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	**7**	**11**	**17**	**8**	**28**	**12**	**12**	**30**	**18**	**18**
.. Feto recém-nasc afet placent prév descol placen	1	0	4	2	1	2	3	2	2	1
.. Feto e recém-nasc afet afecções cordão umbilic	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0
.. Feto recém-nasc afet outr complicações parto	0	0	2	0	1	1	0	2	2	1
.. Traumatismo de parto	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
.. Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	2	7	5	4	18	6	8	15	12	10
.. Síndr aspiração neonat excet leite alim regurg	2	2	5	2	5	2	1	10	2	6
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	**25**	**23**	**28**	**34**	**36**	**34**	**38**	**36**	**32**	**33**
.. Transt respirat específicos do período neonatal	7	9	11	13	12	10	11	9	9	10

.. Infecç per neonatal exc SRC e hepat viral cong	12	8	11	14	14	19	19	16	14	14
.. Hemorragia neonatal exc intracraniana ñ traumát	0	2	0	1	1	1	1	1	0	3
.. Outras icterícias neonatais	1	0	0	1	2	1	0	2	0	0
.. Transt endócr metab transit esp feto recém-nasc	2	0	1	2	2	0	2	4	0	0
.. Outr transt hemotológicos feto e recém-nascido	1	0	0	0	2	1	0	0	1	1
.. Transt ap digest feto recém-nasc exc enter necr	0	2	2	1	0	0	3	1	2	2
.. Afecç compromet tegument regul térmica feto rn	0	2	0	1	0	0	0	0	1	1
.. Outros transt orig per perinatal (exc P95 P969)	2	0	3	1	3	2	2	3	5	2
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	**27**	**21**	**14**	**30**	**19**	**41**	**37**	**42**	**28**	**36**
.. Tuberculose respirat c/confirm bacter e histol	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
.. Tuberculose vias respirat s/conf bacter histol	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
.. Meningite (exceto por Haemophilus)	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
.. Infecções agudas das vias aéreas superiores	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
.. Pneumonia	19	13	7	22	16	33	32	34	21	19
.. Outras infecções agudas vias aéreas inferiores	2	1	0	2	0	3	1	4	1	9
.. Algumas doenças pulmonares dev agentes externos	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1
.. Outras doenças bacterianas	1	4	5	3	2	3	1	1	5	4
.. Síndrome de Down	2	1	0	1	0	2	1	1	0	0
.. Infecção do trato urinário localiz não especif	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
.. Febre reumát aguda e doenç reumát crôn coração	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	**41**	**37**	**62**	**73**	**54**	**49**	**50**	**51**	**49**	**56**
.. Doenças infecciosas intestinais	5	9	11	17	6	9	14	16	8	13
.. Febres por arbovírus e febres hemorrágic virais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.. Rickettsioses	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.. Doenças devidas a protozoários	2	1	2	4	2	1	5	5	4	0
.. Helmintíases	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
.. Doenças infecciosas, outras e não especificadas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.. Anemias nutricionais	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
.. Desnutrição e outras deficiências nutricionais	5	2	6	11	7	10	4	9	5	4
.. Depleção de volume	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
.. Acidentes de transporte	0	1	0	2	0	1	1	1	1	0
.. Síndrome da morte súbita na infância	3	1	4	0	7	9	9	2	3	4
.. Quedas	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
.. Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

.. Afogamento e submersão acidentais	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
.. Outros riscos acidentais à respiração	1	6	4	6	3	6	5	4	7	8
.. Agressões	21	13	32	29	24	10	9	12	17	23
.. Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	2	3	3	2	3	1	2	1	2	0
.. Exposição a forças mecânicas inanimadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Causas mal definidas	**11**	**6**	**5**	**13**	**16**	**5**	**8**	**4**	**5**	**9**
.. Sintomas, sinais e achados anormais	7	5	4	10	10	5	7	4	4	8
.. Morte fetal de causa não especificada	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.. Afecções orig período perinatal não especific	4	1	1	2	6	0	1	0	1	1
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	**54**	**78**	**93**	**90**	**64**	**74**	**73**	**93**	**60**	**66**
Total	212	210	270	287	275	269	249	313	233	264

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

4.8.2.1 Mortalidade infantil por componentes

Os componentes da mortalidade infantil são a mortaldiade neonatal precoce (< 7 dias), a neonatal tardia (7 a 27 dias) e a pós-neonatal (28 dias a < 1 ano).

Somando o período precoce e tardio (0 a 27 dias de vida), o componente neonatal representa a maior fatia das mortes na maioria dos anos, atingindo seu ápice em 2020 (66,6% do total de óbitos). Em 2025, os dois grupos juntos responderam por 58% das mortes, o que aponta diretamente para a necessidade de melhorias na assistência ao parto e ao recém-nascido imediato (Tabela 81e Figura 34).

O óbito nos primeiros 6 dias de vida (< 7 dias) é historicamente o indicador mais crítico. Embora sua taxa tenha reduzido do pico de 11,0 em 2020 para 7,6 por 1.000 NV em 2025, o volume absoluto continua alto (113 óbitos), reforçando as falhas na atenção intraparto e pré-natal já observadas nos dados anteriores.

Os óbitos de 28 dias a menores de 1 ano — fortemente associados às condições socioeconômicas, de saneamento e de atenção primária à saúde — mantêm patamares elevados. Em 2025, responderam por 42% do total (111 óbitos), com uma taxa de 7,4 por 1.000 NV, mostrando recuo em relação ao teto histórico de 2023 (taxa de 10,3), mas ainda acima de padrões ideais de desenvolvimento em saúde.

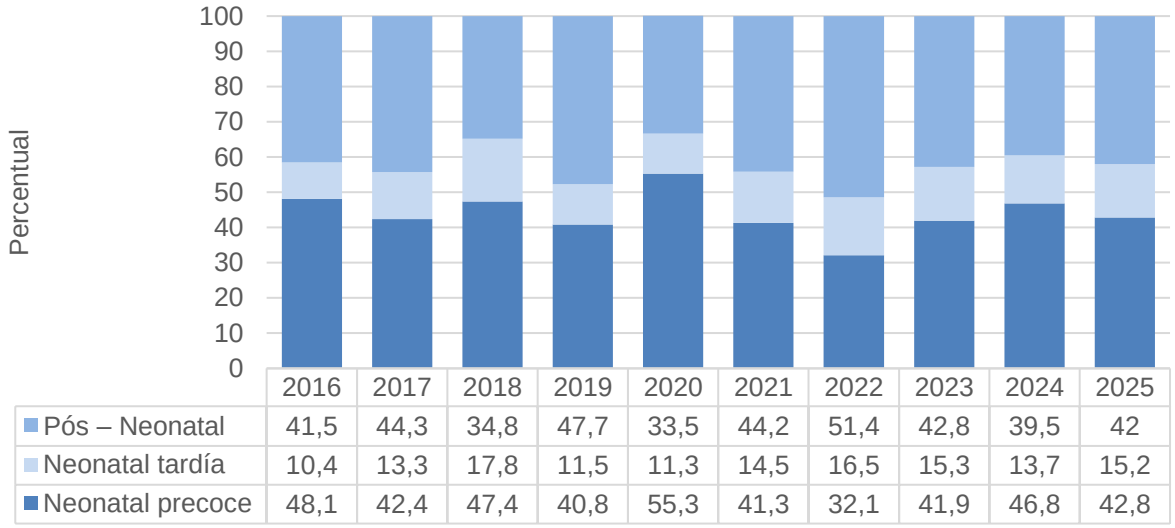
Tabela 81. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil por componentes (por 1.000 NV), Roraima, 2016 a 2025

Ano	Nº de nascidos vivos	Neonatal precoce (< 7 dias)			Neonatal tardía (7 a 27 dias)			Pós – Neonatal (28 dias-<1)			Total
		N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa	
2016	11.381	102	48,1	9,0	22	10,4	1,9	88	41,5	7,7	212
2017	11.755	89	42,4	7,6	28	13,3	2,4	93	44,3	7,9	210
2018	12.733	128	47,4	10,1	48	17,8	3,8	94	34,8	7,4	270
2019	14.657	117	40,8	8,0	33	11,5	2,3	137	47,7	9,3	287
2020	13.770	152	55,3	11,0	31	11,3	2,3	92	33,5	6,7	275
2021	13.907	111	41,3	8,0	39	14,5	2,8	119	44,2	8,6	269
2022	13.099	80	32,1	6,1	41	16,5	3,1	128	51,4	9,8	249
2023	13.016	131	41,9	10,1	48	15,3	3,7	134	42,8	10,3	313
2024	12.092	109	46,8	9,0	32	13,7	2,6	92	39,5	7,6	233
2025	14.947	113	42,8	7,6	40	15,2	2,7	111	42,0	7,4	264

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

O ano de 2023 registrou o pior cenário global do período (313 óbitos totais), enquanto 2025 mostra uma aparente melhora epidemiológica induzida pelo expressivo aumento no número de nascidos vivos (14.947, o maior volume da série), o que dilui matematicamente o impacto das taxas, embora os números absolutos de mortes sigam elevados (264).

Figura 34. Percentual de mortalidade infantil por componentes de residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

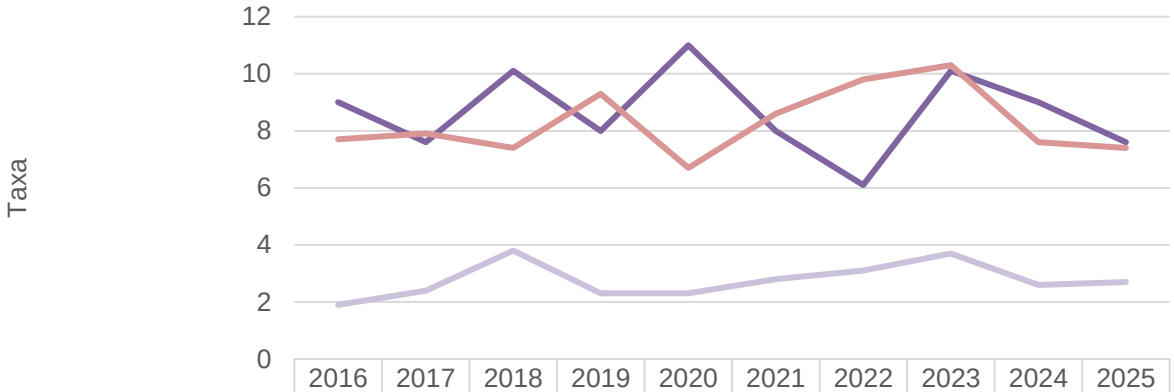
A taxa de mortalidade infantil iniciou o período em patamares elevados (18,6 em

2016), flutuou ao redor de 19 a 21 óbitos por mil NV e atingiu seu pior momento histórico em 2023 (24,0 por 1.000 NV). Esse pico coincide epidemiologicamente com crises humanitárias e de assistência à saúde vivenciadas no estado. Em 2025, a taxa atinge o menor patamar da série (17,7), contudo, esse declínio deve ser interpretado com cautela: ele foi impulsionado pelo expressivo aumento no número de nascidos vivos (14.947), e não por uma redução drástica no número bruto de óbitos (que se manteve em 264) (Figura 35).

Sendo o componente mais difícil de reduzir, o neonatal precoce, manteve-se como a principal ameaça à vida do bebê na maioria dos anos. Teve dois picos severos: em 2020 (11,0) e em 2023 (10,1). O dado indica falhas crônicas e agudas na assistência imediata ao parto hospitalar e manejo de recém-nascidos graves de baixo peso. Teve melhora em 2025, retornando a 7,6.

O neonatal tardio é o componente de menor peso, mas mostra uma tendência de sutil elevação ao longo da década. Iniciou em 1,9 (2016) e passou a oscilar em patamares mais altos, fechando 2025 em 2,7. Isso aponta para dificuldades no acompanhamento do bebê logo após a alta da maternidade (primeiro mês de vida). A mortalidade pós-neonatal reflete diretamente as condições de saneamento, desnutrição, infecções e a eficiência da atenção primária (postos de saúde).

Figura 35. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) por componentes de residentes em Roraima, 2016 a 2025



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Neonatal precoce	9	7,6	10,1	8	11	8	6,1	10,1	9	7,6
Neonatal tardía	1,9	2,4	3,8	2,3	2,3	2,8	3,1	3,7	2,6	2,7
Pós – Neonatal	7,7	7,9	7,4	9,3	6,7	8,6	9,8	10,3	7,6	7,4

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Tabela 82. Número, percentual e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) por componentes e município de residentes em Roraima, 2016 a 2025

Município	Neonatal precoce			Neonatal tardio			Pós-neonatal			Total
	N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa	
Alto Alegre	17	38,6	9,7	5	11,4	2,9	22	50,0	12,6	44
Amajari	9	42,9	10,0	2	9,52	2,2	10	47,6	11,1	21
Boa Vista	46	45,1	6,5	20	19,6	2,8	36	35,3	5,1	102
Bonfim	2	50,0	3,4	1	25	1,7	1	25,0	1,7	4
Cantá	5	62,5	12,0	1	12,5	2,4	2	25,0	4,8	8
Caracaraí	13	65,0	30,4	1	5	2,3	6	30,0	14,0	20
Caroebe	1	100,0	4,8	0	0	0,0	0	0,0	0,0	1
Iracema	1	33,3	3,8	0	0	0,0	2	66,7	7,7	3
Mucajaí	1	33,3	3,0	1	33,3	3,0	1	33,3	3,0	3
Normandia	0	0,0	0,0	3	27,3	4,9	8	72,7	13,1	11
Pacaraima	4	36,4	7,5	1	9,09	1,9	6	54,5	11,3	11
Rorainópolis	6	75,0	11,0	0	0	0,0	2	25,0	3,7	8
São João da Baliza	1	33,3	6,6	2	66,7	13,2	0	0,0	0,0	3
São Luiz	1	100,0	11,1	0	0	0,0	0	0,0	0,0	1
Uiramutã	6	25,0	5,6	3	12,5	2,8	15	62,5	14,0	24
Total	113	42,8	7,6	40	15,2	2,7	111	42,0	7,4	264

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

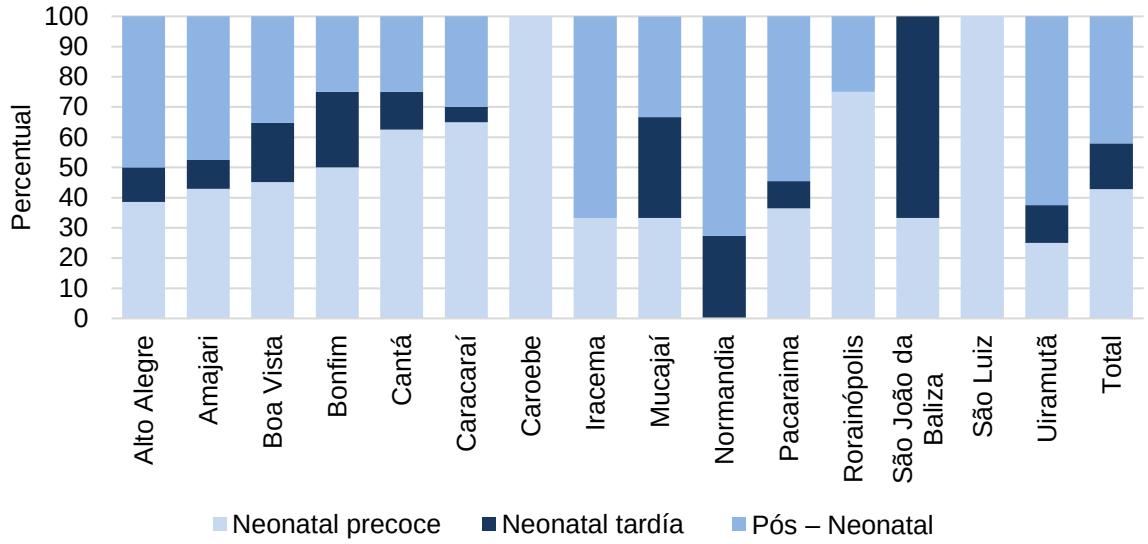
A capital, Boa Vista, concentra o maior volume absoluto de óbitos (102 mortes; quase 39% do total do estado). No entanto, por possuir a maior infraestrutura de saúde e volume de nascimentos, apresenta taxas epidemiológicas por componente significativamente menores que as do interior (6,5 no neonatal precoce e 5,1 no pós-neonatal). O município de Caracaraí apresenta um cenário extremamente preocupante no componente neonatal precoce. Registra a maior taxa do estado de longe: 30,4 óbitos por 1.000 NV. Isso aponta para falhas graves imediatas na assistência ao parto, urgência obstétrica e transporte neonatal (Tabela 82 e Figura 36).

As mortes entre 28 dias e menores de 1 ano (pós-neonatal), fortemente vinculadas às condições de saneamento, nutrição e atenção primária, castigam severamente o interior. Os destaques negativos ficam com Uiramutã e Caracaraí (ambos com taxa de 14,0), seguidos de perto por Normandia (13,1) e Alto Alegre (12,6). Nesses locais, o componente pós-neonatal é o grande responsável pela maioria dos óbitos infantis totais.

Embora seja o componente com menor peso no estado, o município de São João da Baliza salta aos olhos com uma taxa atípica de 13,2 óbitos por 1.000 NV na fase

neonatal tardia (7 a 27 dias), indicando fragilidade no acompanhamento do recém-nascido logo após a alta hospitalar.

Figura 36. Percentual de mortalidade infantil por componentes e município de residentes em Roraima, 2016 a 2025



Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

Das 264 mortes registradas, 71,6% (189 óbitos) poderiam ter sido evitadas por ações efetivas do sistema de saúde. O período anterior e imediato ao parto (0 a 6 dias de vida) concentra o maior volume de mortes evitáveis (91 óbitos). Os principais vilões são a síndrome da angústia respiratória (12) e a asfixia/hipóxia ao nascer (10), evidenciando falhas graves na assistência hospitalar obstétrica e neonatal. O dado mais alarmante no componente neonatal precoce são os 22 óbitos causados por agressões, acendendo um alerta crítico para a violência ou extrema vulnerabilidade social no nascimento. Para crianças de 28 dias a menores de 1 ano (pós-neonatal), o maior risco está associado à falta de diagnóstico e tratamento adequado, com destaque absoluto para a pneumonia (19 óbitos), além de mortes por doenças infecciosas intestinais (12) decorrentes de carências em saneamento e atenção básica (Tabela 83).

Tabela 83. Número de óbitos em menores de 1 ano por grupos de causas evitáveis e componentes da mortalidade infantil, residentes em Roraima, 2015 a 2024

Causas evitáveis	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal	Total
1. Causas evitáveis	**91**	**23**	**75**	**189**
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	**0**	**0**	**3**	**3**
.. Tuberculose do sistema nervoso	0	0	1	1
.. Coqueluche	0	0	2	2
1.2. Reduz.atenção gestação parto feto recém-nasc	**69**	**19**	**6**	**94**
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	**35**	**5**	**3**	**43**
.. Sífilis congênita	2	0	1	3
.. Feto e recém-nasc afet compl placenta membranas	3	1	0	4
.. Feto e recém-nascido afet afecções maternas	4	1	0	5
.. Feto e recém-nasc afet por compl matern gravid	5	0	0	5
.. Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	1	1	0	2
.. Transt gest curta duração e peso baixo nascer	5	0	0	5
.. Síndrome da angústia respiratória recém-nascido	12	1	0	13
.. Hemorragia pulmonar originada período perinatal	2	0	1	3
.. Enterocolite necrotizante feto e recém-nascido	1	1	1	3
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	**15**	**3**	**0**	**18**
.. Feto recém-nasc afet placent prév descol placen	1	0	0	1
.. Feto recém-nasc afet outr complicações parto	1	0	0	1
.. Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	8	2	0	10
.. Síndr aspiração neonat excet leite alim regurg	5	1	0	6
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	**19**	**11**	**3**	**33**
.. Transt respirat específicos do período neonatal	6	2	2	10
.. Infecç per neonatal exc SRC e hepat viral cong	7	6	1	14
.. Hemorragia neonatal exc intracraniana ñ traumát	3	0	0	3
.. Outr transt hemotológicos feto e recém-nascido	1	0	0	1
.. Transt ap digest feto recém-nasc exc enter necr	1	1	0	2
.. Afecç compromet tegument regul térmica feto rn	1	0	0	1
.. Outros transt orig per perinatal (exc P95 P969)	0	2	0	2
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	**0**	**1**	**35**	**36**
.. Tuberculose respirat c/confirm bacter e histol	0	0	2	2
.. Infecções agudas das vias aéreas superiores	0	0	1	1
.. Pneumonia	0	0	19	19
.. Outras infecções agudas vias aéreas inferiores	0	1	8	9
.. Algumas doenças pulmonares dev agentes externos	0	0	1	1
.. Outras doenças bacterianas	0	0	4	4
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	**22**	**3**	**31**	**56**
.. Doenças infecciosas intestinais	0	1	12	13
.. Febres por arbovírus e febres hemorrágic virais	0	0	1	1
.. Helmintíases	0	0	2	2
.. Desnutrição e outras deficiências nutricionais	0	0	4	4

.. Depleção de volume	0	0	1	1
.. Síndrome da morte súbita na infância	0	2	2	4
.. Outros riscos acidentais à respiração	0	0	8	8
.. Agressões	22	0	1	23
2. Causas mal definidas	**0**	**1**	**8**	**9**
.. Sintomas, sinais e achados anormais	0	0	8	8
.. Afecções orig período perinatal não especific	0	1	0	1
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	**22**	**16**	**28**	**66**
Total	113	40	111	264

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR. Dados de 29/07//2026 (sujeitos à alteração).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Rodrigues alerta para avanço do crime organizado em Roraima.** 14/10/2025. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/10/14/rodrigues-alerta-para-avanco-do-crime-organizado-em-roraima

AMAZÔNIA EM DADOS. Disponível em: https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?regiao=Roraima&area=Sa%C3%BAde__331&indicador=TX_DATASUS_MORT_INFANTIL_UF__331. Acesso em jul. 2026.

AQUINO, L. et al. **Dinâmicas da violência relatório Roraima.** Edição 1ª. Cidade: Brasília/DF, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023.

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

BAYDOUN, A. **Relatório aponta falhas na proteção de crianças indígenas em cinco municípios de Roraima; Caracaraí concentra situação mais grave**. Boa Vista: Folha BV, 11/07/2026. Disponível em: https://www.folhabv.com.br/cotidiano/relatorio-aponta-falhas-na-protecao-de-criancas-indigenas-em-cinco-municipios-de-roraima-caracarai-concentra-situacao-mais-grave/

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, M.S.G. 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/AIDSRio de Janeiro, 3 a 6 de junho de 2025.

BRANDÃO, I. **Roraima é o estado com a maior taxa de mortes violentas do Brasil pela 5ª vez.** Boa Vista: G1 RR, 16/11/2018. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2018/11/16/roraima-e-o-estado-com-a-maior-taxa-de-mortes-violentas-do-brasil-pela-5a-vez.ghtml

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. RIPSA. **Indicadores de Mortalidade.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc07.htm. Acesso em mar 2024a.

BRASIL. **Indicadores epidemiológicos**. Disponível em: https://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/privado/tuberculose.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024b.

BRASIL. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores demográficos**. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa07.htm. Acesso em: mar 2024c.

BRASIL. **Informe: Vigilância das Síndromes Gripais**. Semana epidemiológica 48. Brasília: Ministério da Saúde, SVSA. 29 de novembro de 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/atualizacao-de-casos/informe-se-48-de-2025.pdf

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&impID=5376389&faf=1

CABRERA MAS, ANDRADE SM, WAJNGARTEN M. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. **Geriatria & 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

CARVALHO, L. Códigos garbage como causa básica de óbito: estudo transversal, estado do Rio de Janeiro, 1998-2023. **Epidemiol Serv Saude**. 35;e20251137, 2026. Doi 10.1590/S2237-96222026v35e20251137.pt

DAMASCENO AC. **Saúde cria comitê permanente para reduzir mortalidade materna, fetal e infantil entre indígenas. Estratégia MED,** Publicado em 24 de junho de 2026. Disponível em: https://med.estrategia.com/portal/noticias/saude-cria-comite-reducao-mortalidade-materna-fetal-infantil-indigena/

DICKEL MF; STRATE CE. Doenças respiratórias e eventos climáticos extremos no Brasil: uma análise descritiva pós-pandemia. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**, *7*(3), 28–42, 2026. https://doi.org/10.51161/integrar/rems/4899

DINIZ B. Crise em Roraima: incêndios florestais e poluição impactam na saúde A poluição do ar representa uma ameaça para a qualidade da saúde respiratória, conforme aponta Reinaldo Imbrózio. **Revista Cenarium Roraima**, 09 de abril de 2024. Disponível em: https://revistacenarium.com.br/crise-em-roraima-incendios-florestais-e-poluicao-impactam-na-saude/

CERQUEIRA DRC, LINS GOA. Mapa dos homicídios ocultos no Brasil entre 1996 e 2021. **Cien Saude Colet**., v.30, n.10, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253010.16612025

CNN Brasil. **Quase 70 bebês indígenas morreram em RR em um ano, aponta relatório do governo**, 2023. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=R05szZlxW6U

COLLUCCI, C. **Pandemia leva à redução de consultas no pré-natal e de apoio para cuidarde 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

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Comunicado vacina HPV** – SBIm/SBP/SBI/ FEBRASGO. 2019. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/902-comunicadovacinahpvsbim-sbp-sbi-febrasgo. Acessado em 26 de setembro de 2023.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Como a mortalidade infantil pode ser evitada,** 15/03/2024.Disponível em: https://www.fadc.org.br/noticias/como-prevenir-mortalidade-infantil

G1. **Taxa de mortalidade na Terra Yanomami foi maior que o índice nacional no 1º ano da pandemia.** Boa Vista, 09/02/2023. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2023/02/09/taxa-de-mortalidade-na-terra-yanomami-foi-maior-que-o-indice-nacional-no-1o-ano-da-pandemia.ghtml

G1 RR. **Alto Alegre, que abrange a Terra Yanomami, é o 11° município mais violento da Amazônia Legal.** Boa Vista: g1 RR, 13/12/2024. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2024/12/13/alto-alegre-que-abrange-a-terra-yanomami-e-o-11-municipio-mais-violento-da-amazonia-legal.ghtml

GBD Brasil. **Estimativas de Mortalidade no Brasil segundo o GBD.** Disponível em: https://gbdbr.com.br/metodos/. Acesso em jul. 2026.

GIOSEFFI JR. **Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros em 2023. São Paulo:** Observatório de Oncologia, 07 novembro/2025. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros-estudos/mortalidade/2025/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2023/

IBDFAM. **Ministério da Saúde cria comitê para reduzir mortalidade materna, fetal e infantil entre povos indígenas,** 24/06/2026. Disponível em: https://ibdfam.org.br/noticias/13995/Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde+cria+comit%C3%AA+para+reduzir+mortalidade+materna%2C+fetal+e+infantil+entre+povos+ind%C3%ADgenas

IBGE. **Tábuas Completas de Mortalidade. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em:** https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-

mortalidade.html

IEPES. **Roraima e Rio de Janeiro lideram ranking de mortalidade por causas evitáveis. Brasília: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 29 de julho de 2023, atualizado em 3 de maio de 2024. Disponível em: https://ieps.org.br/roraima-e-rio-de-janeiro-lideram-ranking-de-mortalidade-por-causas-evitaveis/

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa.

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/

LANSKY, Sonia. **Mortalidade fetal e infantil: conceitos, definições e caminhos para a vigilância**. Belo Horizonte/Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2024.
LEASK, H. Os casos de câncer de início precoce dispararam? Não tão rápido, dizem os especialistas. Medscape, 22 de setembro de 2023.

LIMA, A. **Roraima tem maior taxa de mortalidade por câncer de mama do país, aponta Inca.** Boa Vista: Folha BV, 04/10/2025. Disponível em: https://www.folhabv.com.br/saude-e-bem-estar/roraima-tem-maior-taxa-de-mortalidade-por-cancer-de-mama-do-pais-aponta-inca/

LUCKEZIE L. **Roraima registra aumento de casos de síndromes respiratórias graves em 6 semanas**. Boa Vista: Folha BV, 06/01/2024. Disponível em: https://www.folhabv.com.br/cotidiano/roraima-registra-aumento-de-casos-de-sindromes-respiratorias-graves-em-6-semanas/

MAGNO, J. **Mortalidade materna em Roraima é três vezes maior que a média nacional, alerta médica.** Boa Vista: 24/02/2025. Disponível em: https://www.folhabv.com.br/saude-e-bem-estar/mortalidade-materna-em-roraima-e-tres-vezes-maior-que-a-media-nacional-alerta-medica/

MINA, T. **Mortalidade infantil no Brasil atinge o menor patamar desde 1990, revela ONU**. 20 de março de 2025. Disponível em: https://www.instagram.com/p/DWIArP1DX-F/

MONTE RORAIMA. **Roraima ainda registra níveis altos de SRAG, apesar de queda no cenário nacional.** Raio FM, 21/08/2026. Disponível em: https://www.monteroraimafm.com.br/noticia/roraima-ainda-registra-niveis-altos-de-srag-apesar-de-queda-no-cenario-nacional

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

MOURÃO, J. Em 2024, **Brasil registrou 1.187 óbitos maternos, sendo 16 em Roraima**. Boa Vista: Folha bv, 17/09/2025. Disponível em: https://www.folhabv.com.br/saude-e-bem-estar/em-2024-brasil-registrou-1-187-obitos-maternos-sendo-16-em-roraima/

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

NCPI. **Desigualdades em saúde de crianças indígenas. São Paulo:** Núcleo Ciência Pela Infância. Disponível em: https://ncpi.org.br/publicacao/desigualdades-em-saude-de-criancas-indigenas/. Acesso em: jul 2026.

OLIVEIRA, V.; HISAYASU, A. **Terra Yanomami e o retrato do abandono: desnutrição, surto de malária e frascos de dipirona.** Boa Vista: G1 RR e Rede Amazônica**,** 14/11/2021. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2021/11/14/terra-yanomami-e-o-retrato-do-abandono-desnutricao-surto-de-malaria-e-frascos-de-dipirona.ghtml

OLIVEIRA V, VELOSO C, WILAME L. **Médico denuncia mortes de três bebês por falta de assistência na maior maternidade de Roraima e MP abre investigação**. Boa Vista: Rede Amazônica e g1 RR, 26/07/2023. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2023/07/26/medico-denuncia-mortes-de-tres-bebes-por-falta-de-assistencia-na-maior-maternidade-de-roraima-e-mp-abre-investigacao.ghtml

PEIXOTO R. **Brasil reduz em 72% mortalidade de crianças menores de cinco anos desde 1990, aponta relatório da ONU. G1,** 17/03/2026. Disponível em: https://g1.globo.com/saude/noticia/2026/03/17/brasil-mortalidade-de-criancas-relatorio.ghtml

PREZOTTO KH et al. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. **Acta Paul Enferm**, v. 36, 2023. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02322

REDE DE NOTÍCIAS DA AMAZÔNIA. **Roraima mantém nível de alerta para síndrome respiratória aguda grave.** 14 de agosto de 2026. Disponível em: https://redenoticiasdamazonia.com.br/2026/08/14/roraima-mantem-nivel-de-alerta-para-sindrome-respiratoria-aguda-grave/

RORAIMA. **Análise de Situação de Saúde: dados e Indicadores de Mortalidade, Roraima, 2006 a 2023**, n. 01, mar 2024. Boa Vista: Sala de Situação deSaúde/DVE/CGVS/SESAU/RR. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/

RORAIMA. **CGVS – Comitê discute estratégias para a redução da mortalidade materna em Roraima,** 29/05/2024. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/2024/05/29/cgvs-comite-discute-estrategias-para-a-reducao-da-mortalidade-materna-em-roraima/

SANTANA ACM et al., Mortalidade por câncer de colo do útero em Roraima: uma análise epidemiológica de 2012 – 2022. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 10, p. 01-04, 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n10-053

SILVA, JSM et al. Desafios na redução dos indicadores de mortalidade materna em Roraima: Contribuições à ciência. **Ciências da Saúde**, v. 29, ed.141, 2024. DOI: 10.69849/revistaft/pa10202412302323.

VILLAR R. **Fumaça de queimada faz mal? Veja os impactos à saúde de quem vive na Amazônia!** Greenpeace, 8 de outubro de 2021. Disponível em: https://www.greenpeace.org/brasil/blog/nuvem-toxica-como-a-fumaca-das-queimadas-impacta-a-saude-de-quem-vive-na-amazonia/

WHO. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2018.

WWF-Brasil. **Com mais de 4 mil focos de fogo em 2024, Roraima vive emergência humanitária**. Publicado em abril, 2024. Disponível em: https://www.wwf.org.br/?88320/Com-mais-de-4-mil-focos-de-fogo-em-2024-Roraima-vive-emergencia-humanitaria

5 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 a efetivação da Política Nacional de Vigilância em Saúde no estado.
- Recomendamos o estreitamento das relações entre a vigilância epidemiológica estadual e a assistência em saúde (Atenção Básica, Especilizada 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 peridicamente 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 SVO (Serviço de Verificação de Óbito), nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, visando reduzir o númeo de mortes com causas mal definidas.Esssa é uma demanda que a vigilância epidemiológica estadual vem desde 1996 cobrando da SESAU/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

SECRETARIA DE SAÚDE | GOVERNO DE RORAIMA

CGVS Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde